ENFERMERÍA

SALUD MENTAL: ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA

COORDINADOR:
JULIO BOBES GARCÍA

EDITORIAL SINTESIS

Salud mental:
Enfermería psiquiátrica

Salud mental: Enfermería psiquiátrica

Coordinador: Julio Bobes García

Catedrático de Enfermería Psiquiátrica.
Departamento de Medicina. Área de Psiquiatría.
Universidad de Oviedo.

PROYECTO EDITORIAL
ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA
COORDINACIÓN
Juan V. Beneit Montesinos

Diseño de cubierta: JV Diseño gráfico

© Julio Bobes García

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 32. 28015 Madrid
Teléfono: (91) 593 20 98

ISBN: 978-84-995831-2-9

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Colaboradores

Alfonso Acosta López
Catedrático de Ciencias de la Conducta.
E. U. de Enfermería. Universidad de Salamanca.

Salvador Albertos Martínez
Profesor asociado de Enfermería Psiquiátrica.
Universidad de Valencia.

Enrique Bardina Tremps
Profesor titular de Logopedia.
Universidad de Zaragoza.

Miguel Bernardo Arroyo
Profesor asociado médico.
Facultad de Medicina de Barcelona.
Médico adjunto. Servicio de Psiquiatría.
Hospital Clínico y Provincial de Barcelona.

Manuel Bousoño García
Profesor titular de Ciencias de la Conducta.
Departamento de Medicina. Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.

Beatriz Camporro Roces
Médica interna residente de Psiquiatría.
Hospital de Conxo.

Mª Consuelo Carballal Balsa
Profesora asociada de Enfermería Psiquiátrica.
E. U. de Enfermería. Universidad de Santiago.

Carlos Cerquella García
Profesor asociado de Enfermería Psiquiátrica.
E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podo-logia. Universidad Complutense.

José Crespo Benítez
Catedrático de Enfermería Psiquiátrica.
E. U. de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz.

Mercedes Díaz Rodríguez
Profesora titular interina de Ciencias de la Conducta.
E. U. de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz.

Jorge Díaz Suárez
Profesor asociado de Medicina Legal y Toxicología.
Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo.

Teresa Faura Vendrell
Enfermera psiquiátrica.

Supervisora del Servicio de Enfermedades
Infecciosas. Hospital Clínico y Provincial de Barcelona.

Juan José Fernández Miranda
Médico. Unidad de Tratamiento de Toxicomanía.
Departamento de Medicina. Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.

Rosendo Fernández Rodríguez
Médico psiquiatra.
Hospital de Conxo.

Elena Flórez Pérez
Diplomada Universitaria de Enfermería.
Universidad de Oviedo.

Joana Fornés Vives
Profesora de Enfermería.
Universitat de Les liles Balears.

Juan I. Franch Valverde
Catedrático de Ciencias de la Conducta.
Universidad de Valladolid.

Jesús J. de la Gándara Martín
Jefe de la Sección de Psiquiatría.
Hospital General Yagüe. Burgos.
Profesor de Enfermería Psiquiátrica.
E. U. de Enfermería. Campus Universitario de Burgos.

Teresa García Beovides
Diplomada Universitaria de Enfermería.
Colaboradora *Ad Honorem* de Ciencias de la Conducta.
Departamento de Medicina. Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.

Luisa Victoria García Cachafeiro
Diplomada Universitaria de Enfermería.
Universidad de Oviedo.

Cristina Gavira Fernández
Profesora asociada de Enfermería Psiquiátrica.
E. U. de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz.

Margalida Gili Planes
Profesora asociada de Psicopatología.
Universitat de Les liles Balears.

Sebastián Girón García
Médico especialista.
Centro Provincial de Drogodependencias.
Diputación de Cádiz.

Julio González Brenlla
Profesor titular de Ciencias de la Conducta.
Universidad de Santiago.

Mª Paz González García-Portilla
Profesora asociada de Psiquiatría.
Departamento de Medicina. Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.

Ana Covadonga González Pisano
Diplomada Universitaria de Enfermería.
Universidad de Oviedo.

Jorge Grijalbo López
Médico adjunto.
Centro de Salud Mental Uribe-Costa. Servicio Vasco de Salud. Osakidetza.

Enrique Guerra Gómez
Médico psiquiatra.

Encarnación Las Heras López
Psicólogo infantil.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Provincial de Zaragoza.

Mª Jesús López de la Cuadra
Médica psiquiatra.
Hospital de Conxo.

Beatriz López García
Profesora asociada de Medicina Legal y Toxicología.
Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo.

Juan Luis López Rodríguez
Profesor asociado de Enfermería Psiquiátrica.
Departamento de Medicina. Área de Psiquiatría. Universidad de oviedo.

José Manuel Martínez Delgado
Director del Centro de Drogodependencias.
Diputación de Cádiz.

Avelino Martínez Mareque
Diplomado Universitario de Enfermería.
Unidad de Psiquiatría. Hospital Xeral de Galicia.

Juan Ramón Méndez Barroso
Profesor titular de Ciencias de la Conducta.
E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podo-logia. Universidad Complutense.

Carmen Muro Vaquero
Profesora titular de Ciencias de la Conducta.
Universidad de Zaragoza.

Juan Pedregal Sánchez
Colaborador *Ad Honorem*.
Departamento de Medicina. Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.

Andrés Pérez Melero
Profesor titular interino de Enfermería Geriátrica.
E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podo-logía. Universidad Complutense.

Jordi Piqué Angordans
Catedrático de Inglés.
E. U. de Enfermería. Universidad de Valencia.

Elisa Mª Quintana Docio
Diplomada Universitaria de Enfermería.
Especialista en Psiquiatría.
Hospital Psiquiátrico Provincial de Valladolid.

Francisco Rey Sánchez
Profesor asociado de Psiquiatría.
Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.

Miquel Roca Bennasar
Profesor titular de Psiquiatría.
Universitat de Les liles Balears.

Mª Dolores Rodríguez Martínez
Profesora titular de Ciencias de la Conducta.
E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podo-logía. Universidad Complutense.

Mª José Rubio Capellán
Diplomada Universitaria de Enfermería.
Universidad de Oviedo.

Vicente Rubio Larrosa
Jefe del Servicio de Psiquiatría.
Hospital Provincial de Zaragoza.
Profesor titular de Ciencias de la Conducta.
Universidad de Zaragoza.

Pilar Alejandra Saiz Martínez
Médica especialista en Bioquímica.
Departamento de Medicina. Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.

Rafael Sales Orts
Profesor titular de Enfermería Psiquiátrica.
Universidad de Valencia.

Pilar Salorio del Moral
Profesora asociada de Psiquiatría.
Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

Miguel Ángel Santiuste de Pablos
Profesor colaborador docente. Cátedra de Psiquiatría.
Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

Mª Françoise Senecal Somers
Enfermera psiquiátrica.
Complejo Cantoblanco Psiquiátrico.
Comunidad de Madrid.

Ana Solans García

Diplomada Universitaria de Enfermería.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Provincial de Zaragoza.

Marina Luisa Somoza Quiroga
Diplomada Universitaria de Enfermería.
Especialista en Salud Mental.

Antonio A. Soto Loza
Profesor titular de Enfermería Psiquiátrica.
Universidad de Valladolid.

Maria Teresa Tamayo Santamaría
Enfermera psiquiátrica.
Supervisora de Enfermería. Sección de Psiquiatría. Hospital General Yagüe. Burgos.

José Alfonso Testón Blanco
Diplomado Universitario de Enfermería.
Especialista en Psiquiatría.
Universidad de Oviedo.

Reyes Torres Sánchez
Profesora asociada de Psicosociología.
Universidad de Zaragoza.

Beatriz Unzueta Aranzibia
Profesora titular de Ciencias de la Conducta.
E. U. de Enfermería. Universidad del País Vasco.

Jesús Varona López
Médico adjunto de Psiquiatría y Toxicomanías.
Hospital Provincial Nª Sª de Gracia. Zaragoza.

José Luis Viaña Caballero
Profesor titular de Ciencias de la Conducta.
Universidad de Valladolid.

Iñaki Viar Echevarría
Profesor titular de Enfermería Psiquiátrica.
E. U. de Enfermería. Universidad del País Vasco.

Antonio Villasana Cunchillos
Catedrático de Ciencias de la Conducta.
Universidad del País Vasco.

Índice

Agradecimientos
INTRODUCCIÓN

PARTE I. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA

1. HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA Y LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA
A. Soto, J. L. Viaña
1.1. Historia de la psiquiatría
1.2. Historia de la enfermería psiquiátrica
1.3. Situación actual de la enfermería psiquiátrica
Bibliografía recomendada

2. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN UN EQUIPO DE SALUD MENTAL
J. Crespo
2.1. Definición del protocolo de enfermería en un equipo de salud mental
2.2. Descripción del modelo de protocolo
2.3. Funcionalidad del protocolo de enfermería
Bibliografía recomendada

3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
S. Albertos, J. Piqué, R. Sales
3.1. El diagnóstico en la labor asistencial de enfermería
3.2. Concepto y evolución del diagnóstico de enfermería
3.3. Experiencia práctica de un diagnóstico de enfermería
Bibliografía recomendada

4. CONCEPTO DE ENFERMEDAD Y SALUD MENTALES
J . Bobes, Mª P. González, J. L. López
4.1. Evolución del concepto de enfermedad y salud mentales
4.2. Funciones y competencias profesionales del personal de enfermería
Bibliografía recomendada

5. NOSOLOGÍA Y NOSOGRAFÍA PSIQUIÁTRICAS
C. Cerquella, E. Guerra, Mª F. Senecal, Mª J.Rubio
5.1. Concepto de nosología y nosografía
5.2. Bases teóricas de la clasificación
5.3. Evaluación de los sistemas clasificatorios
5.4. Historia de la nosología psiquiátrica
Bibliografía recomendada

6. ETIOPATOGENIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES
M. A. Santiuste, P. Salorio
6.1. Bases de estudio de la enfermedad mental

6.2. Bases biológicas
6.3. Bases psicológicas
6.4. Bases socioculturales
Bibliografía recomendada

7. TEORÍAS Y ESCUELAS EN PSIQUIATRÍA Y ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA
C. Cerquella. E. Guerra, Mª F. Senecal, L. V. García

7.1. Teorías y escuelas en psiquiatría
7.2. Teorías biológicas
7.3. Teorías psicológicas
7.4. Teorías sociogenéticas
7.5. Bases teóricas de la enfermería psiquiátrica y la salud mental
7.6. Modelos más importantes para la práctica de la enfermería psiquiátrica y la salud mental
Bibliografía recomendada

8. LA RELACIÓN INTERPERSONAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE, LA FAMILIA Y EL EQUIPO TERAPÉUTICO
J. Crespo, C. Gavira

8.1. Concepto de relación interpersonal y tipología
8.2. Relación personal sanitario-paciente
8.3. Relación del profesional de enfermería con el enfermo y su familia
8.4. Relación del profesional de enfermería con el equipo terapéutico: funciones de enfermería
8.5. Etapas de la relación entre el profesional de enfermería y el enfermo mental.
8.6. Perturbaciones en la relación entre el profesional de enfermería y el enfermo mental
Bibliografía recomendada

PARTE II. CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y LA SALUD MENTAL

9. TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS
P. Salorio, M. A. Santiuste

9.1. Concepto de esquizofrenia
9.2. Características psicopatológicas
9.3. Diagnóstico
9.4. Subtipos de esquizofrenia
9.5. Epidemiología
9.6. Teorías casuales
9.7. Tratamiento médico
9.8. Cuidados y atención de enfermería
Bibliografía recomendada

10. TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES
J. González, B. Camporro, R. Fernández, Mª J. López

10.1. Concepto de trastorno de ideas delirantes
10.2. Epidemiología
10.3. Etiopatogenia
10.4. Clínica
10.5. Diagnóstico diferencial
10.6. Evolución y pronóstico

10.7. Cuidados y atención de enfermería
Bibliografía recomendada

11. TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS
C. Carballal, A. Martínez, M. L. Somoza

11.1. Concepto de trastorno psicótico agudo y transitorio
11.2. Clasificación de las psicosis
11.3. Características principales de los trastornos psicóticos agudos y transitorios
11.4. Tratamiento
11.5. Cuidados y atención de enfermería
Bibliografía recomendada

12. TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES INDUCIDAS
C. Carballal, A. Martínez, M. L. Somoza

12.1. Concepto de trastorno de ideas delirantes inducidas
12.2. Clasificación de los trastornos
12.3. Características principales
12.4. Criterios diagnósticos
12.5. Epidemiología
12.6. Tratamiento
12.7. Cuidados y atención de enfermería
Bibliografía recomendada

13. TRASTORNOS DEL HUMOR O AFECTIVOS
J . Botes, Mª P. González

13.1. Concepto de trastorno del humor
13.2. Clasificación de los trastornos
13.3. Manifestaciones clínicas
13.4. Curso clínico y evolución natural
13.5. Estrategias terapéuticas
13.6. Planificación de cuidados en pacientes maníacos
13.7. Planificación de cuidados en pacientes depresivos
Bibliografía recomendada

14. TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS
Mª D. Rodríguez, A. Pérez, J. R. Méndez

14.1. Concepto de trastorno mental orgánico
14.2. Diagnóstico general
14.3. Delirium
14.4. Demencia
14.5. Síndrome amnésico
14.6. Síndrome delirante orgánico
14.7. Alucinosis orgánica
14.8. Síndrome afectivo orgánico
14.9. Síndrome orgánico de la personalidad
Bibliografía recomendada

15. TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL
J. Crespo

15.1. Concepto de alcoholismo
15.2. Clasificación de los alcoholismos
15.3. Etiopatogenia
15.4. Clínica
15.5. Diagnóstico
15.6. Psicosis alcohólicas
15.7. Estrategias asistenciales de los alcoholismos a nivel ambulatorio y hospitalario
Bibliografía recomendada

16. TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE DROGAS
J. Crespo, S. Girón, J. M. Martínez

16.1. Historia natural del consumo de drogas
16.2. Clasificación de las drogas
16.3. Principales efectos de la droga sobre el organismo y el comportamiento..
16.4. Criterios diagnósticos
16.5. Cuidados y atención de enfermería
16.6. Prácticas docentes de enfermería en drogodependencias
Bibliografía recomendada

17. TRASTORNOS NEURÓTICOS
J. Fornés, M. Gilí, M. Roca

17.1. Concepto de trastorno neurótico
17.2. Trastornos fóbicos
17.3. Trastornos obsesivo-compulsivos
17.4. Otros trastornos de ansiedad
17.5. Trastornos disociativos
17.6. Trastornos de adaptación
17.7. Proceso de atención de enfermería
Bibliografía recomendada

18. TRASTORNOS PSICOECSÍOIJÓGICOS DEBIDOS A STTUACIONES ESTRESANTES
J. Crespo, M. Díaz, C Gavira

18.1. Definición de la relación mente-cuerpo
18.2. Concepto actual del estrés
18.3. Génesis y características del estrés grave
18.4. Consecuencias del estrés grave
18.5. Trastornos psicofisiológicos
18.6. Estrategias terapéuticas del personal de enfermería en las situaciones de estrés
18.7. Cuidados y atención de enfermería
Bibliografía recomendada

19. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
M. Bousoño, J. Pedregal, J. Bobes

19.1. Trastornos de la conducta alimentaria
19.2. Obesidad primaria
19.3. Anorexia nerviosa
19.4. Bulimia nerviosa
19.5. Proceso de atención de enfermería
Bibliografía recomendada

20. TRASTORNOS DEL RITMO SUEÑO/VIGILIA
Mª P. González, J. Pedregal, J. Bobes
20.1. Clasificación de los trastornos del ritmo sueño/vigilia
20.2. Insomnio
20.3. Excesiva somnolencia diurna
20.4. Sonambulismo
20.5. Terrores nocturnos
20.6. Pesadillas
20.7. Enuresis nocturna
20.8. Proceso de atención de enfermería
20.9. Tratamiento de los trastornos del sueño
Bibliografía recomendada

21. DISFUNCIONES SEXUALES
J. J. Franch, A. Soto, J. L. Viaña
21.1. Trastornos sexuales
21.2. Concepto de disfunción sexual
21.3. Clasificación de las disfunciones sexuales
21.4. Prevalencia de las disfunciones sexuales
21.5. Causas de las disfunciones sexuales
21.6. Descripción clínica de los distintos tipos de disfunción sexual
21.7. Abordaje terapéutico
21.8. Actitudes básicas del personal de enfermería en las disfunciones sexuales.
Bibliografía recomendada

22. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO
V. Rubio
22.1. Concepto de trastorno de la personalidad
22.2. Clasificación de los trastornos de la personalidad
22.3. Etiopatogenia
22.4. Epidemiología
22.5. Curso clínico
22.6. Tratamiento
22.7. Diagnóstico
22.8. Clínica de los trastornos de la personalidad
22.9. Cuidados y atención de enfermería
Bibliografía recomendada

23. TRASTORNOS DE LOS HÁBITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS
C. Muro, J. Varona
23.1. Clasificación de los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.
23.2. Ludopatía
23.3. Piromanía
23.4. Cleptomanía
23.5. Tricotilomanía
23.6. Cuidados y atención de enfermería
Bibliografía recomendada

24. TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD E INCLINACIÓN SEXUALES
J.J. de la Gándara, Mª T. Tamayo

24.1. Posibles direcciones dentro de la sexualidad
24.2. Trastornos de la identidad sexual
24.3. Trastornos de la inclinación sexual: parafilias
24.4. Cuidados y atención de enfermería
Bibliografía recomendada

25. RETRASO MENTAL
A. Acosta, F. Rey

25.1. El retraso mental
25.2. Dinámica familiar del retraso mental
25.3. Escolarización del niño con retraso mental
Bibliografía recomendada

26. TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y DEL DESARROLLO
E. Bardina, E. Las Heras, A. Solans, R. Torres

26.1. Trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje
26.2. Trastornos del desarrollo de la lectoescritura
26.3. Trastornos específicos del desarrollo psicomotor
26.4. Trastornos generalizados del desarrollo
26.5. Cuidados y atención de enfermería
Bibliografía recomendada

27. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS Y CRISIS
A. Soto, J. I. Franch, J. L. Viaña, E. Mª Quintana

27.1. Concepto de urgencia psiquiátrica
27.2. Frecuencia de las urgencias psiquiátricas
27.3. Paciente agitado
27.4. Paciente agresivo
27.5. Paciente depresivo
27.6. Paciente suicida
27.7. Paciente toxicómano
Bibliografía recomendada

28. CONDUCTAS SUICIDAS
J. Díaz, B. López, J. L. López, J. Bobes

28.1. El proceso suicida
28.2. La ideación suicida
28.3. El acto suicida
28.4. Los suicidios y las tentativas suicidas como grupos
28.5. Impacto de los actos suicidas
28.6. Problemas psiquiátricos y conductas suicidas
28.7. Factores psicopatológicos de riesgo suicida
28.8. Intervención en el riesgo suicida: Cuidados de enfermería
28.9. Evaluación del riesgo suicida
28.10. Intervención con supervivientes del suicidio: Posvención
Bibliografía recomendada

29. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS A LA INFECCIÓN POR EL VIH Y AL SIDA
T. Faura

29.1. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

29.2. Trastornos psiquiátricos asociados a la infección por el VIH y al SIDA
293. Cuidados y atención de enfermería al paciente VIH positivo o con SIDA y trastornos psiquiátricos
29.4. La familia y el SIDA
Bibliografía recomendada

30. SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y GRANDES SÍNDROMES
M. Bousoño, Mª P. González, J. L. López

30.1. Concepto de síntoma psicopatológico
30.2. Análisis de los síntomas psicopatológicos
30.3. Clasificación de los trastornos según los síntomas psicopatológicos
30.4. Causas de las enfermedades psiquiátricas
30.5. Características de las trastornos psíquicos
30.6. Descripción de los trastornos psíquicos
30.7. Otros criterios nosológicos
Bibliografía recomendada

PARTE III. METODOLOGÍA TERAPÉUTICA

31. TERAPIA ELECTROCONVULSIVA
T. Faura, M. Bernardo

31.1. Cuidados de enfermería en la terapia electroconvulsiva
31.2. Etapas del procedimiento
31.3. Intervenciones de enfermería en los principales problemas de la TEC
Bibliografía recomendada

32. TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS
A. Villasana,J. Grijalbo

32.1. Tratamientos psicofarmacológicos
32.2. Fármacos antipsicóticos
32.3. Fármacos antidepresivos
32.4. Fármacos ansiolíticos e hipnóticos
32.5. Sales de litio
32.6. Carbamazepina
32.7. Cuidados de enfermería en la preparación y administración de psicofár-macos
Bibliografía recomendada

33. MONITORIZACIÓN Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO
J . Bobes, Mª P. González, P. A. Saiz

33.1. Cumplimiento terapéutico
33.2. Cumplimiento en la enfermería psiquiátrica
33.3. Evaluación del grado de cumplimentación
33.4. Factores generales que mejoran el cumplimiento terapéutico
33.5. Objetivos para lograr el cumplimiento terapéutico
Bibliografía recomendada

34. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL
J. Viar, B. Unzueta

34.1. Concepto de psicoterapia
34.2. Descubrimiento del inconsciente
34.3. La estructura del inconsciente
34.4. El complejo de Edipo
34.5. Las estructuras clínicas
34.6. El síntoma
34.7. El dispositivo analítico
34.8. La transferencia
34.9. La interpretación
Bibliografía recomendada

35. PSICOTERAPIA DE GRUPO, PAREJA Y FAMILIA
P. Salorio, M. A. Santiuste

35.1. Enfoque social de la psicología
35.2. Psicoterapia de grupo
35.3. Psicoterapia de pareja
35.4. Psicoterapia familiar
35.5. Papel de la enfermería en la psicoterapia
Bibliografía recomendada

36. PSICODRAMA
C. Carballal, A. Martínez, M. L. Somoza

36.1. Disposición formal de las modalidades psicoterapéuticas
36.2. Concepto de psicodrama
36.3. Escuelas de psicodrama
36.4. La sesión de psicodrama
36.5. Mecánica de la sesión de psicodrama
36.6. Técnicas más utilizadas
36.7. Clasificación de la psicoterapia psicodramática
36.8. Aplicaciones del psicodrama
36.9. El psicodrama en en la enfermería
Bibliografía recomendada

37. ERGOTERAPIA, LUDOTERAPIA Y SOCIOTERAPIA
C. Cerquella, E. Guerra, Mª F. Senecal, A. C. González

37.1. Historia de la terapia ocupacional
37.2. Concepto de ergoterapia
37.3. Objetivos de las actividades terapéuticas
37.4. Terapia del arte
37.5. Concepto de ludoterapia
37.6. Socioterapia
Bibliografía recomendada

38. TÉCNICAS CONDUCTISTAS Y REFLEXOLÓGICAS. APLICACIÓN EN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA
J. Bobes, M. Bousoño, Mª P. González

38.1. Tratamiento de los trastornos de alimentación
38.2. Técnicas de modificación conductual alimentaria y su aplicación en enfermería
Bibliografía recomendada

39. TRATAMIENTOS EN PSIQUIATRÍA INFANTIL
V. Rubio, E. Las Heras

39.1. Tratamientos psicológicos
39.2. Tratamientos psicofarmacológicos
39.3. Otras terapéuticas orgánicas
Bibliografía recomendada

PARTE IV. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

40. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA HOSPITALARIA
J. L. López, J. A. Testón, T. García

40.1. Historia de la asistencia psiquiátrica hospitalaria
40.2. Asistencia psiquiátrica en España
40.3. Unidades psiquiátricas de hospitalización
40.4. La Unidad de Psiquiatría *versus* Hospital Psiquiátrico
40.5. Cuidados y atención de enfermería
Bibliografía recomendada

41. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EXTRAHOSPITALARIA
J. L. López, J. J. Fernández, J. A. Testón

41.1. Centros de Salud Mental
41.2. Hogares Protegidos
41.3. Granjas Terapéuticas
41.4. Comunidades Terapéuticas
41.5. Residencias Asistidas
41.6. Cuidados y atención de enfermería
Bibliografía recomendada

42. CENTROS Y HOSPITALES DE DÍA
J. L. López, J. A. Testón

42.1. Hospitales de Día
42.2. Centros de Día
Bibliografía recomendada

43. ASISTENCIA PSICOGERIÁTRICA
J. R. Méndez, Mª D. Rodríguez, A. Pérez

43.1. Concepto de asistencia psicogeriátrica
43.2. Características biopsicosociales de la vejez
43.3. Evolución de la asistencia psicogeriátrica
43.4. Relación de dependencia/independencia de los programas de psicoge-riatría
43.5. Modalidades asistenciales en psicogeriatría
Bibliografía recomendada

44. REHABILITACIÓN Y RESOCIALIZACIÓN
C. Cerquella, E. Guerra, Mª F. Senecal, E. Flórez

44.1. Concepto de rehabilitación y reinserción social
44.2. Objetivos del programa de rehabilitación y reinserción social en enfermería psiquiátrica

44.3. Proceso de atención de enfermería en la rehabilitacióny reinserción social del enfermo mental
44.4. Recursos para el programa de rehabilitación y resocialización
44.5. Niveles de rehabilitación de un enfermo de larga estancia
44.6. Talleres protegidos
Bibliografía recomendada

45. EL PACIENTE TERMINAL
J.J. Franch, J. L. Viaña, A. Soto

45.1. Asistencia a los enfermos terminales
45.2. Razones para un abordaje biopsicosocial de la problemática de la muerte en la actualidad
45.3. Reacciones psicológicas del enfermo terminal y sus familiares
45.4. Asistencia integral al enfermo terminal y sus familiares
Bibliografía recomendada

ANEXOS
Anexo A. Problemas de enfermería (NANDA, 1984)
Anexo B. Diagnósticos de enfermería (NANDA, 1990)
Anexo C. Protocolo de valoración
Anexo D. Protocolo de valoración de enfermería

Agradecimientos

En primer lugar, quisiéramos expresar nuestro reconocimiento a todos los autores de los diferentes capítulos, que en este volumen superan los sesenta profesionales.

En segundo lugar, a los miembros del Área de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo, que han tenido que destinar parte sustanciosa de su tiempo al diseño y desarrollo de este volumen. Asimismo, al profesor Juan Luis López Rodríguez y a la profesora Mª Paz González García-Portilla, porque sin su minuciosidad, paciencia y perseverancia este manual aún no hubiera visto la luz.

Finalmente, a nuestros estudiantes de Diplomatura, que han sido el mejor referente de nuestro proyecto docente, al cual han contribuido en los últimos años a través de sus proposiciones, críticas, comentarios y gratificaciones.

Introducción

Durante la elaboración de este volumen destinado a estudiantes de la diplo-matura de Enfermería y a la formación continuada en Enfermería Psiquiátrica han concurrido algunos acontecimientos relevantes para el conocimiento de la salud mental y la enfermería psiquiátrica:

- El haber sido diseñado y elaborado en la década del cerebro, filosofía que se ha visto acentuada recientemente por la Comunidad Europea y diferentes sociedades científicas y profesionales de carácter internacional.
- La presencia de cambios nosológicos y nosográficos, y la coincidencia de notables esfuerzos clasificatorios de los trastornos mentales y del comportamiento, tanto por parte del mundo de la enfermería, especialmente de la American Nursing Association (ANA), como de la OMS y de la American Psychiatric Association (APA).
- El enorme desarrollo de la profesión de enfermería, que ha hecho necesaria una nueva delimitación de funciones y competencias en el ámbito de los cuidados a los pacientes y familias y a la comunidad.
- El comienzo de una nueva etapa educativa y asistencial finisecular, basada sin duda en la experiencia clínico-docente y en las tendencias doctrinales habidas en los últimos quince años.

Asimismo, es preciso resaltar que en este proyecto docente ha participado un gran número de prestigiosos profesores universitarios y clínicos del campo de la enfermería psiquiátrica española. Este enfoque docente multicéntrico y multipro-fesional se ha enriquecido a su vez por la diferente procedencia y especialización profesional, ya que en él han colaborado enfermeros, psicólogos, médicos, especialistas en bioquímica… y en psiquiatría.

Ha de reconocerse el esfuerzo pedagógico llevado a cabo por los distintos autores para uniformar el diseño de los distintos capítulos en objetivos, contenidos y soporte bibliográfico esencial, tal como se recomienda en la moderna pedagogía de las ciencias de la salud.

Finalmente, hemos de reseñar la enorme importancia que han tenido los alumnos de Enfermería en el diseño final de este volumen, especialmente en lo que se refiere al contenido docente, a la distribución en secciones temáticas y, sobre todo, a la adaptación al horario lectivo.

Julio Bobes García

Parte I

Fundamentos de enfermería psiquiátrica

1

Historia de la psiquiatría y la enfermería psiquiátrica

OBJETIVOS

Adquirir los conocimientos elementales sobre la evolución histórIca de la psiquiatría y la enfermería psiquiátrica, especialmente los referidos a:

- La enfermedad mental en la Antigüedad.
- La enfermedad mental según Hipócrates, Asclepíades, Areteo y Galeno.
- La enfermedad mental en la Edad Media.
- Progreso de la psiquiatría con Weyer, Pinel, Esquirol, Kraepelin y Freud.
- La psiquiatría en el siglo XX.
- La enfermería psiquiátrica en EEUU.
- La enfermería psiquiátrica en Europa.
- La enfermería psiquiátrica en España.

1.1. Historia de la psiquiatría

Al estudiar la forma en que el hombre de cada época se ha enfrentado al problema de la enfermedad mental, se observa que la respuesta estaba en gran parte determinada por la cultura propia del momento histórico (cuadro 1.1).

CUADRO 1.1
Historia de la psiquiatría

ANTIGÜEDAD	La enfermedad es algo mágico.
HIPÓCRATES (460-317 a. C.)	Toda enfermedad tiene una causa biológica (teoría de los humores).
ASCLEPÍADES (124-40 a. C.)	La enfermedad mental es causada por trastornos emocionales.
ARETEO (30-90 d. C.)	El trastorno mental es una exageración cuantitativa del proceso normal.
GALENO (130-200 d. C.)	Los trastornos mentales tienen un origen cerebral.
EDAD MEDIA	La enfermedad mental se considera posesión diabólica. Se crean los primeros nosocomios.
JOHANN WEYER (1515-1558)	Los enfermos mentales son competencia de los médicos.
P. PINEL (1745-1826)	Sienta las bases de la psiquiatría científica.
ESQUIROL (1772-1840)	Funda la escuela de psiquiatría más importante del siglo XIX.
E. KRAEPElIN (1856-1928)	Desarrolla un sistema de clasificación descriptiva de trastornos psiquiátricos. Gran auge de la psiquiatría germánica.
S. FREUD (1856-1939)	Creador de la teoría psicoanalítica.
SIGLO XX	Avances en psicofarmacología y bioquímica.

1.1.1. La psiquiatría en la Antigüedad

El hombre primitivo y las civilizaciones antiguas contemplaron la enfermedad como algo mágico o mitológico. La creencia más generalizada fue la de que el trastorno se debía a una posesión demoníaca como castigo de los dioses al incumplimiento de sus mandamientos. Pero en otras ocasiones se consideró que el paciente estaba poseído por espíritus sagrados y que, por esta razón, los dioses podían ser honrados a través de él.

El planteamiento terapéutico, según dominase una u otra creencia, resultaba claro. En el primer caso se intentaba aplacar a los dioses con plegarias y se realizaban encantamientos; pero si esto resultaba insuficiente se torturaba a la persona afectada y se la sometía a privaciones, con el fin de convertirla en un mal receptor de dichos espíritus o para conseguir expulsarlos de su cuerpo. En algunas sociedades se llegó incluso a utilizar la técnica de la trepanación cerebral para que, a través del orificio practicado, pudieran escapar los demonios. De la segunda actitud, en cambio, se derivaron incluso posturas positivas a la comprensión de la enfermedad. Así, los griegos construyeron templos al dios Asclepio en los que el médico-sacerdote realizaba rogativas y ceremoniales, y donde el enfermo era confortado, bien alimentado y sometido a baños y masajes mientras escuchaba una música armónica.

Hasta el siglo V a. C. no encontraremos avances que consigan superar las supersticiones y la medicina de los templos. Es entonces cuando Hipócrates (460317 a. C.) expresa la noción recogida en el *Corpus Hipocraticum* de que sólo había una causa biológica de las enfermedades y que los tipos temperamentales estaban basados en una mezcla de los humores corporales. Más tarde, en la Roma antigua, se aprecia una actitud humanística: Asclepíades (124-40 a. C.) consideró que las anomalías mentales eran el resultado de los trastornos emocionales; Are-teo (30-90 d. C.) estableció la noción de que el trastorno mental era una exageración cuantitativa del proceso normal; Sorano (93-138 d. C.) realizó descripciones precisas de estas enfermedades, y Galeno (130-200 d. C.) consideró que los trastornos mentales tenían un origen cerebral.

1.1.2. La psiquiatría en la Edad Media y el Renacimiento

Con el inicio de la Edad Media desaparece esta incipiente actitud científica ante la enfermedad mental, que pasa a ser considerada de nuevo como posesión diabólica: la superstición, la demonología y el exorcismo vuelven a ser esgrimidos en toda su amplitud. Solamente en los países árabes permanecieron activos los aspectos humanos y naturalistas del pensamiento hipocrático. En Europa los clérigos fueron los encargados del cuidado de los enfermos, y precisamente por ese sentido demoníaco que se tenía de la enfermedad mental se practicaron "terapéuticas" brutales y punitivas (tortura, hogueras…).

Sin embargo, también durante esta época se aprecian nuevos intentos de tratar más humanísticamente al enfermo mental; así, se crean los primeros nosocomios, llamados "hospitales de inocentes y orates" o "casas de locos", como vulgarmente se conocieron. La amplia labor realizada en Valencia por fray Gelabert Jofre cristalizó en la fundación del primer nosocomio del mundo en 1409, el llamado "Hospital de ignocents, folls e orats" (inocentes, locos y orates). Muy pronto el ejemplo cundiría en los diversos reinos peninsulares, como Zaragoza (1425), Sevilla (1436), Toledo (1483) y Valladolid (1489): un capítulo brillante del pasado de la tradición hospitalaria peninsular. En Londres, el

Bethlem Hospital es utilizado desde 1547 para el tratamiento de los enfermos mentales. Pero es Johann Weyer (1515-1588) quien realizará una gran crítica de la demonología. No sólo ataca las argumentaciones supranaturales, sino que describe diversos cuadros psiquiátricos y reconoce la importancia que sobre ellos tienen las vivencias de la infancia y el ambiente. Con Weyer el enfermo pasa de ser competencia de los clérigos a serlo de los médicos.

1.1.3. Los precursores de lo psiquiotrío actuol

Aún tendrían que transcurrir dos siglos para que el francés P. Pinel (17451826) sentara las bases para el establecimiento de una psiquiatría científica al transformar el asilo parisino de Bicêtre, donde los enfermos permanecían encadenados, en un auténtico hospital psiquiátrico en el que el enfermo era estudiado a través de una observación clínica rigurosa (método experimental). Su discípulo y sucesor Esquirol (1772-1840) continuó las reformas sobre los cuidados hospitalarios del enfermo mental y fundó la escuela psiquiátrica más importante del siglo XIX, en la que figuraban Baillager, Bayle, Fabret, Moreau, Guislain, entre otros.

En la segunda mitad del siglo XIX se aprecia un auge extraordinario de la psiquiatría germana, que comienza con Griesinger (1817-1868) y Kahlbaum (182818799). Pero fue especialmente E. Kraepelin (1856-1928) quien, entre otras cosas, desarrolló un sistema de clasificación descriptiva sistematizada de los trastornos psiquiátricos, que fue ampliamente aceptado. Su libro *Tratado de Psiquiatría*, aparecido en 1883, influye aún (después de ocho ediciones) en el pensamiento contemporáneo. En su intento de comprender la enfermedad mental a través de la psiquiatría comparada, el pensamiento de Kraepelin constituye uno de los pilares sobre los que se basa la psiquiatría actual. Otro de estos pilares es la concepción dinámica del enfermar psíquico, iniciada por S. Freud (1856-1939) con el desarrollo de su teoría psicoanalítica. Este psiquiatra austríaco y sus principales discípulos, C. G. Jung (1875-1961), A. Adler (1870-1937), H. S. Sullivan (1892-1949), junto con los representantes de la fenomenología psiquiátrica, como Jaspers, Min-kowsky, V. Gebsattel, etc., constituyen un progreso de excepcional importancia para el conjunto de la psiquiatría.

Estas últimas tendencias históricas han prolongado su acción en el curso de este siglo, cuyos progresos técnicos, sobre todo en el campo de la farmacología y la bioquímica, han aportado nuevas terapéuticas somáticas. Ello, unido al rápido desarrollo de las nuevas ciencias, como la psicología, la sociología o la antropología, ha hecho que el antiguo aislamiento de la psiquiatría, tanto en la práctica hospitalaria como en el tratamiento extrahospitalario, haya disminuido para ceder el paso a una mayor colaboración y comunicación con el resto de la medicina y otras especialidades, al igual que con la sociedad.

El centro de interés de la *psicopatología* es el hecho psiquiátrico entendido en un

sentido amplio, donde no sólo el síntoma es objeto de estudio sino que sus horizontes son más ambiciosos. Su cuerpo de doctrina integra los conocimientos procedentes de la relación dialéctica sujeto-objeto: personalidad, conducta patológica, estructura familiar, perimundo social, etc. Desde esta amplia perspectiva, donde se acoge todo el saber que se extiende desde lo más orgánico-biológico a lo estrictamente psíquico, la psicopatología intenta extraer conclusiones válidas para estructurarse como ciencia.

La *psiquiatría* es la ciencia de las manifestaciones, de la etiología y de la patogenia de las enfermedades mentales, de su prevención, de su tratamiento y de la organización de la asistencia médica. La psiquiatría es una parte de la medicina, una disciplina médica. Se divide en *psiquiatría general* (psicopatología general), que estudia las leyes fundamentales de la aparición y del desarrollo de los trastornos de la actividad psíquica comunes a numerosas enfermedades mentales, las cuestiones generales de la etiología y de la patogenia, la naturaleza de los procesos psicopatológicos típicos, sus causas, los principios de clasificación, los problemas de la rehabilitación y los métodos de investigación, y por otro lado la *nosología psiquiátrica*, que estudia las enfermedades mentales por separado (Ker-bikov y cols., 1968).

Parece evidente que la psiquiatría ha estado hasta la actualidad incluida en la medicina, ya que su objeto es el hombre enfermo psíquicamente, pero ocupando un apartado peculiar de ella puesto que es, a la vez, una ciencia natural y humana, en función de la génesis heterogénea del hecho psíquico morboso, cuyas relaciones de causalidad hay que buscarlas dentro de una amplia gama de variables biopsico-sociales.

De lo anteriormente expuesto se desprende que la psiquiatría tiene estrecha relación con la patología médica general, la neurología, la psicología y la sociología. Todas ellas se diferencian claramente de la psiquiatría, pero todas, a su vez, mantienen importantes conexiones con el cuerpo doctrinal de la misma, compuesto por modelos psicopatológicos de muy diversa naturaleza. La patología médica y la neurología son el fundamento del modelo orgánico, la psicología propicia los modelos conductistas e intrapsíquico, y la sociología, por su parte, es la base del modelo sociológico. De esta forma, a partir de los conocimientos que proceden de estas ciencias, la psiquiatría va acrisolándose como rama del saber científico.

1.2. Historia de la enfermería psiquiátrica

ESTADOS UNIDOS

Durante el siglo pasado la enfermería psiquiátrica evolucionó en EEUU hasta conseguir su reconocimiento como área especializada de la labor asistencial. En 1872, el New England Hospital para mujeres y niños estableció la primera escuela de enseñanza de enfermeras, basada en el sistema Nightingale. Fue aquí donde se desarrolló la enfermería psiquiátrica en EEUU. Linda Richards, la primera enfermera graduada del curso anual, ayudó de forma importante al establecimiento de doce escuelas de

enseñanza en EEUU. Cuatro de estas escuelas se establecieron en hospitales para enfermos mentales, ya que como ella decía: "Los enfermos mentales tienen el mismo derecho que los de padecimientos físicos a tener una adecuada atención de enfermería".

En 1882, el McLean Asylum de Waverly, Massachusetts, abrió la primera escuela en un hospital de enfermos mentales. En 1886, se afilió al Massachusetts General Hospital para impartir enseñanza de enfermería general. Sin embargo, las escuelas establecidas por hospitales generales no contemplaban la enseñanza de enfermería psiquiátrica. La construcción de hospitales generales aumentaba, pero casi ninguno admitía pacientes psiquiátricos. Linda Richards, junto con otras iniciadoras de la enfermería en EEUU, continuó enfatizando la importancia de recibir formación en el tratamiento de enfermos mentales.

En 1903, se aprobó la primera ley para la práctica de la enfermería, que estableció normas aceptadas por el Estado para capacitar y autorizar licencias para enfermeras. A los hospitales psiquiátricos privados y estatales que tenían escuelas de enseñanza de "enfermeras mentales" se les exigió la afiliación a las escuelas de capacitación médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica para calificar a las alumnas en todas las áreas y, por consiguiente, otorgar la licenciatura de enfermera titulada.

En 1915, la Asociación Norteamericana de Enfermeras, con apoyo financiero del Comité Nacional para la Higiene Mental, realizó un estudio de las 41 escuelas de EEUU adscritas a hospitales de enfermos mentales. En esa época, Linda Richards reiteró su convicción acerca de la necesidad e importancia de capacitar a todas las enfermeras en la rama psiquiátrica: "… con frecuencia un curso en un hospital del Estado ayuda a la formación de una alumna de enfermería de una manera asombrosa. Ésta debe poseer tacto y mucha paciencia… cualidades que deben cultivarse para cuidar a un enfermo mental".

Isabel Hampton Robb, directora de la escuela de enfermería John Hopkins Hospital de Baltimore (Maryland) y otras personalidades del sector continuaron insistiendo en la necesidad de poner más atención al cuidado del paciente psiquiátrico mediante la enfermería.

La participación de EEUU en la Primera Guerra Mundial, en 1917, sirvió para detectar la escasez de enfermeras capacitadas para trabajar con pacientes psiquiátricos. Al Bloomingdale Hospital y a la unidad psiquiátrica del New York Hospital se les reconoce haber realizado "un servicio leal" al preparar enfermeras para que trabajaran con eficiencia con las víctimas de la guerra.

En 1930 aumentaron los esfuerzos de colaboración entre las organizaciones de enfermería y psiquiatría. En 1933, el Dr. Alfred P. Noyes, al hablar en una sesión dedicada a la enfermería psiquiátrica durante la Convención de la Liga Nacional de Educación de Enfermería, predijo un "futuro brillante para la enfermería psiquiátrica".

La intervención de EEUU en la Segunda Guerra Mundial, en 1941, aumentó la necesidad de una educación sobre los principios de salud mental y enfermería psiquiátrica. El número y calidad de las víctimas de los estragos de la guerra obligó a las enfermeras psiquiátricas a realizar un esfuerzo máximo como parte de un deber militar.

El número de escuelas de enfermería que incluían la enfermería psiquiátrica en el currículum básico aumentó considerablemente.

La experiencia de la Segunda Guerra Mundial confirmó la necesidad y conveniencia de elaborar un plan concertado y masivo, debido al sufrimiento humano ocasionado por las enfermedades mentales. Se pidió con insistencia al Congreso para que actuara tanto en favor de los profesionales de la salud como de los ciudadanos. En 1946, el primer Congreso de la postguerra aprobó la Ley Nacional de Salud Mental, que estipulaba el establecimiento del National Institute of Mental Health (Instituto Nacional de Salud Mental) para que implementara los programas autorizados por dicha Ley.

El libro de Hildegarde Peplau, *Interpersonal Relation in Nursing*, publicado en 1952, causó un profundo impacto en la dirección y el contenido de la enseñanza de enfermería psiquiátrica y salud mental, y proporcionó un marco teórico para la práctica e investigación en este campo.

En noviembre de 1982, las enfermeras norteamericanas organizaron la celebración del "Centenario de Gala" para conmemorar el centésimo aniversario de la primera capacitación formal en enfermería psiquiátrica en EEUU.

EUROPA

En la mayoría de los países europeos se dan varias categorías profesionales que suponen, lógicamente, una formación con diferentes grados y niveles. Para el personal enfermero de más alta calificación existen dos fórmulas, según su esquema de formación: un título polivalente y una posterior especialización en psiquiatría, como es el caso de Bélgica, Italia y Noruega; o bien directamente un título de especializado, como es el caso de Inglaterra, Alemania y Portugal.

En Francia, hasta 1958 no existía una verdadera planificación de la enseñanza de la enfermería psiquiátrica, y cada hospital psiquiátrico formaba su personal según sus propios criterios, dándose por tanto una gran variedad de niveles. Sin embargo, ya a partir de las leyes sociales de 1936, el personal cuidador pudo desarraigarse de la tradición de tener carácter de guardián más que de terapeuta, y tuvo un mayor acceso a una competencia profesional. No obstante, hasta 1958, se puede decir que la situación del personal de los hospitales psiquiátricos era equiparable, en la mayoría de los casos, a los actuales auxiliares psiquiátricos españoles. Con los decretos de 1956 y 1958 cambia la normativa de la enfermería psiquiátrica y en 1970 se modifican de manera notable determinados aspectos de la enseñanza.

Otro planteamiento de interés en relación a la formación en enfermería psiquiátrica es el de Gran Bretaña. En general, la enfermería inglesa goza de una gran capacidad de autonomía propia. Existe un órgano central, el General Nursing Council, que marca las líneas generales a seguir en cuanto a docencia y organización. Los órganos regionales y locales desarrollan esas líneas en función de sus necesidades y recursos. Por otra parte, todo el sistema está dotado de una gran flexibilidad y dinamicidad.

La enseñanza de enfermería psiquiátrica en Gran Bretaña está montada,

prácticamente, sobre unas bases generales muy coherentes que, dado su interés, se resumen a continuación:

- El plan de estudios hace hincapié en la relación entre la salud mental y la enfermedad mental.
- La base del currículum es el estudio de las relaciones humanas.
- Se procura que el estudiante sea capaz de adaptarse inteligentemente a los cambios de circunstancias.
- Se pone mayor énfasis en las ciencias relacionadas con la conducta humana.
- Se ofrece una formación básica pero dándose a entender que el aprendizaje debe continuar.
- Se tiende a despertar el interés del estudiante hacia los problemas de la psicología, psiquiatría, sociología, etc.

ESPAÑA

Los primeros antecedentes de la enfermería psiquiátrica en España hay que buscarlos en la Hermandad del Hospicio de pobres mendigos del Ave María y San Fernando, Rey de España, en Madrid en el año 1675, que hace alusión en sus estatutos a que los "enfermeros" que recibieran a los locos deberían remitirlos al Hospital que había para ellos en la Corte, dada su peligrosidad.

En las Constituciones del Hospital Real de Granada de 1593, versión actualizada de aquellas que dejaron los Reyes Católicos, y en las reformadas el 24 de noviembre de 1632 por Felipe II se recoge en el artículo 3 que los "visitadores" han de nombrar "loquero".

En 1547 San Juan de Dios (con quien se inicia la enfermería juandediana), estando como enfermero en el Hospital Real, relataba como "unos hombres honrados sacaban del tumulto del pueblo a un ciudadano y lo llevaban al Hospital Real, que era el lugar donde recogían y curaban los locos de la ciudad".

En 1684 en el Hospital San Juan de Dios de Cádiz se lee como el Hospital "mantendrá abiertas las puertas día y noche para toda clase de heridos de ambos sexos, recibirá a forasteros, a los extravíos de razón…".

Dando un gran salto en el tiempo, habrá que esperar hasta 1915 para que se cree el Ministerio de Instrucción Pública: Inspección Médico-Escolar y Patronato Nacional de Anormales.

Actualmente, la carencia de personal de enfermería con suficientes conocimientos psiquiátricos así como la falta de enfermería psiquiátrica debidamente cualificada constituyen, sin duda, uno de los problemas más graves de la asistencia psiquiátrica en España.

La viabilidad de un desarrollo de la asistencia psiquiátrica depende, en gran parte, de poder contar con el suficiente personal cualificado para poder asumir las diferentes funciones asistenciales dentro de esta área de la sanidad. El futuro de la psiquiatría en

España no depende tanto de la existencia de buenos y numerosos psiquiatras, cuanto de que se disponga del suficiente personal en todas las áreas de la asistencia: enfermería, asistencia social, terapia ocupacional, socioterapia, etc. Se puede afirmar que no existe en España una auténtica asistencia psiquiátrica o, si se quiere, la que hay establece una imagen deformada de lo que dicha asistencia debería ser.

En España no existe un cuerpo de enfermería psiquiátrica unificado y homogéneo. En la práctica cada centro resuelve sus problemas de enfermería de forma autónoma y recurriendo a las posibilidades que se le ofrecen y que son muy variables. Por otra parte, no hay prácticamente profesionales de la enfermería psiquiátrica que trabajen en la comunidad ni en ningún otro campo que no sean los centros psiquiátricos de hospitalización.

Dentro de la práctica psiquiátrica, se pueden reconocer cinco grupos con funciones propias de la enfermería psiquiátrica: los cuidadores, los auxiliares psiquiátricos diplomados, los miembros de las órdenes religiosas, los ayudantes técnicos sanitarios y diplomados en enfermería generales y los ayudantes técnicos sanitarios y diplomados en enfermería especializados en psiquiatría.

En el año 1967 se crea en España la especialización en psiquiatría para ATS generales. El primer curso organizado con carácter de oficialidad por parte de la Dirección General de Sanidad se hizo en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Navarra. Posteriormente, por Decreto 3.193/1970 de 22 de octubre, se crearon las Escuelas de Especialización de Madrid, Barcelona, Sevilla y Valladolid (1978), que desaparecieron por decreto en 1986, sin que desde entonces exista posibilidad de especialización en enfermería psiquiátrica.

En la práctica, apenas hay enfermeros especializados que ocupen puestos de trabajo en centros psiquiátricos. Las causas de dicho fenómeno pueden ser múltiples, pero una de las principales es el no reconocimiento por parte del INSALUD de la especialidad de psiquiatría para el personal de enfermería.

La situación actual de la psiquiatría en España es especialmente crítica y la enfermería psiquiátrica no hace más que reflejarla. La creación y puesta en marcha de nuevos servicios de psiquiatría está absolutamente condicionada por el hecho de contar con el suficiente número de personal cualificado de enfermería. La formación de este personal de enfermería habrá de ser coherente con la orientación que se dé a la asistencia y a los equipos asistenciales que se creen y parece claro que dicha orientación estará basada en una psiquiatría de equipo y en un trabajo tanto intrahospitalario como extrahospitalario.

CUADRO 1.2
Historia de la enfermería psiquiátrica

EEUU	• 1882: Primera escuela de enfermería psiquiátrica en el McLean Hospital de Waverly. • 1940-1960: Verdadero progreso debido

	a: – 1946: Ley nacional de salud mental. – 1950: Introducción de fármacos psicotropos.
EUROPA	• En Francia, hasta 1958 no existe una verdadera planificación de la enseñanza de enfermería psiquiátrica, que sufre importantes cambios en 1970. • En Gran Bretaña, la enfermería goza de gran autonomía y flexibilidad a nivel regional y local, dentro del marco general establecido por el órgano central. • En la actualidad, existen dos fórmulas en la mayor parte de Europa: – Título polivalente y posterior especialización. – Título especializado de entrada.
ESPAÑA	• Primeros antecedentes de la enfermería psiquiátrica en la Edad Moderna. • 1967: Se crea la especialización en psiquiatría para ATS generales. • 1970: Se crea por decreto las escuelas de especialización. • 1978: Se crea la Escuela de ATS Psiquiátricos de Valladolid. • 1986: Desaparecen por decreto las escuelas de especialización. • Actualmente no existe posibilidad de especialización en enfermería psiquiátrica.

1.3. Situación actual de la enfermería psiquiátrica

Según Matheney y otros colaboradores (1971) la enfermería psiquiátrica sería la atención brindada a pacientes buscando el tratamiento y la rehabilitación de trastornos

psiquiátricos. En esa tarea, la función del profesional de enfermería no difiere en esencia de la que desarrolla en otros campos clínicos, si bien la única diferencia es su orientación primaria, dirigida a las relaciones interpersonales entre enfermero y paciente, y grupos de pacientes.

El campo de la salud e higiene mentales tiene como finalidad la prevención primaria y secundaria de la enfermedad mental. La prevención primaria entraña buscar ante todo la salud mental, y la secundaria, el diagnóstico y el tratamiento tempranos de la enfermedad mental. Una cosa es indudable: el campo de la enfermería en la higiene mental es amplio y con perspectivas de futuro.

Coincidimos con Irving (1975) en que la enfermería psiquiátrica es diferente de todas las demás clases de enfermería, aunque similar a ellas. Algunos consideran la enfermería psiquiátrica como la base, el núcleo, el mismo arte de la enfermería. Otros juzgan la enfermería psiquiátrica como estrictamente limitada al cuidado de pacientes diagnosticados como enfermos mentales. En cualquier caso, la enfermería psiquiátrica no es un claro conjunto de procedimientos o rituales que terminan con una cura. Más bien es una ardua, personal y humana lucha por la salud.

La enfermería psiquiátrica es un proceso de relación humana que pone en conexión a dos personas, una de ellas el profesional de enfermería y la otra el paciente, y su relación es la suma de sus acciones mutuas. El motivo principal de su relación es ayudar al paciente a encontrar una mayor satisfacción de sus necesidades básicas y formas más eficaces de comportamiento para lograr dicha satisfacción, en otras palabras ayudar al paciente a obtener más éxito en la vida. Además es responsabilidad del profesional de enfermería establecer, mantener y concluir tal relación. Que la relación sea o no terapéutica, útil o aun saludable puede medirse muy sencillamente por la sensación de bienestar que experimenta el paciente como resultado de ella.

La asistencia de enfermería psiquiátrica eficaz requiere que el profesional logre los conocimientos, la comprensión y la destreza necesarios para poder observar, analizar y responder terapéuticamente a las necesidades del paciente. Debe dedicar un esfuerzo continuo a mejorar su conciencia de sí mismo, sus percepciones del mundo que le rodea y las relaciones sensitivas con otras personas. No es algo que le llegue de forma natural o automática; requiere mucho trabajo, práctica, evaluación sobre la marcha y continuo aprendizaje. Exige valor, humildad y fuerza para tolerar el fracaso y la frustración inevitables que acompañan al servicio prestado a otras personas. Al mismo tiempo, requiere suficientes fuentes de satisfacción para mantener su estado de salud y su sentido de seguridad. Pero el conocimiento de que ha ayudado a hacer más tolerable, cómoda o venturosa la vida de otra persona hace que su esfuerzo sea valioso.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ALEXANDER, F. G. y SELESNICK, T.: *Historia de la psiquiatría*. Espaxs. Barcelona, 1970.
CRAWFORD, A. L. y KILANDER, V. C.: *Enfermería psiquiátrica y salud mental*. Manual Moderno. México,

1985.
MERENESS, D.: *Elementos de enfermería psiquiátrica*. La Prensa Médica Mexicana. México, 1984.
MOLINA, T. M.: *Historia de la enfermería*. ínter-Médica. Buenos Aires, 1973.
POSTEL, J. y QUETEL, C.: *Historia de la psiquiatría*. Fondo de Cultura Económica. México, 1987.
VENTOSA, F.: *Historia de la enfermería española*. Ciencia 3. Madrid, 1984.

2

Protocolo de enfermería en un equipo de salud mental

OBJETIVOS

- Definir el protocolo de enfermería en un equipo de salud mental.
- Enumerar y describir los apartados del modelo de protocolo (filiación, dirección, ambiente familiar, enfermedad actual, síntomas, actitud ante la enfermedad, cuidados, colaboraciones, evolución y valoración).
- Razonar y justificar la importancia de los distintos apartados del modelo de protocolo, realizando un análisis crítico de ellos.
- Comparar el modelo de protocolo con los de otras especialidades.
- Historiar enfermos mentales.

2.1. Definición del protocolo de enfermería en un equipo de salud mental

El personal de enfermería dispone de un valioso tiempo de relación con los pacientes y se comunica con ellos de forma intensa, siendo el responsable de establecer

los cuidados y atenciones, desde los puntos de vista físico y psicológico. En los enfermos mentales, la necesidad de entablar una relación beneficiosa cobra un interés especial. Por estas razones, es conveniente disponer de un modelo de protocolo que facilite el cumplimiento objetivo y sistematizado de las funciones de enfermería en cualquier fecha, día y turno de actuación.

Puede definirse el *protocolo* como un documento en el que deben reflejarse los datos necesarios para que el personal de enfermería, a nivel asistencial tanto ambulatorio como hospitalario, lleve a cabo la definición, valoración, planificación y ejecución de sus funciones propias y delegadas y pueda, finalmente, efectuar una valoración de su actividad.

Se trata por tanto de un instrumento de trabajo que, junto a la historia psiquiátrica, el informe psicológico y la encuesta social, configura el expediente del enfermo.

2.2. Descripción del modelo de protocolo

El modelo de protocolo es el siguiente:

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN UN EQUIPO DE SALUD MENTAL

Fecha ..... Historia nº .....

I. FILIACIÓN

- Apellidos ..... Nombre .....
- Edad ..... E. Civil ..... Profesión .....
- Datos proporcionados ..... Religión .....

II. DIRECCIÓN

- Dirección ..... Tel. urgencia .....
- Nombre y dirección del familiar más cercano .....

III. AMBIENTE SOCIOFAMILIAR

- Situación económica .....
- Armonía familiar .....
- Situación laboral .....
- Nivel educativo .....
- Breve descripción del árbol genealógico .....
- Otros datos de interés .....

(.../...)

IV. SIGNOS Y SÍNTOMAS EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA O DEL INGRESO

- Signos y síntomas somáticos (temperatura, pulso, tensión arterial, otros) .....
- Signos y síntomas psicopatológicos más llamativos (abordabilidad, pensamiento, lenguaje, humor, motricidad, estado emocional, conciencia, aspecto e inteligencia, memoria, etc.)
- Riesgo de suicidio .....
- Otros signos y síntomas .....

V. ACTITUD DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD (aceptación, negación, rechazo, etc.)

1. Paciente .....
2. Familiares .....

VI. ENFERMEDAD ACTUAL

- Motivo de consulta o ingreso .....
- Consultas o ingresos anteriores .....
- Diagnóstico médico .....
- Valoración de necesidades .....

VII. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Seguridad .....
- Respiración .....
- Ingesta .....
- Eliminación .....
- Actividades generales y ejercicio .....
- Comunicación .....
- Ocupación y actividades de tiempo libre .....
- Educación sexual .....
- Sueño .....
- Aspectos legales .....
- Circunstancias de la muerte .....

VIII. COLABORACIONES TERAPÉUTICAS

- Psiquiátrica .....
- Psicológica .....
- Asistencia social .....
- Otros servicios .....
  1. Medicina interna .....
  2. Electroencefalografía .....
  3. Laboratorio .....
  4. Oftalmología .....
  5. Radiología ..... Otros .....

IX. EVOLUCIÓN

X. VALORACIÓN

1. Continuada .....
2. Final .....

Una vez diseñado el protocolo de trabajo, queda lógicamente delimitado el campo de actuación del personal de enfermería. Se ha tratado de respetar las competencias de otros miembros del equipo psiquiátrico, definiendo los niveles de actividad del diplomado en Enfermería, sin olvidar su nivel académico de rango universitario y sin confundirlo con el de otro personal de enfermería de escala inferior. Este campo operativo podría ser extrapolado, con las modificaciones oportunas, a otras áreas de la enfermería.

A continuación se describen y justifican los diez apartados de este protocolo, algunos de ellos obviamente comunes a los de otros expedientes.

I. FILIACIÓN

En este apartado se recogen datos personales que constituyen referencias válidas que deben encabezar toda historia del tipo que sea.

A fin de evitar la burocratización, no parece conveniente iniciar la relación con el paciente con la solicitud de estos datos. Más bien, ha de realizarse en un ambiente sereno y tranquilo, de forma fluida, coloquial y distendida.

II. DIRECCIÓN

La dirección del paciente y sus familiares más cercanos, con un teléfono de urgencia, completan los datos personales de identificación y dependencia familiar. Obviamente, estas referencias pueden tomarse de otros protocolos.

III. AMBIENTE SOCIOFAMILIAR

Es sabido que muchas enfermedades son causa de inadaptaciones y, a la inversa, algunas inadaptaciones sociales son motivo de enfermedades e incluso, enfermedades en sí mismas. Por esta razón, conocer el ambiente sociofamiliar resulta imprescindible para efectuar una valoración de la situación y posibilitar la relación con el paciente y su entorno.

IV. SIGNOS Y SÍNTOMAS EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA O INGRESO

La temperatura, pulso, tensión arterial, deshidratación (frecuente en algunos cuadros psiquiátricos) y otros datos son prioritarios para llevar a cabo una valoración del paciente que permita posteriormente establecer los cuidados oportunos.

A nivel psicopatológico, los signos y síntomas específicos deben ser conocidos por el profesional de enfermería, que si bien no está enteramente capacitado para una exploración rigurosa, sí debe conocer, valorar y entender su sentido. A veces es el propio personal de enfermería quien detecta síntomas, debiendo transmitir la información al equipo. En otras ocasiones, ha de actuar directamente sobre el paciente, tal como puede

ocurrir en un cuadro de agitación psicomotora. En general, el personal de enfermería recoge datos, previene y actúa si es necesario. Pero en cualquier caso, la valoración de necesidades ha de realizarse en función del cuadro psicopatológico, por lo que dicho personal ha de poseer una formación suficiente en esta disciplina. En el supuesto de que este personal desconociera esos signos y síntomas, se encontraría desprovisto del soporte doctrinal necesario y de puntos de referencia auténticamente científicos.

Gran número de enfermos psíquicos presentan ideas o conductas suicidas. Por razones obvias, la valoración del riesgo de suicidio merece especial atención. En cualquier caso, el diagnóstico psiquiátrico de la entidad nosológica de fondo permitirá orientar los cuidados, que serán distintos en cada caso.

V. ACTITUD DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD

Los enfermos y sus familiares pueden presentar actitudes de aceptación, negación o rechazo ante la enfermedad. Estas posturas básicas, no siempre son manifiestas, encubriéndose frecuentemente en otras de sobreprotección, perfeccionismo, etc. El conocimiento de estos mecanismos defensivos permitirá al personal de enfermería, en colaboración con el resto del equipo psiquiátrico o de salud mental, valorarlos, controlarlos y, si es posible, desestructurarlos.

VI. ENFERMEDAD ACTUAL

En este apartado se recogen datos sobre motivos de la consulta o ingreso actual, de otras consultas o ingresos, en caso de haberse producido, y el diagnóstico médico. Estas referencias permitirán al personal de enfermería llevar a cabo una valoración final de las necesidades actuales del paciente.

El diagnóstico psiquiátrico, cuando se determine, debe ser conocido por el personal de enfermería y parece conveniente que se incluya en todos los protocolos, ya que diversificar los diagnósticos (psiquiátrico, de enfermería, psicológico, social, etc.) puede llevar a confusión. Hablar de valoración de necesidades en el protocolo de enfermería resulta más oportuno.

Parece más adecuado que el personal de enfermería lleve a cabo la valoración y planificación de necesidades del enfermo psiquiátrico, tomando como base el diagnóstico multiaxial de la American Psychiatric Association, DSM-III-R (1988), en donde el enfermo es evaluado en cada uno de los siguientes aspectos:

Eje I Diagnóstico principal del cuadro clínico.
Eje II Trastornos del desarrollo y de la personalidad.
Eje III Trastornos y estados somáticos.
Eje IV Intensidad del estrés psicosocial.
Eje V Evaluación global del sujeto (escala GAF).

Estos distintos aspectos permiten al equipo psiquiátrico o de salud mental formular un juicio suficientemente amplio sobre la situación psicopatológica, personalidad, trastornos orgánicos y actividad sociofamiliar y laboral del sujeto, resultando relativamente fácil su localización dentro del *continuum* salud-enfermedad mental. Se trata, en definitiva, de hacer un diagnóstico múltiple, no estático, con diversos enfoques y que es aceptado a nivel internacional. De esta forma, la valoración de necesidades resultará mucho más rigurosa desde los puntos de vista científico y metodológico y se facilitará el establecimiento de prioridades, primer paso del proceso de atención de enfermería.

VII. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Aunque aún no exista una normativa legal que regule el tema, desde hace años se viene reconociendo que los cuidados son las funciones propias y específicas del personal de enfermería. Una vez efectuada la valoración del paciente, dicho personal debe llevar a cabo estas atenciones específicas a niveles físico y psicológico, aunque con frecuencia resulte artificioso distinguir el carácter de estos dos aspectos.

A) Seguridad

Mantener al enfermo mental en un entorno seguro resulta totalmente prioritario. De forma genérica, pueden señalarse objetivos amplios, como la prevención de accidentes, contaminaciones, etc.

La detección de ideas y prevención de conductas autolesivas constituyen el aspecto más específicamente psiquiátrico de este apartado. El personal de enfermería, además de atender de forma prioritaria las situaciones inherentes al estado particular del enfermo (torniquete, lavado de estómago, etc.), debe prevenir cualquier tipo de riesgo (ventanas, utensilios cortantes, cristales, etc.). Especial atención debe prestar a la administración de medicamentos procurando que el paciente los ingiera en su presencia, evitando así que pueda acumularlos con intención de mal uso. Otra misión importante es la custodia rigurosa del depósito de psicofármacos.

B) Respiración

Aunque pocos enfermos mentales presentan alteraciones respiratorias, al ser ésta una función vital, merece atención y cuidados urgentes en los casos en que se encuentre alterada, como son los cuadros de depresión del centro respiratorio y conductas suicidas o en caso de asmas psicógenos.

C) Ingesta de alimentos

De forma genérica, corresponde al personal de enfermería informar al enfermo sobre la frecuencia y horario de su dieta. Algunos pacientes precisarán, por estar

incapacitados, una alimentación por vías artificiales. En cualquier caso, resulta importante que el personal de enfermería vigile la aparición de vómitos, ingestiones a deshora, prestando máxima atención a la alimentación de los niños y a la hidratación de los enfermos.

D) Eliminación

Esta función puede estar alterada tanto a nivel urinario como fecal en los enfermos psíquicos, por lo que el personal de enfermería habrá de prestar ayuda a los que no la controlan. A veces puede ser posible, sobre todo en niños, la reeducación de pacientes incontinentes (control de líquidos, gimnasia de esfínter, etc.).

E) Actividades generales y ejercicio

Algunos enfermos mentales presentan dificultades en su movilización (negati-vismo activo o pasivo, abulia, etc.). El personal de enfermería, tras la valoración psicopatológica, además de estructurar el ambiente de forma que el paciente goce de la mayor independencia, habrá de ayudar a aquellos que presenten una movilidad reducida, colaborando si es preciso en la rehabilitación de la deficiencia.

F) Comunicación

A nivel asistencial, y especialmente en el medio hospitalario, la comunicación además de ser un medio constituye un fin en sí mismo. Sin un buen nivel de comunicación, la relación con el enfermo se verá gravemente distorsionada.

El personal de enfermería, a este nivel y de forma genérica, deberá identificarse ante el paciente, dando a conocer no sólo su nombre sino también el de otros compañeros de distintos turnos. También presentará a los enfermos entre sí.

El elemento que más puede favorecer una buena comunicación es la disponibilidad. Al paciente hay que escucharle atentamente y no sólo oírle. Con esta actitud, se ayudará a que exprese sus sentimientos de la forma más constructiva.

G) Ocupación y actividades de tiempo libre

Muchos enfermos mentales presentan formas negativas de aislamiento por timidez, resentimiento, etc. Puede aceptarse que la mayor parte de las actividades suelen ser beneficiosas. Por estas razones, el personal de enfermería debe estructurar el tiempo de los pacientes de forma adecuada, evitando en ellos el aburrimiento, la soledad y propiciando el desarrollo de hábitos saludables, como la lectura, la música, etc. En caso necesario, habrá de improvisar o colaborar en servicios de terapia ocupacional.

H) Educación sexual

También resultan frecuentes los trastornos genéricos de la función sexual, así como las alteraciones de la menstruación de la mujer. Pueden ser beneficiosas en estos

enfermos acciones educativo-sanitarias que incluyan información y modificación de actitudes en relación a las funciones de reproducción, anticoncepción, enfermedades venéreas, etc.

I) Sueño

Muchas enfermedades mentales cursan con insomnio. A nivel hospitalario, el ambiente de estas instituciones también lo favorece. En este terreno, el personal de enfermería puede llevar a cabo una educación sobre el uso de hipnóticos, facilitar la continuidad en los hábitos propios del paciente y asegurar el ambiente más cómodo posible. Cualquier alteración del sueño ha de ser vigilada y anotada, ya que su descripción puede resultar valiosa en el diagnóstico de algunas enfermedades (crisis de terror, depresiones, etc.).

J) Aspectos legales

En la sistematización de cuidados, parece oportuno incluir esta función, ya que los ingresos y tratamientos judiciales son frecuentes a nivel psiquiátrico. La asistencia en esta especialidad también suele estar relacionada con otros aspectos civiles, tales como incapacidades, separaciones matrimoniales, adopción, custodia de hijos, etc.

En cualquier caso penal, el personal de enfermería debe valorar la peligrosidad del enfermo, asumiendo además las responsabilidades delegadas por otros miembros del equipo o por la autoridad judicial, no olvidando que esta autoridad puede demandarle responsabilidades.

K) Circunstancias que rodean a la muerte

Cuando el personal de enfermería tenga que afrontar enfermos mentales en fase terminal, habrá de prestar máxima atención a los aspectos físicos y psicológicos de esta situación, ayudando al paciente a morir con dignidad, evitando la soledad y el dolor innecesarios, propiciando la intimidad del enfermo con su familia, atendiendo el aspecto religioso y apoyando una elaboración adecuada del duelo.

VIII. COLABORACIONES TERAPÉUTICAS

El profesional de enfermería, sea especialista o no, es un miembro por propio derecho del equipo psiquiátrico, por lo que a nivel terapeútico puede llevar a cabo muchas aportaciones y colaboraciones. Algunas de ellas, como la administración de psicofármacos, son antiguas y están bien definidas como actividades específicas de este personal. Sin embargo, no deben terminar ahí las colaboraciones con el psiquiatra. A nivel terapeútico, también pueden extenderse al terreno de las psicoterapias, ya sean específicas, conociendo e informando sobre su evolución, ya sean inespecíficas, desarrollando una buena relación personal.

Con respecto a otros miembros del equipo psiquiátrico, el personal de enfermería puede aportar todos los datos y sugerencias, colaborando en las actividades propias del psicológo, asistente social, etc.

IX. EVOLUCIÓN

La evolución de los aspectos propios de los cuidados puede llevarse a cabo en hojas del protocolo de enfermería, lo que permitirá la modificación de objetivos y el priorizar algunas tareas durante la fase de trabajo.

X. VALORACIÓN

La realización de la evolución señalada anteriormente equivale a una valoración continuada. Además, el personal de enfermería también debe efectuar con el enfermo una valoración final, que le permitirá, tras analizar los posibles factores distorsionadores de su relación, subsanar éstos, mejorando sus futuras actuaciones.

2.3. Funcionalidad del protocolo de enfermería

La sistematización del protocolo de enfermería puede reportar una serie de beneficios a los distintos miembros del equipo de salud mental y a la operatividad del grupo.

Para el psiquiatra, el disponer de una puntual información sobre la evolución de las funciones objeto de los cuidados de enfermería tiene un interés obvio. También el personal de enfermería puede actuar como agente detector y transmisor de los síntomas psicopatológicos más llamativos apreciados a lo largo de un turno de trabajo. Por último, al ocupar este personal parte de su tiempo en la administración de psicofármacos, tendrá la oportunidad de observar la actitud del enfermo ante estas terapias, además de prestar su colaboración en programas de farmaco-vigilancia, identificando y cuantificando los efectos adversos de los medicamentos, todo ello de interés para los psiquiatras.

Los psicológos y asistentes sociales pueden beneficiarse de los datos proporcionados por el personal de enfermería, el cual dispone de un valioso tiempo de relación con el paciente y sus familiares, en los que puede detectar datos y actitudes (rechazo, sobreprotección, armonías, disarmonías, etc.).

Finalmente, al disponer de un protocolo sistematizado donde pueda reflejar su actividad, el propio personal de enfermería realizará sus tareas y funciones de forma más eficaz y gratificante, pudiendo incluso mejorar futuras actuaciones a través del conocimiento de los posibles elementos distorsionadores tras el análisis y valoración finales.

Por último, el propio enfermo mental puede beneficiarse de una atención más

organizada y de contar con un personal de enfermería que atiende, detecta y comunica sus necesidades de manera más eficaz.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

CRESPO BENÍTEZ, J. et al: *Seminario sobre concepto y objetivos docentes en enfermería*. Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Cádiz. Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz, 1992.

DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C: *Los cuidados y la profesión de enfermeria en España*. Pirámide. Madrid, 1986.

IRVING, S.: *Enfermeria psiquiátrica*. Interamericana. México, 1975.

POLETTI, R.: *Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería*. Rol. Barcelona, 1980.

POLETTI, R.: *Cuidados de enfermeria. Tendencias y conceptos actuales*. Rol. Barcelona, 1980.

3

Diagnósticos de enfermería

OBJETIVOS

- Identificar el proceso de atención de enfermería (PAE) como instrumento de trabajo del profesional de enfermería.
- Mostrar un protocolo operativo de recogida de datos que reúna los elementos suficientes para la detección de las necesidades alteradas.
- Verificar el uso de una taxonomía diagnóstica (NANDA) como lenguaje unificador de enfermería.
- Demostrar la necesidad de que la actividad de enfermería pueda ser medi-bie y analizada estadísticamente, mediante:
  - la codificación de las etiquetas diagnósticas;
  - la gradación de la necesidad alterada por su gravedad (dependiendo de la conciencia o no de enfermedad por parte del paciente); y
  - la valoración de las necesidades alteradas en función de la estancia hospitalaria.

3.1. El diagnóstico en la labor asistencial de enfermería

La labor del personal de enfermería, al menos en el área asistencial, se ha basado por lo general en unos determinados conocimientos de medicina y se ha caracterizado por una formación de tipo empírico en cuanto a la aplicación de cuidados a pacientes. Ni siquiera la existencia de marcos conceptuales de enfermería, desarrollados por autores como Orem, Roy, Gordon, etc., han sido suficientes, salvo en raras ocasiones, para crear marcos prácticos para el desarrollo profesional y que sirvieran de guía para el personal de enfermería.

Esta situación se agudiza aún más cuando se particulariza en la enfermería psiquiátrica. La contaminación que parece sufrir respecto de los conocimientos, experiencias y evolución de la psiquiatría establecida en los últimos años ha hecho que con frecuencia el personal de enfermería se sirviera preferentemente de un lenguaje específicamente médico (el DSM o la CIE, en sus diversas versiones), como muy acertadamente ya ha constatado la crítica especializada (Malone, 1991), todo ello en detrimento de un lenguaje propio de enfermería, más centrado en la detección de necesidades y en la aplicación de planes de cuidados. Weber (1991) llega incluso a decir que el diagnóstico de enfermería debería tener una etiología que pudiera ser alterada mediante intervenciones de enfermería, no médicas. Es importante reconocer, además, que las acciones de enfermería en general pueden tener un impacto directo en los resultados obtenidos en el tratamiento médico (Briody y cols., 1992).

Básicamente, la labor asistencial de enfermería en general y de la enfermería psiquiátrica en particular se fundamenta en dos grandes áreas:

a) Aplicación de un método de trabajo que permita organizar, planificar y sistematizar los cuidados, según las necesidades del paciente, y una taxonomía que posibilite unificar el lenguaje y los criterios de los problemas detectados, traducibles en definitiva a etiquetas diagnósticas.

b) Desarrollo de una teoría que sirva de orientación en la creación de objetivos encaminados a la resolución de problemas (debidamente etiquetados) y que, además, sirva de nexo de unión entre los distintos pasos del proceso de atención de enfermería (PAE), a través de los cuales se pueda racionalizar los datos recogidos del paciente y prever unos resultados.

3.2. Concepto y evolución del diagnóstico de enfermería

Aunque la expresión "diagnóstico de enfermería" aparece en la literatura en la década de los cincuenta (McManus, 1950), con un primer esbozo de categoriza-ción de la enfermería y la publicación de una lista de 21 problemas (Abdellah y cols., 1960), los diagnósticos de enfermería se empiezan a plantear como tema de estudio en la primera Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Asso-ciation (NANDA) sobre clasificación de diagnósticos de enfermería, celebrada en St. Louis, Missouri, en 1973

(Mills, 1991). En los debates de esta asamblea se pone en evidencia la necesidad imperiosa no sólo de identificar los problemas percibidos en la práctica clínica, sino de etiquetarlos adecuadamente. En esa primera conferencia ya se empieza a trabajar aceptando un esbozo de definición, según la cual el diagnóstico de enfermería es un "juicio o conclusión a los que se llega como resultado de una valoración de enfermería" (Gebbie y Lavin, 1975). Se empieza a barajar, asimismo, una terminología novedosa para enfermería en la que entran expresiones como "problemas del paciente", "conceptos y categorías", "categorías diagnósticas", etc. Los trabajos de esta asamblea culminan con la publicación de una lista de 34 diagnósticos. Sin embargo, no es hasta finales de los setenta e inicios de los ochenta cuando el trabajo del grupo de la NANDA empieza a ofrecer resultados satisfactorios y de impacto internacional (Kim y Moritz, 1982).

En la década de los ochenta, sobre todo a raíz de la declaración de política social de la American Nurses' Association (ANA, 1980), la enfermería se define y acepta como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas del individuo ante problemas actuales o potenciales de salud. De hecho, y según la ANA, al propio tiempo que el concepto de diagnóstico de enfermería ha evolucionado, su utilización en la práctica clínica se ha convertido en un componente integral del estándar de cuidados de enfermería.

A la vez que las conferencias de la NANDA se van sucediendo (la segunda en 1975, la tercera en 1978 y la cuarta en 1980), en la literatura aparecen diversas definiciones de diagnóstico de enfermería, cada una de las cuales hace hincapié en algún aspecto matizador. Sin embargo, la nomenclatura utilizada contribuye más a la confusión que a la claridad, no sólo de la definición sino también de las etiquetas diagnósticas con sus correspondientes definiciones aportadas.

Los matices de las distintas definiciones propuestas son diversos. No obstante, todas tienen en común que en ellas se describe el estado de salud del paciente como resultado de una valoración. Carpenito (1987) describe el diagnóstico como un enunciado posible, potencial o real, mientras que Gordon (primero en 1976, y sucesivamente hasta 1987), ampliando este concepto, añade que estos enunciados diagnósticos son respuestas del paciente que "el personal de enfermería, por su educación y experiencia, está capacitado y legalmente autorizado para tratar" (Gordon, 1976).

En 1990, en su 9ª Asamblea General, la NANDA propone la siguiente definición de diagnóstico de enfermería con la que se pretende abarcar todas y cada una de las matizaciones propuestas por sus miembros:

> Juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud y/o procesos vitales, reales o potenciales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la elección de intervenciones de enfermería mediante las cuales se consiguen los resultados cuyo responsable es la enfermería.
>
> (NANDA, 1990: 5)

Conviene recordar que la fase diagnóstica es la clave del proceso de enfermería. Esta fase debe ir precedida de unos pasos precisos y concretos (Weber, 1991):

- Valoración del paciente.
- Identificación de problemas reales o potenciales que conducen a la formulación del diagnóstico de enfermería (problema + causa + manifestación).
- Desarrollo de los resultados esperados, los cuales son medibles y orientados hacia el paciente.
- Desarrollo de intervenciones de enfermería individualizadas.
- Evaluación de las intervenciones.

Todo el proceso de enfermería, por tanto, se debe resolver alrededor del diagnóstico de enfermería.

Hoy día existen diversos listados que recogen los problemas del paciente y sobre los que la enfermería puede incidir de una forma autónoma. En el presente trabajo se ha adoptado la taxonomía de la NANDA, a partir de la 5ª Conferencia celebrada en 1984. En la actualidad se está trabajando con la de 1990. La diferencia entre los listados de 1984 y 1990 radica fundamentalmente en la forma de agrupar los diagnósticos: el listado de 1984 (véase anexo A) los agrupa según los patrones funcionales de salud (PFS), mientras que el de 1990 (anexo B) los clasifica según los patrones de respuestas humanas (PRH).

3.3. Experiencia práctica de un diagnóstico de enfermería

En el presente estudio se muestra una experiencia práctica, incluyendo materiales y pasos seguidos en la misma, al propio tiempo que se describe su aplicación en el campo de trabajo. Como principio motivador del trabajo, era preciso inclinarse por unos determinados principios filosóficos sobre la salud y el hombre, y que ello incidiera en la selección de los materiales apropiados para llevar a cabo el trabajo. Así pues, había que determinar si se iba a confeccionar un listado propio de problemas/diagnósticos o utilizar alguno de los existentes y, por otra parte, qué instrumento se iba a emplear para la recogida de datos.

En cuanto al primer aspecto, se decidió utilizar la taxonomía de la NANDA por considerar que es la más extendida internacionalmente entre el personal de enfermería, además de ser la que recoge de una forma más adecuada las alteraciones de las necesidades del paciente. Por lo que respecta al segundo, se optó por la elaboración de un protocolo que recogiera exactamente aquellos datos que fueran posteriormente traducibles a etiquetas diagnósticas con la mayor operatividad y fiabilidad.

3.3.1. Metodología

Con el fin de llevar al campo de la investigación la detección de diagnósticos de enfermería, se precisaba de una metodología con la suficiente versatilidad para poder transformar los hechos detectados (verbalizados por el paciente o por su familia o persona significativa, o bien captados por el personal de enfermería) en datos factibles de ser medidos (Bunge, 1981) y que sirvan, al propio tiempo, para definir adecuadamente los problemas derivados de las necesidades alteradas y, posteriormente, someter el paquete de datos a un tratamiento estadístico.

En principio el método de trabajo seguido se fundamenta en la aplicación de los principios científicos en la asistencia al paciente (Carpenito, 1987), lo que, además de ser un método encaminado a la resolución de problemas, va a permitir valorar, identificar y efectivamente tratar los problemas que, de forma individualizada, se detecten en el paciente.

La mecánica para llevar estos principios a la práctica pasó por la elaboración de un protocolo de recogida de datos que reuniera las características más frecuentes en pacientes psiquiátricos. En dicho protocolo confluyeron, por una parte, la aportación de experiencias similares aparecidas en la literatura y, por otra, la propia experiencia en menesteres semejantes por parte de los miembros del equipo de trabajo. Además, no era una práctica ajena al equipo, ya que con frecuencia se habían desarrollado protocolos para su puesta en práctica con alumnos de enfermería.

A lo largo de los últimos años se han desarrollado tres protocolos de recogida de datos. Los dos primeros, producto de los cuales fueron dos publicaciones (Sales y cols., 1988 y 1990), sirvieron como campo de pruebas para el que se presenta en el anexo C, publicado por Sales y colaboradores (1991), resultado en realidad de revisiones y corrección de errores observados en los dos anteriores. Este último es más amplio, con una mejor distribución, a la vez que es de más fácil manejo y da un perfil más nítido de las necesidades y de los problemas del paciente.

3.3.2. Descripción del protocolo

En el proceso de enfermería el primer paso es la recogida de datos. En el protocolo objeto de estudio, éstos forman dos grandes grupos:

1. Datos de carácter básico que se recogen en el primer contacto con el paciente, como:
    - Datos de afiliación (nombre, número de historia, fecha de ingreso, etc.).
    - Tipo de ingreso, número de ingresos, etc.
    - Actitud del paciente hacia el ingreso.
    - Motivo del ingreso.
    - Patrones de funcionamiento alterados.

- Otros datos de interés (alergias, dietas, tipos de medicación, etc.).

2. Con los datos del segundo grupo, que se recogen progresivamente en contactos sucesivos con el paciente, se intenta identificar cada una de sus necesidades.

La información necesaria para la valoración de enfermería se obtiene de diversas formas. Según Iyer y otros colaboradores (1988), éstas pueden ser primarias y secundarias. Las primarias son las que recogen los hechos subjetivos u objetivos directamente del paciente, en la observación e interrelación directa con él. Las fuentes secundarias son las ajenas al paciente y que se utilizan cuando se precisa ampliar la información para aclarar o confirmar algunos datos concretos. Las fuentes secundarias pueden tener una procedencia diversa:

- de un miembro de la familia o persona significativa,
- de la historia clínica,
- de otros profesionales del equipo de salud (psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, auxiliares, etc.).

En el caso concreto de la enfermería psiquiátrica, por donde se mueve principalmente el equipo de trabajo, y dada la "no conciencia de enfermedad" por parte de los pacientes, con frecuencia es imprescindible utilizar más las fuentes secundarias que las primarias.

La elaboración del protocolo, incluido en el anexo C, se ha fundamentado en un enfoque holista, que es el componente primario de la asistencia y que entiende al hombre como un ser bio-psico-social. El individuo es considerado como un ser singular y unificado en sus tres componentes cuyas características son más importantes que la suma de las partes, según han desarrollado diversos autores (por ejemplo, a partir de Rogers, 1970). A su vez, como señalan Briody y colaboradores (1992), es importante reconocer que la enfermería alcanza su conocimiento base (el cual distingue el ámbito de la enfermería de otras disciplinas) a través de esta perspectiva holista de la interacción total persona/entorno. El aislamiento de fenómenos de enfermería refleja el "todo" más que la "parte" del hombre y de ningún modo reemplaza la perspectiva total.

Por lo tanto, y de acuerdo con este enfoque, se ha procedido a agrupar las alteraciones en función de que éstas sean de tipo biológico, psicológico o social, según se expresa a continuación.

A) Alteraciones de orden biológico:

- Alteraciones biológicas: oxigenación, eliminación, ingesta, sentidos corporales, movilidad, sueño/descanso, dolor/bienestar, alteraciones secundarias.

B) Alteraciones de orden psicológico:

- Alteraciones del comportamiento: aspecto, nivel de conciencia, lenguaje, autocuidado, sexualidad.
- Alteraciones afectivas: factores estresantes, comunicación del afecto, estado emocional.
- Alteraciones intelectuales/cognitivas: funcionamiento cognitivo, memoria, atención/concentración, pensamiento abstracto, alteraciones del pensamiento.

C) Alteraciones de orden social:

- Alteraciones familiares y sociales: redes sociales, modelo ocupacional/laboral, modelo cultural/recreativo.

Esta dinámica de clasificación aparece en diversos textos publicados en la actualidad, entre los que cabe citar el de Cook y Fontaine (1990).

3.3.3. Gradación y valoración de los datos

La utilización de la taxonomía de la NANDA, mencionada anteriormente, exigía un sistema de distribución de modo que permitiera la introducción de datos en el ordenador de una forma operativa y sencilla. Dicho sistema consistía en identificar con un primer dígito la necesidad alterada (grupo XIII, que corresponde a los PFS, y grupo IX, a los PRH), un segundo dígito para identificar el problema (un total de 75 problemas con subdivisiones en PFS y 92 problemas sin subdivisiones en PRH), y en los problemas donde existen subdivisiones se añadió un tercer dígito (esta característica sólo se dio en el listado de 1984, de la 5ª Conferencia). Este sistema de numeración posibilitó, en efecto, el tratamiento estadístico de los datos.

El sistema se completó por medio de la "gradación" de cada problema. Para ello se utilizó una escala de reducido tamaño con el fin de limitar al máximo las apreciaciones y los aportes subjetivos de quienes realizaban la gradación. En el estudio pormenorizado y subsiguiente gradación de cada problema, se usó el siguiente baremo:

Calificación	*Percepción del problema*
1	Cuando el paciente es el único que identifica el problema.
2	Cuando además de verbalizarlo el paciente, el personal de enfermería puede identificarlo de forma objetiva.
3	Cuando únicamente el personal de enfermería identifica el problema, sin que el paciente tenga consciencia del mismo, siendo por lo tanto incapaz de buscar las ayudas que le permitan iniciar las acciones pertinentes para resolverlo.

0	Cuando se entendía que el problema se había resuelto.

Esta gradación se puede explicitar perfectamente con el siguiente ejemplo:

PE 1.4 TRASTORNO DE LOS PATRONES DEL SUEÑO	
El paciente se queja de insomnio, pero tanto en las hojas de observación de la enfermera de noches como en la conducta del paciente durante el día, no se observan signos que demuestren cansancio, falta de atención o descenso de sus actividades normales.	1
Cuando además de que el paciente verbaliza el problema, se aprecian signos que permiten una valoración objetiva, por ejemplo signos externos de cansancio (bostezos frecuentes, somnolencia, aletargamiento), o bien manifiesta incapacidad para desarrollar sus actividades cotidianas normales.	2
Cuando el paciente duerme un tercio de lo habitual, pero se muestra hiperactivo, verborreico y no acusa en ningún momento la falta de sueño.	3
Cuando se ha resuelto el problema y no existen apreciaciones objetivas o subjetivas, tanto por parte del paciente como del personal de enfermería.	0

Esta valoración se realizaba tanto en el momento del ingreso del paciente como al ser dado de alta hospitalaria. Con ello se podía emitir un juicio sobre cuáles de los problemas detectados al ingreso habían desaparecido, aumentado o disminuido. Esta gradación permitió, además, analizar estadísticamente los resultados ingreso/alta como datos no paramétricos y con ello evaluar la evolución de los problemas detectados en el paciente utilizando el método Wilcoxon para datos apareados no paramétricos (Siegel, 1988), tomando como significativos los valores menores de 0,001.

El estudio se realizó con todos los pacientes que ingresaron de forma correlativa en el Servicio del Hospital Clínico Universitario de Valencia durante cuatro años (cuadro 3.1). Del total de la muestra, para 317 representaba el primer ingreso (61,3%). La estancia media fue de 33,5 días, mientras que la clase social predominante era media-baja. Sin embargo, por motivos de síntesis, no se incluye aquí el análisis individualizado de cada problema (véase el análisis completo de los primeros 152 casos, relativos a 1989, en Sales y cols., 1991), sino que se desarrollan globalmente los resultados y las conclusiones.

CUADRO 3.1

Grupo de estudio. Distribución de la muestra según grupos de edad y sexo

	15-29	30-44	45-64	> 64	TOTAL	%
HOMBRES	114	84	49	15	262	50,7
MUJERES	93	84	53	25	255	49,3
					517	

- En los 517 pacientes de la muestra analizada se detectó un total de 3.877 problemas/diagnósticos de enfermería, con una media de 7,49 problemas por paciente (cuadro 3.2).

CUADRO 3.2

Frecuencia de aparición de los diagnósticos de enfermería (NANDA) según sexo y grupo de edad

	15-29	30-44	45-64	> 64	TOTAL
HOMBRES	855	616	389	125	1.985
MUJERES	639	630	431	192	1.892
TOTAL	1.494	1.246	820	317	3.877

- El análisis de los "scores" (sumatorio de las gradaciones) en el total de los pacientes, distribuidos por sexos y grupos de edad, fue significativo (cuadros 3.3 y 3.4).

CUADRO 3.3

Análisis de ingreso/alta de todos los pacientes

		Σ SCORE		x SCORE/PACIENTE		p
	NÚM. PE*	INGRESO	ALTA	INGRESO	ALTA	
HOMBRES (n = 262)	1.985	4.531	2.262	17,63	8,80	< 0,001
MUJERES (n = 255)	1.892	4.138	2.029	16,62	8,15	< 0,001
TOTAL (n = 517)	3.877	4.291	4.291	17,13	8,48	< 0,001

* PE = Problemas de enfermería.

CUADRO 3.4
Análisis de ingreso/alta de todos los pacientes por grupos de edad

		Σ SCORE		x SCORE/PACIENTE		p
	NÚM. PE	INGRESO	ALTA	INGRESO	ALTA	
15-29 AÑOS (n=207)	1.494	3.304	1.666	16,36	8,25	< 0,001
30-44 AÑOS (n=168)	1.246	2.888	1.509	17,72	9,26	< 0,001
45-64 AÑOS (n=102)	820	1.781	750	17,46	7,35	< 0,001
> 64 (n=40)	317	690	360	18,16	9,47	< 0.001

- La alteración de las necesidades según su aparición, así como su distribución por sexos, se detalla en el cuadro 3.5.

CUADRO 3.5
*Análisis por grupos de problemas de enfermería (PE), según sexo y totales**

	SEXO				TOTAL	
	HOMBRES		MUJERES			
	PE	%	PE	%	PE	%
PE 4. REACCIONES EMOCIONALES	773	38,9	755	39,9	1.528	39,4
PE 1. ACTIVIDAD/REPOSO	293	14,8	258	13,6	551	14,2
PE XII. ENSEÑANZA Y/O APRENDIZAJE	236	11,9	233	12,9	469	12,1
PE V. ALTERACIÓN PATRONES FAMILIARES	187	9,4	175	9,2	362	9,3
PE VIII. ALTERAC. COGNITIVO-PERCEPT.	175	8,8	132	7,0	397	7,9
PE VII. HIGIENE	98	4,9	105	5,5	203	5,2
PE VI. INGESTA	71	3,6	77	4,1	148	3,8
PE X. SEGURIDAD	62	3,1	75	4,0	137	3,5
PE III. ELIMINACIÓN	35	1,8	31	1,6	66	1,7
PE XI. SEXUALIDAD	21	1,1	27	1,4	48	1,2
PE II. APARATO CIRCULATORIO	19	1,0	10	0,5	29	0,7
PE IX. DOLOR	14	0,7	10	0,5	24	0,6
PE XIII. VENTILACIÓN	1	0,1	4	0,2	5	0,1

*La referencia a los grupos de problemas/diagnósticos y a cada una de las etiquetas diagnósticas se hace según el listado de problemas de enfermería (NANDA, 1984) que figura en el anexo A.

- La frecuencia de los diagnósticos detectados en cada uno de los grupos de

necesidades y el análisis estadístico de los "scores" ingreso/alta de los diagnósticos más significativos, dentro de cada grupo de PE, quedan reflejados en el cuadro 3.6.

CUADRO 3.6

PE que con mayor frecuencia han aparecido tanto por grupo como por PE individualizados

	NÚM. PE		x PE/PACIENTE		SCORE		
	INGRESO	ALTA	INGRESO	ALTA	INGRESO	ALTA	p
PE IV. REACCIONES EMOCIONALES	3.353	1.711[a]	2,21	1,13			>0,001
PE IV.3 Inef. indiv. para enfrent.problemas	212				503	330	>0,001
PE IV.1 Deterioro en la adaptación	180				425	192	>0,001
PE IV.12 Deterioro interacción social	178				402	216	>0,001
PE I. ACTIVIDAD/REPOSO	1.179	423[b]	2,17	0,78			>0,001
PE I.3 Déficit de activ. recreativas	205				468	210	>0,001
PE I.4 Trastorno patrones del sueño	201				399	97	>0,001
PE I.1 Intolerancia a la actividad	82				193	90	>0,001
PE XII. ENSEÑANZA Y/O APRENDIZAJE	1.049	613[c]	2,21	1,13			>0,001
PE XII.2. Alt. mantenim. de la salud	126				278	249	>0,001
PE XII.3. Det. dirección y mantenim. hogar	112				249	181	n.s.
PE XII.5. Alteración de la obediencia	110				265	131	>0,001
PE XII.1. Alt. crecimiento y desarrollo	70				153	113	>0,001
PE V. ALT. PATRONES FAMILIARES	780	680[d]	2,16	1,68			
PE V.4 Alt. procesos familiares	140				304	228	>0,001
PE V.3 Afrontamiento inef. familia: incapaz	119				262	216	n.s.
PE V.5 Alt. real o potencial rol de padres	72				152	112	n.s.
PE V. ALT. COGNITIVO-PERCEPTIVAS	732	252[e]	2,16	1,68			
PE VIII.4 Alt. procesos cognitivos	125				304	228	>0,001
PE VIII.3 Alt. sensorial y perceptiva	102				262	216	n.s.
PE VIII.1 Deterioro comunicación verbal	72				152	112	n.s.

a_Z= 27.463
b_Z= 18.093

c_Z= 16.863
d_Z= 6.872
e_Z= 6.872

3.3.4. Conclusión

Según los resultados, las conclusiones a las que se puede llegar serían, en primer lugar, constatar la escasa evolución que tienen los problemas relacionados con la estructura familiar del paciente y, en segundo lugar, comprobar que la mayor parte de los diagnósticos detectados se refieren al ámbito psicosocial.

3.3.5. De la práctica a la teorío

Estos resultados plantean la necesidad de asumir una teoría que permita objetivar e intervenir a estos niveles, una teoría que subyace toda la actividad tanto asistencial como docente.

De las teorías analizadas, el equipo de trabajo considera que debe adoptarse aquella que, siendo breve y sencilla en sus postulados, permita seguir aplicando el proceso de enfermería (PAE) como método de trabajo, siendo además explícita en su relación con la práctica cotidiana.

La concepción teórica de partida podría ser perfectamente la adaptación que John English (1992) hace del paradigma adaptado del modelo sistemas/desarrollo/estrés, que tiene como base el paradigma hombre-vida-salud de Parse (1981).

Por una parte, la estructura del paradigma contempla a los individuos como sistemas abiertos, caracterizados por el intercambio constante de materia y energía con el entorno (los *inputs* y *outputs* que señala la literatura especializada) y como organismos vivos en desarrollo. Dichos autores, al enclavarlo en el marco de "cambio", lo consideran la base del desarrollo humano.

El proceso del paradigma, por otra parte, está basado en el concepto de estrés, el cual da una mayor coherencia y claridad a la aplicación de los diagnósticos de enfermería, ya que no sólo pone el acento en el origen del problema, sino que además lo hace en la respuesta del individuo a dicho problema, lo que los autores denominan "estado de estrés". Sobre todo propone el concepto de "cambio", no quedándose en la idea de la adaptación, ya que el individuo no sólo se adapta a los problemas, sino que todos sus subsistemas (bio-psico-social) se verán de una u otra forma afectados por esta adaptación. Se produce, asimismo, un cambio positivo o negativo en su desarrollo, y dado que el cambio es inherente a la vida, los sistemas intentan mantener la estabilidad con el cambio.

El estado del cambio puede entonces aumentar o disminuir la actuación favorable

del organismo humano dependiendo de la reacción de los subsistemas, la naturaleza y severidad del estrés, la forma de adaptación y la etapa de desarrollo.

Sería, pues, necesario desarrollar y profundizar en este modelo, destacando los cuatro puntos básicos que propone:

1. Una concepción sistémica del individuo que, como sistema abierto, va a estar en constante intercambio con el entorno, poniendo especial atención en el entorno más inmediato y que más va a repercutir en su desarrollo, como es la familia y su mutua interacción.
2. Un concepto de desarrollo del individuo a lo largo del continuo que va desde su nacimiento hasta la muerte, ya que va a depender mucho en qué momento de ese continuo el individuo precise de cuidados asistenciales.
3. El concepto de estrés, que hará más fácil y práctica la aplicación del diagnóstico de enfermería, permitiendo una identificación más ajustada de las fuentes del problema y una valoración más correcta del mismo.
4. La idea del "cambio", que permite una perspectiva distinta del último paso del PAE, que es el de menor contenido y al que, por lo general, se tiene menos en cuenta. La evaluación siempre ha estado supeditada a los objetivos propuestos, pero nunca había tenido un peso específico en su aplicación. El concepto de "cambio" hace de este último paso una pieza fundamental del PAE ya que no sólo permite entender si se ha resuelto o no el problema, sino también qué repercusión ha tenido en el individuo. Además, es muy posible que se resuelva el problema concreto de forma favorable, pero que su repercusión en el sistema familiar o entorno social del individuo no lo sea tanto.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

CARPENITO, L. J.: *Diagnóstico de enfermería*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1987.

GORDON, M.: *Nursing diagnosis: Process and application*, 2ª ed. McGraw-Hill. Nueva York, 1987.

NANDA: *Taxonomy I Revised*. North American Nursing Diagnosis Association. St. Louis, Missouri, 1990.

SALES, R. et al.: *Diagnósticos de enfermería: aplicación en una Unidad Psiquiátrica de un Hospital General*. Nau Llibres. Valencia, 1991.

WEBER, G. L.: "Nursing Diagnosis: A comparison of nursing textbook approaches", en *Nurse Educator* 16 (2): 22-27. 1991.

4

Concepto de enfermedad y salud mentales

OBJETIVOS

- Conocer el desarrollo histórico y la evolución de los conceptos de salud y enfermedad mentales.
- Delimitar el papel que va a ejercer el profesional de enfermería en la comunidad y en el tratamiento y cuidados de los pacientes psiquiátricos.
- Conocer las distintas tendencias asistenciales y de competencias profesionales en psiquiatría y salud mental.

4.1. Evolución del concepto de enfermedad y salud mentales

Las diferentes aproximaciones conceptuales, tanto a la enfermedad como a la salud mentales, han estado claramente determinadas por el período histórico en que han sido formuladas y desarrolladas, de tal modo que se admiten, sin duda alguna, como concepciones cambiantes. Conviene, por ello, hacer un breve recorrido histórico sobre algunas aportaciones y tendencias relevantes del enfermar y de su asistencia por los profesionales *ad hoc*.

Las enfermedades mentales han sido detectadas desde tiempos remotos, así se demuestra a través de escritos griegos, egipcios, etc. en los que se mencionan síntomas que en la actualidad podrían ser considerados como evidencia de enfermedades mentales subyacentes. Sin embargo, en esta época el origen de las enfermedades mentales y también de las físicas era atribuido a espíritus endemoniados o a otras génesis de carácter mágico-religioso.

En el período greco-romano aparece por primera vez en la historia la atribución de causas orgánicas al origen y estado patológico.

Durante el medievo se establecen racionalizaciones teológicas y explicaciones de carácter mágico que conllevan el alejamiento o, en algunos casos, la "hoguera" para los pacientes afectos de enfermedad mental, constituyéndose este período en lo que se puede considerar en la actualidad como "era de la alienación", caracterizada en definitiva por la exclusión social más o menos ritualizada.

Durante el siglo XVII se desarrolló como contraposición al período anterior una tendencia a proteger y amparar a los pacientes mentales, lo que generalmente conllevaba un confinamiento de los mismos en diferentes tipos de asilos u hospitales.

El final del siglo XVIII y principios del XIX es una etapa altamente interesante, ya que en ella se desarrolla lo que ha venido en considerarse como era o período del "tratamiento moral", en el cual estaban continuamente presentes no solamente las cadenas, sino también la guillotina. Se debe, según las atribuciones históricas, a Philippe Pinel (1793) en Francia y a William Tuke (1796) en Inglaterra el inicio de la tendencia a liberar de las cadenas a los pacientes mentales y la supresión de la angustia por la responsabilidad que supone el tratamiento en libertad de la locura.

Es en esta época, en la que a la liberación de las cadenas se le añade el método experimental, cuando el estudio de la enfermería psiquiátrica adquiere el carácter de ciencia.

A finales del siglo XIX y comienzos del XX se inicia una nueva tendencia caracterizada por la creación y el desarrollo de los hospitales mentales y/o psiquiátricos. Justamente es en este momento cuando surge la profesión de enfermería, especialmente de enfermería psiquiátrica, a pesar de que las funciones de enfermería habían existido desde la antigüedad. Theodor y Friedericke Fliedner inauguran la primera Escuela de Enfermería en Alemania en 1836. Esta Escuela fue visitada en 1851 por Florence Nightingale, antes de organizar la Escuela del Hospital Santo Tomás de Londres.

En 1858 Nightingale indicaba que el objetivo fundamental de la enfermería era situar al paciente en el mejor estado posible para que la naturaleza actuase sobre el mismo.

En 1880 surge la primera escuela de enfermería psiquiátrica en América y dos años más tarde 90 enfermeras fueron graduadas. A finales del siglo XIX existía personal de enfermería en varios hospitales mentales que se encargaban tanto de la administración de medicación, hidrato de cloral y paraldehido, como de la supervisión del uso de hidroterapia, cuidados físicos y nutricionales. En esta época la mayor parte de las funciones de enfermería psiquiátrica eran custodiales, mecánicas y especialmente

dirigidas por psiquiatras.

Kraepelin, en 1899, consideraba en su *Tratado de psiquiatría* los inicios de una construcción clínica encaminada a desarrollar una nosografía que identificase para cada trastorno una base orgánica de tipo cerebral. En este tratado, Kraepelin dividía la clínica psiquiátrica en dos grandes grupos:

- Los trastornos exógenos o adquiridos (traumatismos, procesos arterioescleróticos, infecciosos, etc.).
- Los trastornos de predisposición patológica o endógenos (neurosis, psicosis maníaco-depresiva, demencia precoz, etc.).

Durante el primer cuarto del presente siglo aparecen las teorías de la relación interpersonal y emocional como dimensiones que influyen en la enfermedad mental, incluyendo, por tanto, necesidades de tratamiento del "medio" donde se desarrolla la enfermedad mental, hecho éste que ha generado nuevas funciones para la enfermería psiquiátrica, ya que desde entonces participa e interviene en el tratamiento comunitario, familiar y de grupo.

PRINCIPALES TENDENCIAS CONCEPTUALES EN LA ACTUALIDAD

Las modernas concepciones de salud han sido recogidas en la década de los setenta a través de la OMS y formuladas a raíz de la conferencia de Alma-Ata. A partir de este momento, se define la salud como una yuxtaposición de grados de bienestar en los tres campos siguientes: psíquico, físico y social, y no sólo como ausencia de enfermedad. Estos diferentes grados de salud potencial permanecen, por tanto, vinculados a variables biológicas, psicológicas y de entorno.

En las últimas décadas, se han desarrollado varias situaciones de consenso fundamentalmente patrocinadas por la OMS, a través de su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en especial en lo que se refiere a trastornos mentales y del comportamiento, y por la APA (American Psychiatric Association, conocida en España como Asociación Americana de Psiquiatría) en sus desarrollos del sistema DSM.

A raíz de estos enunciados conceptuales de salud, se han ido superando y cambiando las bases de la psicopatología tradicional de Kurt Schneider mediante el desarrollo de los sitemas multiaxiales de diagnóstico y el progreso de la investigación biológica y psicosocial.

Estos dos últimos esfuerzos de grupos de profesionales de la psiquiatría han sucedido a otras tendencias denominadas "antipsiquiátricas", vinculadas fundamentalmente a los movimientos de derechos civiles que se desarrollaron en torno a la década de los sesenta, y que obtuvieron un gran impacto en los medios de comunicación y en la propia praxis clínica.

Consecuencia del modelo antipsiquiátrico, que pone especial acento en los aspectos psicosociales, tanto de la salud como de la enfermedad mentales, ha resurgido el modelo

de psiquiatría biológica, que ha vuelto a tomar gran relevancia en la actualidad, y que ha profundizado de nuevo en las raíces médicas del quehacer clínico.

En la situación actual, se podría convenir en que existen desarrollos complementarios, tanto en la concepción como en la filosofía asistencial de atención a la salud y a la enfermedad mentales. Esta afirmación se deduce de la mayor y gradual *tendencia* que se registra a nivel universal en la *atención comunitaria* al enfermo y a la salud mentales, y del extraordinario *desarrollo* habido en los últimos cuarenta años en los *conocimientos biológicos y psicológicos*.

En síntesis, se podría asumir que la atención a la salud y a la enfermedad mentales sigue centrada en la patología del cerebro y del sistema nervioso en general, pero enriquecida por las aportaciones comunitarias de la sociología y de las diferentes ramas de la psicología.

A pesar del consenso alcanzado en torno al concepto de salud de la OMS y de trastornos mentales y del comportamiento de la OMS y de la APA, existe conciencia de que estas posiciones son transitorias y no tienen principios teóricos por haber abandonado los clásicos principios jerárquicos, de localización, de causalidad, de patología y de la clínica.

A partir de estas incorporaciones, la enfermería psiquiátrica podría definirse como una especialidad de las ciencias de la salud y antropológicas, capaz de estudiar no sólo las causalidades biológicas, sino también las motivaciones psicológicas y psicodinámicas y los condicionantes socioculturales de la enfermedad mental en sus múltiples formas, aplicando los cuidados y la atención pertinentes.

Virginia Henderson, en 1979, establece una de las definiciones clásicas de enfermería considerando a ésta como el encuentro con un paciente y su familia, durante el cual el personal de enfermería observa, ayuda, comunica, atiende y enseña; contribuye además a la conservación de un estado óptimo de salud y proporciona cuidado durante la enfermedad, hasta que el paciente es capaz de asumir la responsabilidad inherente a plena satisfacción de sus propias necesidades básicas como ser humano; por otra parte, cuando se requiere, brinda al moribundo ayuda compasiva.

La mayor parte de los progresos logrados hasta la fecha durante la búsqueda de una teoría científica de la enfermería han sido desarrollados durante las últimas décadas, aunque estuviesen latentes o fuesen iniciados desde principios de siglo.

Partiendo de la aceptación de que la totalidad de las ciencias han contribuido al desarrollo de la enfermería psiquiátrica, en el cuadro 4.1 se presenta un esquema de los modelos conceptuales más vigentes en enfermería psiquiátrica.

CUADRO 4.1

Modelos conceptuales en enfermería (tendencias generales)

MODELO	AUTOR	OBRA
ECOLOGISTA O NATURISTA	Florence Nightingale (1859)	*Notes on nursing: what it is and what it is not*
PROCESOS VITALES O PROCESO CÓSMICO	Martha Rogers (1971)	*Theoretical basis of nursing*
SOCIOLÓGICO O DE AUTOCUIDADOS	Dorothea Orem (1971) Virginia Henderson (1960)	*Nursing: conceps of practice* *Principios fundamentales de enfermería*
EXISTENCIALISTA O DE ADAPTACIÓN	Callista Roy (1971) Hildegarde Peplau (1952) Nancy Roper (1976)	*Adaptation: a basis for nursing practice (Nursing Outlook)* *Interpersonal relation in nursing* *A model for nursing and nursology*
SISTEMAS DE CONDUCTA	Dorothy Johnson (1974)	*Development of theory: a requisite for nursing as a primary health profession*

4.2. Funciones y competencias profesionales del personal de enfermería

La evolución conceptual, tanto de la salud como de la enfermedad mentales, ha dado lugar a diferentes funciones profesionales en todas las ciencias de la salud, que en la actualidad tienden a desarrollarse más socializadas y ampliadas a toda la población, de acuerdo con las directrices establecidas principalmente por la Organización Mundial de la Salud.

La enfermería no ha podido mantenerse al margen de estas recomendaciones supranacionales, por lo cual, a pesar de los objetivos vigentes para las escuelas de enfermería, existen no sólo otras concepciones latentes, sino que están a punto de ser traducidas en forma legal, en el caso de España por el Ministerio de Sanidad y Consumo (anteproyecto de funciones del personal de enfermería).

La política sanitaria actual de nuestro país considera que la función de los

diplomados en Enfermería es proporcionar cuidados de enfermería al individuo, la familia y la comunidad, de forma directa, integral y coordinada, a través de acciones dirigidas al fomento de la salud, a la mejora del medio físico y social, a la protección contra las enfermedades y accidentes, a la rehabilitación de las personas y a la asistencia en caso de enfermedad y muerte. El diplomado en Enfermería realizará estas funciones promoviendo al máximo la capacidad de autocuidado del individuo, de la familia y de la comunidad.

Considerando las funciones anteriormente mencionadas, los diplomados en Enfermería quedarían habilitados para ejercer las siguientes actividades:

1. Colaborar en las acciones de fomento de la salud y de protección contra la enfermedad y accidentes, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, interviniendo en:

   a) Control periódico de la salud, del individuo sano en todas las etapas de la vida, para detectar precozmente grupos vulnerables, enfermedades y riesgos específicos.
   b) Orientación familiar.
   c) Educación sanitaria dirigida al individuo, familia y comunidad, tanto en los servicios de salud como en el medio donde la comunidad vive y trabaja.
   d) Contribuir en la identificación y aplicación de medidas individuales y colectivas en el medio físico y social para evitar condiciones de riesgo específico de accidente o enfermedad.
   e) Contribuir a garantizar un nivel inmunitario adecuado en la población en las distintas etapas, bajo su responsabilidad en el caso de programas sanitarios generales, o bajo prescripción médica en los casos en que se estime precisa dicha indicación.
2. Contribuir a la atención de las necesidades físicas, psíquicas y sociales del enfermo, prestándole asistencia, tanto en los servicios de salud como a domicilio, en régimen normal y de urgencia, interviniendo en:

   a) Facilitar la comunicación del paciente con su núcleo familiar y social.
   b) Informar o colaborar en la información al paciente y, en su caso, tutor o responsable legal sobre las actividades sanitarias que vayan a incidir sobre él, así como sus derechos y deberes en relación a los servicios de salud.
   c) Canalizar, si fuera preciso, las necesidades físicas, psíquicas y sociales detectadas en el enfermo y familia hacia los profesionales adecuados.
   d) Controlar y realizar un seguimiento del enfermo crónico mediante protocolos establecidos.
   e) Efectuar terapéutica medicamentosa física y farmacológica según

prescripción médica.

f) Colaborar en las distintas etapas de las intervenciones quirúrgicas.

g) Realizar o colaborar en la ejecución de técnicas de diagnóstico y tratamiento por indicación médica.

h) Asegurar el cumplimiento de las órdenes médicas.

i) Asistir a partos cuando no exista el personal específico para ello.

j) Prestar asistencia inmediata en casos urgentes hasta la llegada del médico.

k) Garantizar que el paciente reciba los cuidados higiénicos, de aseo corporal y dietéticos precisos, mediante actuaciones propias o delegadas, según la complejidad de la situación del enfermo.

l) Garantizar el uso, conservación y limpieza adecuados del material utilizado a través de actuaciones propias o delegadas.

3. Colaborar en las acciones de rehabilitación y reinserción social del individuo, realizando las tareas que estén dentro del ámbito de cuidados de enfermería:

   a) Enseñar a los enfermos las técnicas terapéuticas necesarias que deba realizar por sí mismo, mediante protocolos establecidos.

   b) Enseñar u orientar al enfermo y su familia a adaptarse a la enfermedad y sus secuelas.

4. Aquellas otras acciones de análoga naturaleza que sean propias de los cuidados de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *DSM-IV*. American Psychiatric Association. Washington, 1994.

BARCIA, D.; LÓPEZ-IBOR, J. J. y RUIZ, C: *Psiquiatría. Lecciones clínicas*. Toray. Barcelona, 1985.

COOK, J. S. y FONTAINE, K. L.: *Enfermería psiquiátrica*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1993.

KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5ª ed. Williams & Wilkins. Baltimore, 1989.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor. Madrid, 1992.

5

Nosología y nosografía psiquiátricas

OBJETIVOS

- Conocer los conceptos de nosología y nosografía psiquiátricas, y su evolución a lo largo de la historia.
- Determinar criterios estables de diferenciación de las entidades clínicas y psiquiátricas.
- Manejar las reglas preestablecidas que permitan asignar los signos y síntomas psíquicos de un sujeto a un grupo de enfermedades dentro de las clasificaciones más importantes.

5.1. Concepto de nosología y nosografía

Se entiende por *Nosología* "la parte de la Medicina que estudia las enfermedades diferenciándolas con arreglo a criterios que permiten su individualización". *Nosografía* es "la parte de la Medicina que se ocupa de la descripción y clasificación de las enfermedades". Resulta difícil concebir la individualización sin la clasificación y a la inversa, por lo que ambas definiciones tienen muchos puntos de conexión.

El proceso de describir, individualizar y clasificar las entidades clínicas da lugar al llamado *diagnóstico*. Etimológicamente esta palabra significa "conocimiento profundo".

Se trata de "un proceso por el que se intenta someter a verificación científica la hipótesis de la pertenencia de determinadas manifestaciones clínicas observadas a una clase o dimensión dentro de una clasificación de referencia".

Los objetivos del diagnóstico son:

a) Diferenciar una entidad clínica de otras.
b) Predecir una posible evolución.
c) Realizar estudios etiológicos.
d) Utilizar un nombre que facilite la comunicación entre profesionales.

En psiquiatría, a diferencia de en otras ramas de la medicina, el diagnóstico no se apoya en signos y síntomas palpables (por ejemplo, fractura ósea), sino que constituye un constructo teórico que deberá ser verificado paralelamente por la investigación (Zwick, 1983).

5.2. Bases teóricas de la clasificación

El proceso de clasificación en medicina y, por ende, en psiquiatría constituye una ciencia denominada *Taxonomía*.

En general, se entiende por clasificación la formación de grupos en categorías homogéneas. Cuando un sujeto presenta signos y síntomas, se asigna a éste alguno de los grupos de enfermedades mediante una serie de reglas preestablecidas. Se podría decir que el concepto *clasificación* englobaría tanto el proceso como el producto de configuración de grupos homogéneos.

El hecho de clasificar es inherente a la condición humana, ya que el ser humano posee una función cognitiva categorizadora que le permite adaptarse a un medio complejo (Vázquez, 1985, 1986; Millon, 1987).

Las *funciones* de los sistemas clasificatenos se pueden esquematizar, siguiendo a Blashfield y Draguns (1976) y Mezzich (1984), en:

1. Organización de la información clínica.
2. Predicción del curso clínico.
3. Clasificación de la etiología.
4. Selección del tratamiento adecuado.
5. Facilitación de la investigación.
6. Facilitación de la comunicación interprofesional.

Estas funciones son similares a las del proceso diagnóstico, lo que es comprensible ya que éste es necesario a la hora de clasificar.

5.3. Evaluación de los sistemas clasificatorios

Este proceso se realiza basándose en los conceptos de *fiabilidad* y *validez*, que se describen a continuación:

5.3.1 Fiabilidad

En general, se entiende por *fiabilidad* la precisión con que un instrumento evalúa lo que está midiendo. En nosología psiquiátrica es "el grado de concordancia entre dos o más clínicos acerca de la asignación de un individuo a una categoría diagnóstica determinada".

Para conocer si hay concordancia o no, los clínicos deberán diagnosticar independientemente una serie de casos basándose en:

a) Material escrito: Historia clínica.
b) Entrevista "en directo" registrada en casete o vídeo. En este caso, se pueden utilizar a su vez dos métodos:

- *Conjunto:* Los dos entrevistadores observan la misma entrevista a la vez.
- *Test-retest:* Cada clínico lleva a cabo su propia entrevista independientemente.

Existen varios factores que modifican los resultados de estos métodos:

1. *Varianza de información*. Aparece fundamentalmente en el test-retest y se refiere a las diferencias de información que emite el paciente para cada clínico.
2. *Varianza de observación*. Se refiere a las diferencias entre lo que cada clínico observa. Por ejemplo, facies con escasa mímica.
3. *Varianza de interpretación*. Se refiere a las deducciones que cada clínico elabora a partir de los signos y síntomas. Por ejemplo, considerar una idea de celos como delirante.
4. *Varianza de criterio*. Se produce si los clínicos utilizan reglas diferentes para llegar a un diagnóstico.

Las entrevistas estructuradas (véase apartado 5.3.3) han colaborado mucho para disminuir este tipo de factores.

La fiabilidad se calcula a través del porcentaje de casos de una muestra en la que existe acuerdo, descontando el tanto por ciento debido al azar. Esta situación se plasma en el llamado coeficiente Kappa de Cohen (1960).

$$K = \frac{\text{Probabilidad observada} - \text{Probabilidad aleatoria}}{1 - \text{Probabilidad aleatoria}}$$

Este coeficiente oscila entre:

–1 = Desacuerdo sistemático.
+1= Acuerdo sistemático.

Se estima una fiabilidad aceptable K = 0,5-0,7.

En el cuadro 5.1 se ilustra este concepto con un ejemplo tomado de Williams Jobw (1989).

CUADRO 5.1
Resultados ficticios de un estudio de fiabilidad clínico-2

CLÍNICO 1	CLÍNICO 2		
	Esquizofrenia presente	Esquizofrenia ausente	Total
Esquizofrenia presente	40	15	55
Esquizofrenia ausente	15	30	45
Total	55	45	100
Probabilidad observada = 0,70. Probabilidad al azar = 0,51. Kappa = 0,39.			

5.3.2. Validez

La validez de un diagnóstico es el grado de precisión que permite distinguirlo de otras entidades clínicas. Existen varios tipos de validez:

a) *Descriptiva:* Es el grado en que los rasgos que definen una categoría son exclusivos de ésta.
b) *Predictiva:* Es el grado en que el diagnóstico resulta útil para predecir la evolución y respuesta al tratamiento de un sujeto que padece dicho trastorno. Por ejemplo, el tratamiento del trastorno por angustia con antidepresivos tricíclicos.
c) *De constructo:* Es el grado de conocimiento que se posee de la etiología y patogenia de un trastorno. Supone la forma más elevada de validez, siendo muy baja en psiquiatría.
d) *De procedimiento:* Se trata de la evaluación de la utilidad de una prueba diagnóstica particular comparándola con una prueba estándar (Baldessarini, 1983).

Existen varios índices estadísticos de la validez de procedimiento:

a) *Sensibilidad:* Porcentaje de casos verdaderos diagnosticados correctamente (positivos verdaderos).
b) *Especificidad:* Porcentaje de casos identificados correctamente como no padecedores del trastorno (negativos verdaderos).
c) *Poder predictivo:* Porcentaje total de casos en que el test que se desea validar coincide con la prueba estándar.

Se calcula con la fórmula:

$$\text{Poder predictivo} = \frac{\text{Total positivos verdaderos + total negativos verdaderos}}{\text{Número total de casos}}$$

Este concepto podría dividirse en dos:

- *Poder predictivo positivo* (PPP)

$$\text{PPP} = \frac{\text{Total + Verdaderos}}{\text{Total de casos}}$$

- *Poder predictivo negativo* (PPN)

$$PPN = \frac{\text{Total + Negativos}}{\text{Total de casos}}$$

En el cuadro 5.2 se ilustran estos conceptos mediante un ejemplo tomado de Williams Jobw (1989).

CUADRO 5.2
Resultados ficticios de un estudio de validez

TEST	DIAGNÓSTICO DE UN EXPERTO (ESTÁNDAR)		
	Positivo	Negativo	Total
Positivo	40	15	55
Negativo	15	30	45
Total	55	45	100
Sensibilidad = 40/55 = 0,73. Especificidad = 30/45 = 0,67. Poder predictivo total = 70/100 = 0,70.			

5.3.3. Entrevistas estructuradas

Indiscutiblemente y siguiendo a Vázquez Barquero (1993), la entrevista es el método definitivo de diagnóstico psiquiátrico; pero como se vio al hablar de la fiabilidad y la validez, aparecían factores como varianza de información, observación, interpretación, criterio, etc., que disminuían el valor de la entrevista clínica.

Para intentar controlar estos factores y quizá más de cara a la investigación que con fines clínicos aparecieron las entrevistas estructuradas y semiestructuradas.

Por su interés para su aplicación en el campo de la enfermería de salud mental, se expone a continuación una breve reseña de las más usadas en España.

A) Entrevistas tradicionales

1. *Clinical Interview Schedule* (Goldberg y cols., 1970). Se utiliza en población general y en pacientes con afectaciones médicas. Tiene cuatro secciones consecutivas:

a) *No estructurada:* Es una historia clínica para establecer un primer contacto.
b) *Estructurada:* Síntomas de la semana anterior.
c) *No estructurada:* Historia familiar y personal.
d) *Evaluación:* Se contabiliza entre 0 (síntoma ausente) y 4 (síntoma presente) y de interioridad severa. La fiabilidad es alta (K > 0,60). En 1992 Lewis y colaboradores realizaron una versión revisada (CIS-R) y existe una versión autoaplicada.

2. *Diagnostic Interview Schedule (DIS)*. La desarrolló el Grupo de la Universidad de Washington, recogiendo información diagnóstica en tres sistemas: Feighner, RDC y DSM-III. Se trata de un cuestionario cerrado que puede ser aplicado por personal no psiquiátrico o bien autoaplicado. La fiabilidad es alta: K = 0,94.

3. *Present State Examination (PSE-9)*. Es una entrevista semiestructurada que desarrollaron Wing y colaboradores (1974), informa del estado psicopatológico y del nivel de funcionamiento del individuo durante el mes previo a la exploración. El ordenamiento jerárquico de los síntomas para construir categorías nosológicas se realiza a través del programa de ordenador CATEGO-ID, alcanzando altos niveles de fiabilidad.

B) Entrevistas modernas

Todas ellas toman como punto de partida el DSM-III y la CIE-10. Las dos fundamentales son:

1. *The Composite Internacional Diagnostic Interview (CID)*. Se trata de una entrevista psiquiátrica estructurada y exhaustiva derivada del DIS y PSE-9 de uso en población general, con el fin de realizar estudios epidemiológicos, aunque puede ser utilizada en clínica. La fiabilidad es de K = 0,7.

2. *Schedule For Clinical Assesment in Neuropsychiatry (SCAN)*. Es una entrevista semiestructurada dirigida a pacientes que consta de tres componentes:
   a) PSE-10.
   b) Glosario de definiciones diferenciales de grupos de ítems (IGC).
   c) Cuestionario para la historia clínica (CHS): Dispone este sistema de versiones informatizadas para profesionales con y sin conocimientos en psi-copatología y se ha incorporado un programa de ordenador (CATEGO-5) capaz de clasificar las alteraciones psicopatológicas detectadas.

   Con el SCAN se puede evaluar:

a) Estado actual (PS): Mes previo a la exploración.
b) Episodio representativo: Se selecciona para evaluación un episodio significativo que haya aparecido en un momento previo al PS.
c) Toda la vida previa (LB): Todo el período vital previo al estado actual.

Es bastante fiable y existe una versión española realizada por Vázquez Barquero y colaboradores (1993).

5.3.4. Requisitos básicos de una clasificación

A la vista de los apartados precedentes, se podría tratar de elaborar los requisitos que debería cumplir toda clasificación; siguiendo a Castilla del Pino (1980) y Sartorius (1988) se podrían esquematizar en:

- Constitución sobre grupos amplios de fácil diferenciación.
- Apertura a la introducción de nuevos grupos y subgrupos.
- Sencillez y comprensibilidad.
- Estabilidad de la consistencia interna en función de la idoneidad de sus criterios. Sólo se introducirán cambios si hay suficientes datos científicos que lo avalen.
- Aceptación para una amplia variedad de personas de diferentes lenguas a las que se traduzca.

Aparte se debería tener en cuenta, como señalan Szasz (1960), Rosenhan (1973) y Scheff (1981), las posibles consecuencias estigmatizadoras de las clasificaciones para el individuo que es incluido en ellas; el proceso diagnóstico nunca debería llegar a constituir una *etiqueta diagnóstica*.

5.4. Historia de la nosología psiquiátrica

5.4.1. La nosología clásica

A la hora de hablar de la historia de la nosología psiquiátrica es importante resaltar, como dice Ruiz Ogara, que en psiquiatría siempre se ha pretendido ordenar las conductas anómalas antes que explicarlas. Pero no es menos cierto que en los albores del desarrollo de la psiquiatría (primera mitad del siglo XIX) el modelo médico ha influido sobremanera en los sistemas ciasificatorios tratando de asignar a cada entidad clínica su etiología, patogenia, sintomatología, curso, pronóstico y tratamiento.

Dicha actitud se exacerbó en la segunda mitad del citado siglo con las concepciones organicistas de autores como Morel, Wernicke o Griessinger, que consideraban todas las

enfermedades mentales como "enfermedades del cerebro".

Esta postura nosológica tuvo su culminación en la obra de Kraepelin mediante sus sucesivas clasificaciones; si bien este autor hace hincapié en los aspectos descriptivos y evolutivos, dejando en un segundo plano la etiología.

La última clasificación de Kraepelin data de 1899 y es aún operante hoy día en sus líneas fundamentales; de hecho, el DSM-III y la CIE-10 se basan en ella.

SEXTA CLASIFICACIÓN DE KRAEPELIN

I.	Psicosis infecciosas.
II.	Psicosis de agotamiento.
III.	Psicosis tóxicas.
IV.	Locura tireogénica.
V.	Demencia precoz.
VI.	Parálisis general.
VII.	Psicosis orgánicas (cerebrales).
VIII.	Psicosis de involución.
IX.	Psicosis maníaco-depresiva.
X.	Paranoia.
XI.	Neurosis generales.
XII.	Estados psicopáticos.
XIII.	Detenciones del desarrollo psíquico.

Como puede observarse, esta clasificación ignora aspectos tan relevantes como la personalidad y las variantes socioculturales.

Posteriormente, diversos autores modificaron de algún modo la ordenación nosológica de Kraepelin, manteniendo sus líneas maestras:

a) Eugene Bleuler aportó el término *esquizofrenia*, que sustituyó a la *demencia precoz y* resaltó la importancia del *síndrome en* lugar de la enfermedad.

b) Kretschmer, con un sentido marcadamente constitucionalista, dividió las enfermedades mentales en tres grandes grupos:
- Endógeno.
- Psicógeno.
- Exógeno.

c) Bonhoeffer introdujo el término *reacción* aplicándolo sobre todo a las enfermedades mentales de causa orgánica; habría una serie de síndromes que podrían ser debidos a múltiples etiologías orgánicas y a la inversa, un cuadro orgánico podría producir cualquiera de los síndromes descritos por este autor. Adolf Meyer, considerado el padre de la psiquiatría americana, aplicó este término también a las enfermedades afectivas y a la

esquizofrenia.

d) Henry Ey, siguiendo esta línea de simplificación nosológica, distingue:
- Enfermedades agudas: Patología del campo de la conciencia.
- Enfermedades crónicas: Patología de la personalidad.

e) Kurt Schneider fue el autor que hizo una mayor aportación a la obra de Kraepelin. Para él la enfermedad sólo existe en lo somático conocida (psicosis orgánicas) o postulada (ciclotimia y esquizofrenia). El resto de anomalías psíquicas serían meras "variedades anómalas del modo de ser psíquico". En el cuadro 5.3 se expone esta clasificación.

Hacia los años treinta, el diagnóstico cayó en descrédito, en gran parte debido al influjo del psicoanálisis, ya que aquél no se consideraba esencial para la práctica terapéutica analítica. Posteriormente, autores como Rogers (1960), de línea humanista, criticaban las clasificaciones tachándolas de *etiquetas mentales*. También autores de estirpe conductista sustituyeron el concepto de enfermedad por el de *conducta anormal*.

En consonancia con lo expuesto, las clasificaciones de la OMS por aquella época, incluyendo la de 1948 (primera que incluía un capítulo para las enfermedades mentales), proporcionaban descripciones vagas e imprecisas, adoleciendo pues de fiabilidad y validez.

5.4.2. Los albores de la nosología moderna

Hacia los años cincuenta volvió a crecer el interés por el diagnóstico con la aparición de los psicofármacos, la investigación biológica y, ulteriormente, con el acercamiento de la psiquiatría a los centros sanitarios generales, lo que exigía

CUADRO 5.3
clasificación de Schneider

VARIEDADES ANORMALES DEL MODO DE SER PSÍQUICO	
• Disposiciones anormales de la inteligencia. • Personalidades anormales. • Reacciones vivenciales anormales.	
CONSECUENCIAS DE ENFERMEDADES (Y MALFORMACIONES)	
Ordenación somatológica etiológica	Ordenación psicológica (sintomatológica)
• Intoxicaciones. • Parálisis. • Otras infecciones. • Otras infecciones internas. • Malformaciones cerebrales. • Traumatismos cerebrales. • Arterioesclerosis cerebral. • Enfermedades cerebrales seniles. • Otras enfermedades cerebrales. • Epilepsia genuina. • (?) Ciclotimia. • (?) Esquizofrenia.	Aguda: Obnuvilación de la conciencia. Crónica: Desintegración de la personalidad. (Si es congénito: detección de un bajo nivel de desarrollo de la personalidad.) Demencia.

mayor precisión diagnóstica. Pueden considerarse tres acontecimientos sucesivos como precursores del cambio:

A) Proyecto Gran Bretaña-USA

A principios de los años setenta se trató de averiguar por qué los norteamericanos diagnosticaban esquizofrenia nueve veces más que los ingleses. Se vio que las cifras epidemiológicas reales eran casi idénticas, pero los criterios diagnósticos utilizados eran diferentes (Cooper, 1972). Esto reforzó, como señalan Hezler y colaboradores (1981), la necesidad de emplear entrevistas estructuradas para obtener mayor concordancia diagnóstica.

B) Criterios de Feigbner

Feighner y el grupo de trabajo de St. Louis, con arreglo a una tradición diagnóstica descriptiva, utilizaron unas reglas operativas para señalar los síntomas necesarios y suficientes para efectuar el diagnóstico de una categoría. Así, se enunciaron unos criterios que constituyeron el germen del llamado movimiento *neokraepeliniano* (Klerman, 1978).

C) Criterios diagnósticos de investigación

Son las llamadas RDC de Spitzer, Endicott y Robins. Estos autores elaboraron unos criterios de tipo descriptivo señalando:

- Síntomas necesarios.
- Síntomas suficientes.
- Duración mínima.
- Criterios de exclusión.

Estos criterios presentan una fiabilidad y una validez mayores que en clasificaciones anteriores y fueron la base del DSM-III. Sin embargo, al igual que los criterios de Feighner, el campo de aplicación era restringido; autores como Ries (1980) señalan que un 40% de los pacientes no podrían ser clasificados con arreglo a estos criterios.

5.4.3. La nosología moderna: DSM-III, DSM-lll-R y CIE-10

A finales de los años setenta, la American Psychiatric Association (APA) propuso una clasificación con criterios que cubriesen unas 150 categorías diagnósticas frente a las 21 de las RDC.

Así se gestó el DSM-III, que, además de ofrecer descripciones detalladas de cada una de las categorías, incluyó un sistema multiaxial. Antes de que saliese a la luz pública se hizo un ensayo de campo con 12.000 pacientes (Spitzer y Forman, 1979).

El DSM-III se publicó en 1980 y a los tres años se comenzó a elaborar la revisión con el fin de modificar diversas categorías y añadir algunas nuevas. El DSM-III-R se publicó en 1987.

El impacto de esta clasificación ha sido importante en todo el mundo, constituyendo un material didáctico esencial en la formación de estudiantes y residentes. Además, sus características básicas han servido de guía para la elaboración de la CIE-10.

Las características fundamentales del DSM-III-R son:

1. *Criterios diagnósticos:* Específicos para todas las categorías.
2. *Enfoque descriptivo:* No entra en consideraciones ideológicas, excepción hecha de los trastornos mentales orgánicos en los que la causa es conocida. La descripción es, asimismo, sistemática comenzando por los signos y síntomas clínicos, pasando después a antecedentes familiares, curso, complicaciones, diagnóstico, diagnóstico diferencial, etc.
3. *Jerarquías diagnósticas:* Aunque en el DSM-III existía un mayor número, en la revisión se redujeron a dos:

    a) Prioridad de un trastorno mental orgánico sobre otro que puede dar los mismos síntomas. Por ejemplo, la depresión.
    b) Si hay un trastorno con efectos más globales sobre el individuo acompañado de otro con efectos menos globales, se diagnosticará el

primero considerando el segundo derivado o asociado.

4. *Sistema de evaluación multiaxial:* Permite una valoración del estado del paciente desde puntos de vista diferentes pero complementarios. El DSM-III-R se articula alrededor de cinco ejes:

   I. Síndromes clínicos psiquiátricos.
   II. Trastornos de la personalidad y del desarrollo.
   III. Trastornos somáticos actuales.
   IV. Intensidad del estrés psicosocial (agudo ó crónico).
   V. Evaluación global del sujeto (Escala GAF): funcionamiento psicológico, social y ocupacional.

Se está elaborando en la actualidad el DSM-IV, en el que plantean incluir nuevos criterios diagnósticos (Mezzich y cols. 1991).

En 1992 aparece la décima revisión de la CIE (clasificación internacional de las enfermedades), con la incorporación de los trastornos mentales y del comportamiento en el capítulo V.

De momento, han sido publicadas las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. En breve plazo aparecerán:

a) Criterios de investigación.
b) Sistema multiaxial de diagnóstico.
c) Clasificación para atención primaria.
d) Glosario breve para uso administrativo.

En la CIE-10 se describen las características clínicas principales del trastorno, así como las características secundarias. Después se formulan los requisitos para que el diagnóstico sea seguro, provisional o probable. Al igual que el DSM-III, esta clasificación tiene una escasa connotación etiológica.

Se ha utilizado el término *trastorno*, en lugar de enfermedad, para señalar la presencia de "un comportamiento o grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo".

Otras aportaciones de la CIE-10 son:

- Se elimina la distinción entre *psicótico* y *neurótico*, manteniendo el primero sólo como término descriptivo sin implicaciones etiopatogénicas.
- Desaparece el término *psicógeno* debido a que tiene distintos significados según el idioma y la escuela.
- Desaparece el término *psicosomático*.
- Se adscriben los trastornos del niño y del adolescente únicamente a las entidades clínicas específicas de estas edades.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona, 1988.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor. Madrid, 1992.

SARTORIUS, N.: "Perspectivas internacionales de las clasificaciones psiquiátricas", en GUI-MON, J.; MEZZICH, J. E. y BERRIOS, G. E., *Diagnóstico en psiquiatría*. Salvat. Barcelona, 1988.

VÁZQUEZ BARQUERO, J. L. et al.: "La entrevista estructurada en psiquiátría", en *Revista de la AEN*. Año XIII, n° 44. Enero-Marzo, 1993.

6

Etiopatogenia de las enfermedades mentales

OBJETIVOS

- Conocer las bases biológicas, psicológicas y socioculturales de la enfermedad mental.
- Saber qué modelos han tenido una mayor trascendencia en la creación de los modelos de enfermería.
- Entender la necesidad de un abordaje integral de las diferentes tendencias teóricas.

6.1. Bases de estudio de la enfermedad mental

Dado que el ser humano es una realidad pluridimensional, las perspectivas desde las que se le puede estudiar e interpretar son diversas, según afecten a las vertientes biológica, psicológica o sociológica del mismo.

6.2. Bases biológicas

Dentro de las tendencias biologicistas se encuadran las investigaciones en genética y su conexión con las doctrinas heredoconstitucionalistas, así como las bases neuropatológicas y neuroquímicas.

6.2.1. Tesis constitucionalista

Frente a la noción de *exógeno*, para referirse a causas traumáticas, infecciosas, metabólicas, etc., surge la de *endógeno* como una disposición latente constitucional. Así, lo endógeno remite a una constitución, a una predisposición de origen desconocido.

Las relaciones entre constitución y modos psíquicos de ser fueron ya establecidas desde Hipócrates (colérico, sanguíneo, flemático y melancólico), pero no será hasta finales del siglo XIX y principios del XX cuando renazca el concepto constitu-cionalista. Hay que destacar los trabajos de E. Kretschmer, que tomando como punto de partida las psicosis endógenas distingue tres tipos: asténico, pícnico y atlético, y correlaciona cada uno con un tipo de psicosis (cuadro 6.1).

CUADRO 6.1
Correlación de tipologías de Kretschmer/Psicosis

TIPO	PSICOSIS ENDÓGENA
Asténico	Esquizofrenia
Pícnico	Psicosis maníaco-depresiva
Atlético	Epilepsia

6.2.2. Bases genéticos

Ya antes de tener unos conocimientos firmes sobre los mecanismos de herencia había surgido la idea de que existía una disposición hereditaria para las enfermedades mentales. La teoría de la degeneración de Morel (1860), las aportaciones de Mendel (1865), y la relación de estas proposiciones con la conducta cromosó-mica en la mitosis y la meiosis por Sutton (1903), sentarán las bases de las investigaciones posteriores.

Los principales métodos de investigación genética son:

- Arboles genealógicos.
- Censos.
- Estudio del riesgo familiar.
- Familias con gemelos (monocigóticos/dicigóticos).
- Estudios de adopción.

– Estudios longitudinales en niños de alto riesgo.
– Otros: Cromosómicos, enzimáticos, test de tolerancia, etc.

Desde el comienzo de la aparición de la noción de esquizofrenia surgió la noción de influencia genética en el desarrollo de ésta (Bleuler, 1911).

Diversos estudios, tanto europeos como americanos, han encontrado un mayor riesgo mórbido en los familiares de primer grado en esquizofrenia (Kend-ler, 1985), depresión mayor (Weissman, 1983), psicosis maníaco-depresiva (Weiss-man, 1981), trastornos de angustia y agorafobia (Crowe, 1983), anorexia nerviosa (Stover, 1985) y alcoholismo (Pitts y Winokur, 1966).

Asimismo, esta influencia genética de las enfermedades mentales se ha puesto de manifiesto mediante estudios de concordancia en gemelos (cuadro 6.2.).

CUADRO 6.2.
Estudios de concordancia

ENFERMEDAD MENTAL	MONOCIGÓTICOS	DICIGÓTICOS	PUBLICACIONES
Esquizofrenia	59,2 %	15,2 %	Kendler (1982)
Depresión monopolar	65 %	14 %	Nurnbergen y Gershon (1982)
Trastorno bipolar	79 %	19 %	Bertensen (1977) Torgersen (1986)
Anorexia nerviosa	66 %	25 %	Holland (1984)
Trastorno somatoforme	29 %	10 %	Torgersen (1986)
Trastorno de angustia y agorafobia	87 %	47 %	Carey y Gottes-man (1981) Torgersen (1983)

6.2.3. Modelo neuropatológico

Fue Esquirol quien enunció por primera vez que las enfermedades mentales son habitualmente afecciones cerebrales crónicas, anticipándose a Griesinger, cuya frase "las

enfermedades mentales son enfermedades del cerebro" se considera paradigmática. La consolidación de la orientación neuropatológica se va a deber a dos hechos fundamentales: los estudios de Broca sobre los trastornos del lenguaje y las estructuras cerebrales y la descripción de la afasia sensorial de Wer-nicke.

La orientación neuropatológica, sin embargo, se encontró con tres grandes realidades:

1. Muchas enfermedades psíquicas no presentan una lesión anatomopatológi-ca cerebral subyacente.
2. Lesiones cerebrales de diverso tipo y localización pueden dar lugar a cuadros clínicos similares.
3. El hecho de que una lesión cerebral en una determinada zona pueda producir una alteración funcional, no significa que la función sana se localice en dicha zona, sino que ésta es imprescindible para el desarrollo de dicha función.

La neuropatología moderna ha incorporado la dimensión funcional. Se han descrito grandes sistemas funcionales, interrelacionados unos con otros y ligados a la actividad de grandes circuitos cerebrales, como la relación entre vigilia y sueño con el sistema reticular ascendente descrito por Moruzzi y Magoun (1949), o la importancia del circuito de Papez en la mediación de la vida emocional y la memoria a corto plazo.

6.2.4. Modelo neuroquímico

El hecho de no encontrar lesiones anatómicas en las psicosis endógenas condujo a los investigadores a la búsqueda de alteraciones bioquímicas en las mismas.

La hipótesis de la existencia de un trastorno bioquímico en las psicosis endógenas se vio reforzada por la semejanza entre los cuadros delirante-alucinatorios de la esquizofrenia y los encontrados en las psicosis inducidas por sustancias tóxicas.

Otro hecho fundamental fue la aparición de los psicofármacos y los estudios sobre sus mecanismos de acción, en los que todo apuntaba hacia una patología bioquímica de la transmisión nerviosa a nivel sináptico.

Las hipótesis más relevantes en el momento actual son, por una parte, la que postula que la psicosis maníaco-depresiva se debe a una hipoactividad del sistema serotoninérgico, unido a una deficiencia noradrenérgica en las fases depresivas, y una hiperactividad noradrenérgica en las fases maníacas, y por otra, la teoría dopaminérgica de la esquizofrenia, que supone una hiperactividad de los sistemas dopaminérgicos, mesolímbico y mesocortical en dicha psicosis (Beramendi, 1980; Carlsson, 1988).

Dentro de las depresiones monopolares se han descrito tres subtipos biológicos: el primero por déficit noradrenérgico, el segundo por déficit de serotonina, y el tercero por

hiposensibilidad de receptores noradrenérgicos y/o hiperactividad acetilcolinérgica. Otros autores apuntan la posibilidad de un déficit dopaminérgico (Curzon, 1982).

No obstante, hay que ser prudente a la hora de valorar estos datos bioquímicos, que deberán ser puestos en relación con las investigaciones genéticas, los aspectos fenomenológicos, dinámicos y sociales del enfermar.

6.3. Bases psicológicas

Estudios de base psicológica son los desarrollados desde un enfoque conduc-tista y cognitivista, aquellos que parten de una perspectiva psicodinámica o bien las aportaciones del modelo humanista.

6.3.1. Tendencias conductistas y cognitivistas

El punto de partida de estas tendencias se sitúa en los estudios de Paulov de las denominadas *neurosis experimentales*, que dan lugar a un modelo, aunque rudimentario, de los trastornos neuróticos. Watson (1913) aplica a los trastornos del comportamiento las aportaciones de Paulov y preconiza una psicología *objetiva y científica* basada en la descripción de las conductas observables y mensurables.

A Hull (1943-1952) se debe la aplicación sistemática del metodo hipotético-deductivo en psicología, así como el desarrollo de la teoría del aprendizaje para referirse a las alteraciones de la conducta.

Skinner es el gran representante del *operacionalismo inductivo*, siendo su gran aportación el estudio del llamado *condicionamiento operante* desde una perspectiva esencialmente experimentalista.

Entre los neoconductistas, merece una especial mención Tolman por sus estudios sobre el aprendizaje perceptivo. Otros autores como Bandura y Walters (1962) han estudiado los elementos del aprendizaje social.

La importancia de los factores cognitivos en la psicología humana ha promovido el desarrollo no sólo de una psicología cognitiva que se aparta del conductis-mo tradicional, sino también de la aplicación de nuevos modelos terapéuticos como las terapias cognitivas.

6.3.2. Tendencias psicodinámicas

Suponen la existencia de conflictos psicológicos internos que son los responsables del trastorno psíquico. La perspectiva psicodinámica permite comprender al ser humano no sólo desde el sentido de su experiencia consciente y su conducta manifiesta, sino

también desde la dinámica de su inconsciente, donde intervienen tanto las pulsiones como las pautas relacionales aprendidas precozmente y fuertemente consolidadas.

FREUD Y EL PSICOANÁLISIS

Como es bien conocido, la influencia de Charcot sobre Freud hace que a su vuelta a Viena Freud comience a tratar junto a Breuer una paciente histérica mediante hipnosis, publicando con él su primer trabajo, "El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos", en 1893. A partir de este momento Freud va desarrollando su obra, construyendo una base teórica que se basa en sus cinco hipótesis (cuadro 6.3):

CUADRO 6.3
Hipótesis de Freud

HIPÓTESIS	FORMULACIÓN
Dinámica	Los síntomas son consecuencia de los conflictos intrapsíquicos.
Económica	La vida psíquica se rige por el "principio del placer".
Topográfica	El aparato psíquico consta de: inconsciente, preconsciente, consciente.
Genética	Fases del desarrollo: oral, anal, fálica, genital.
Estructural	Ello, Yo, Superyo.

OTRAS TENDENCIAS PSICODINÁMICAS

Carl G. Jung (1875-1961) resta importancia al papel omnipotente de las fuerzas sexuales ampliando el concepto de líbido a otras energías vitales, y trabaja el concepto de inconsciente colectivo.

Alfred Adler (1875-1937) también rechaza la hegemonía de la líbido sexual y da una mayor importancia a la dimensión social.

Una de las mayores contribuciones de Anna Freud fue el estudio de la *psicología del Yo*, describiendo el papel que desempeña el Yo en la dinámica intrapsíqui-ca, como mediador entre el Ello y el Superyo, y entre el individuo y la realidad.

Los trabajos de Melanie Klein (1882-1960) sobre el desarrollo temprano del niño, en función de su forma de relación con su madre, son el máximo exponente del papel que desempeñan las primeras *relaciones objetales* en la maduración del psiquismo y su influencia en los patrones de conducta de la vida adulta.

6.3.3. Modelo humanista

Influido por las concepciones psicoanalíticas y sin rechazar totalmente las aportaciones conductistas, se encuentra el denominado modelo humanista, que se caracteriza por centrarse en la identidad de la persona humana y en su desarrollo potencial. Los máximos representantes de esta corriente son A. Maslow y C. Rogers, cuyas teorías han tenido una especial trascendencia en el desarrollo de las *teorías y modelos de enfermería*.

Para Maslow la *motivación* fundamental no es la que se funda en los estados de necesidad, carencia o déficit, sino la que busca el desarrollo y crecimiento del Yo, la *autorrealización*.

Uno de los aspectos más destacados de su teoría motivacional es la *jerarquización* de necesidades: En la base de la jerarquía se encuentran las necesidades fisiológicas, seguidas de las de seguridad, pertenencia y amor, estimación, y, por último, en la cumbre de la jerarquización, la necesidad de autorrealización.

La noción básica de la teoría de Rogers desde el punto de vista estructural es la del *Self* (sí mismo); con ella hace referencia a aquella parte experiencial del individuo que comprende sus percepciones y evaluaciones sobre el propio Yo. Otro factor importante de su teoría es la necesidad de *atención positiva*, entendida como el deseo fundamental que tiene toda persona de experimentar cariño, afecto, etc. en relación con las figuras significativas para ella.

6.4. Bases socioculturales

El hombre vive inmerso en un entorno sociocultural; por tanto, no puede plantearse ningún estudio psicopatológico que no tenga en cuenta ésta dimensión social.

Las investigaciones sobre la influencia sociocultural en la etiopatogenia de las enfermedades mentales permite comprender la estructura y la dinámica de los grupos en los que la persona se desarrolla: familia, escuela, amistades, ambiente laboral y, más allá de todo esto, las influencias macrosociales.

La *perspectiva sociogenética* considera que la enfermedad es el resultado de la presión que ejerce sobre el individuo la propia estructura social. Este enfoque, como advierten Ey y colaboradores (1975), no explica por qué algunas personas sucumben a la presión social, mientras que otras se desarrollan normalmente en las mismas condiciones.

Uno de los trabajos pioneros sobre la influencia sociocultural en los trastornos psiquiátricos es el de Odegaar (1932) sobre la mayor incidencia de esquizofrenias entre los noruegos emigrados a EEUU, al que habría que añadir el de Faris y Dun-ham (1939) sobre alteraciones mentales y áreas urbanas, y el de Holligshead y Redlich (1958) sobre las correlaciones entre clase social, diagnóstico y forma de tratamiento.

Los *estudios epidemiológicos* van aclarando las relaciones entre determinadas psicopatologías y variables sociales, como clase social, ecología urbana o rural, etc., y además permiten planificar una mejor asistencia sanitaria, al saber qué enfermedades aparecen con mayor frecuencia en la población y a qué sectores de ésta afectan.

Los *estudios del grupo familiar* han venido a confirmar que las alteraciones de la dinámica familiar influyen, inexorablemente, en el curso del enfermar.

Son también importantes los *estudios de las influencias socioculturales más amplias como determinantes de patología:* por ejemplo, la relación entre ideologías políticas o religiosas e incidencia de enfermedades mentales.

Los *problemas psicológicos y psicopatológicos de los emigrantes* han sido estudiados por diversos autores, que coinciden en que la emigración significa un duro trauma psicológico para los que han de alejarse de su país (Seva, 1987).

Asimismo, hay que destacar los *estudios de psiquiatría transcultural*, que abordan las diferencias de morbilidad, tipos clínicos o evolución de los trastornos psíquicos en las diferentes culturas.

En el momento actual se tiende, cada vez más, a considerar que no tiene por qué haber oposición entre dichas teorías, que intentan establecer modelos que expliquen la realidad psicopatológica a un nivel dado, sea éste biológico, psicológico o sociológico. Se establece así un diálogo, en vez de una contienda, entre los científicos que investigan a cada nivel, y se intentan promover *teorías o modelos integradores*.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

BARCIA, D.; LÓPEZ-IBOR, J. J. y RUIZ, C.: *Psiquiatría*, vol. I. Toray. Barcelona, 1982.

BERNARD, P.: *Manual del ATS psiquiátrico*. Toray-Masson. Barcelona, 1977.

DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C; RODRÍGUEZ, J. A. y DE MIGUEL J. M.: *Sociología y enfermería*. Pirámide. Madrid, 1983.

EY, H.; BERNARD, P. y BRISSET, CH.: *Tratado de psiquiatría*. Toray-Masson. Barcelona, 1975.

KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J.: *Tratado de psiquiatría*, vol. I, 2ª ed. Salvat. Barcelona, 1989.

STUART, G. W. y SUNDEEN, S. J.: *Enfermería psiquiátrica*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1992.

7

Teorías y escuelas en psiquiatría y enfermería psiquiátrica

OBJETIVOS

- Describir y delimitar las tres grandes teorías en psiquiatría: biológicas, psicológicas y sociales.
- Conocer las diferentes tendencias en enfermería psiquiátrica y salud mental.
- Analizar enfoques tendentes al eclecticismo, evitando adhesiones rígidas a determinadas teorías.

7.1. Teorías y escuelas en psiquiatría

La psiquiatría, como ciencia que es, contiene una serie de leyes y reglas organizadas que sustentan y tratan de explicar y relacionar las diversas anomalías del psiquismo; son las llamadas *teorías*.

El término *escuela* se refiere a la serie de autores (maestros y discípulos) que a lo largo del tiempo han ido conformando las teorías.

Considerando que la psiquiatría estudia al ser humano como ente bio-psico-social, podríamos clasificar las teorías siguiendo a Guimon (1990) en tres tipos:

- *Teorías biológicas:* Se basan fundamentalmente en la atribución de una etiología y patogenia de tipo orgánico a la enfermedad mental. Se suelen asociar al llamado *modelo médico* de enfermedad mental, ya que se aplican reglas similares a las de la medicina tradicional.
- *Teorías psicológicas:* Inciden sobre todo en el psiquismo del individuo como base de los trastornos mentales, bien sea la conducta (conductismo), los procesos conscientes (fenomenología) o los procesos inconscientes (psicoanálisis).
- *Teorías sociológicas:* Ponen el acento en la influencia de la familia, grupos sociales y comunidad en la etiología de los trastornos psíquicos. En algunos casos (antipsiquiatría) consideran "enferma" a la sociedad.

Es necesario matizar que en muchos casos existen mezclas de modelos y, de cualquier forma, ninguna teoría explica por sí sola las anomalías del psiquismo humano.

7.2. Teorías biológicas

Estas teorías propugnan que en las enfermedades psiquiátricas existe una base somática cerebral bien primariamente o secundariamente a través de una alteración extracerebral que posteriormente afecta al cerebro. La anomalía podría ser neuroatómica, neurofisiológica o neuroquímica.

En el siglo XX las teorías biológicas se han apoyado en tres tipos de investigaciones que han planteado las siguientes hipótesis:

- Hipótesis genético-constitucionalistas.
- Hipótesis neuroatómicas y neurofisiológicas.
- Hipótesis bioquímicas.

7.2.1. Hipótesis genético-constituclonalistas

En los estudios más recientes se han observado diversas afecciones psíquicas en las que estos factores presentan un aspecto relevante.

- *Esquizofrenia*. Estudios como los de Gottesman y Shields (1982) y Kendler

(1985 y 1986) demuestran el riesgo mórbido que presentan los familiares de primer grado de las esquizofrenias.

También se ha visto que el riesgo de padecer esquizofrenia es mayor en gemelos monocigóticos de probandos que en gemelos dicigóticos, y asimismo en ambos casos mayor que en la población general. Diversos estudios apuntan la posibilidad de un gen anómalo en el cromosoma X.

- *Trastornos del estado de ánimo*. Estudios como los de Nurnberger y Gersiton (1982) prueban el riesgo mórbido elevado en los parientes de primer grado para los transtornos del estado de ánimo.

  Asimismo, se ha comprobado la concordancia en gemelos monocigóticos sobre todo en el transtorno bipolar. En este caso parece que el gen anómalo estaría localizado en los cromosomas 11 y X (Mendlewicz, 1987).

- *Trastornos por ansiedad*. Los factores hereditarios han sido estudiados sobre todo por Crowe (1983 y 1985), comprobándose que el factor herencia influye en los trastornos por angustia y agorafobia.

- *Alcoholismo*. Aunque hay opiniones controvertidas, no cabe duda de que existen alcoholismos familiares (Goodwin, 1984); en estos pacientes el cuadro es más precoz, más grave y más resistente al tratamiento.

7.2.2. Hipótesis neuroatómicas y neurofisiológicas

A modo de resumen, se podrían señalar los estudios siguientes:

- La relación entre el sueño y algunos trastornos psíquicos como esquizofrenia, trastornos afectivos y alcoholismo. También la ligazón del ritmo sueño/vigilia con los ritmos biológicos y los trastornos psíquicos.
- Los estudios neuropsicológicos (Luria, Benton, Renzi, Ajuriaguerra) que enlazan la neurología con la psicología y la psiquiatría, centrándose en las funciones corticales superiores.
- La relación entre el sistema nervioso vegetativo y los trastornos de estirpe psicosomática.
- Los trastornos mentales orgánicos, es decir, aquellas afecciones psíquicas de etiología cerebral (primaria o secundaria).
- Las anomalías psíquicas ligadas a la epilepsia.

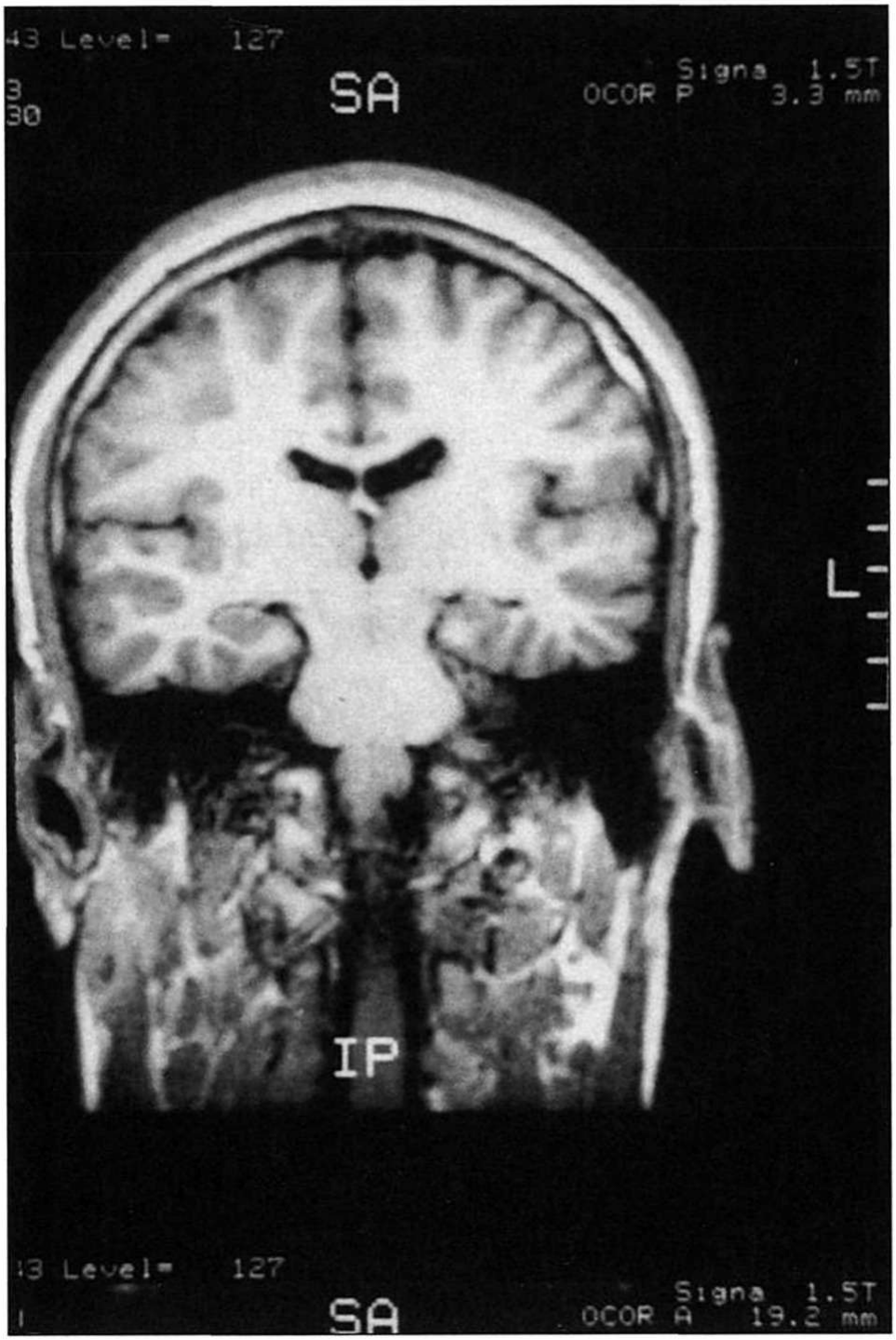


FIGURA 7.1. Imagen coronal de resonancia magnética de un paciente epiléptico que muestra atrofia del hipocampo izquierdo. Compárese el tamaño de la circunvolución parahipocámpica en ambos hemisferios. Este tipo de atrofia se asocia a déficit selectivo para el aprendizaje de material verbal (cortesía de los Drs. B. Oliver y A. Russi, Instituto de Neurología y Neurocirugía, Barcelona).

7.2.3. Hipótesis bioquímicos

La mayoría de los avances sobre hipótesis bioquímicas de la enfermedad mental han aparecido a raíz del estudio de los mecanismos de acción de los psicofár-macos. El apartado más importante en este sentido es el estudio de los neurotransmisores. Entre ellos, los más relevantes en psiquiatría son:

- *Catecolaminas*. Las más importantes en psiquiatría son la dopamina y la noradrenalina. Los receptores dopaminérgicos tienen una gran importancia en el mecanismo de acción de los neurolépticos y, por tanto, en la bioquímica de las esquizofrenias.

  Por su parte, los receptores noradrenérgicos tienen gran interés en el estudio de algunos tipos de depresión y trastornos de ansiedad.

  Por último, las enzimas metabolizadoras de catecolaminas (MAO) han dado lugar a las IMAO y RIMA como antidepresivos.

- *Indolaminas*. La serotonina tiene cada vez más importancia en la hipótesis bioquímica de las depresiones; tanto es así que el 5-HIAA (metabolito en el CCR) es un dato diagnóstico de las depresiones y sirve como parámetro de los inhibidores específicos de la recaptación de serotonina.

- *Gaba*. Realizan una acción estabilizadora de la actividad sináptica; por tanto, tienen gran interés en la génesis de la ansiedad y el mecanismo de acción de las benzodiacepinas.

Existen otros neurotransmisores: acetilcolina, opioides endógenos, histamina, que serán comentados al hablar de las afecciones psíquicas en las que tienen influencia. (Para mayor ampliación sobre el tema, véase el capítulo 19 del primer volumen, *Salud mental: Psicopatología)*

En relación con los aspectos bioquímicos estarían los aspectos endocrinos, como:

a) Relación cortisol-depresión endógena.
b) Relación hormona tiroidea-depresión y ansiedad.

7.3. Teorías psicológicas

Estas teorías consideran que la base de los trastornos mentales se halla en la propia psique del individuo. Las principales corrientes son el conductismo, la fenomenología y el psicoanálisis.

7.3.1. Conductismo

La raíz del modelo conductista está en la teoría del aprendizaje, que sería válida

tanto para explicar la conducta normal como la anormal y se nutre de la psicología experimental.

Existen varios tipos de aprendizaje pero los que más interesan desde el punto de vista psiquiátrico son los aprendizajes asociativos y el aprendizaje social. El *aprendizaje asociativo* estaría constituido por:

- El *condicionamiento clásico:* Propugnado por Paulov y cuyas características generales han sido estudiadas en el apartado 6.3.1. del capítulo 6. Aquí solamente recordar que la posibilidad de generalización y/o extinción de la respuesta condicionada tiene gran importancia en el tratamiento de las fobias.
- El *condicionamiento instrumental:* Propugnado por Skinner y estudiado en el mismo apartado 6.3.1. Destaca la importancia que tienen los paradigmas básicos del aprendizaje instrumental expuestos por Tarpy (1977): entrenamiento de recompensa, de escape o evitación, de castigo y de omisión, en trastornos como fobias, alteraciones de la sexualidad, alteraciones de la conducta social, etc.

El *aprendizaje social*, tanto mediante la imitación basada en el condicionamiento operante (Dollard y Miller, 1950) como el aprendizaje observacional (Ban-dura, 1977), ha tenido gran importancia en los trastornos del comportamiento social.

El conductismo tuvo históricamente varias etapas:

a) Conductismo clásico propugnado por Watson, que estudiaba los estímulos y las respuestas basándose en la investigación de la conducta de los animales inferiores, negando la utilidad de la introspección.

b) Neoconductismo (Tolman, Bandura), que admite el estudio de fenómenos no observables directamente y niveles de conducta más complejos que la asociación estímulo respuesta que serían los procesos cognitivos.

El estudio de estos procesos (percepción, pensamiento, memoria, etc.) daría lugar a la llamada *psicología cognitiva* (Neisser, Hirst, Spelke), que admitiría como método la introspección.

Para estos autores no habría que hablar de síntomas, sino de conductas anómalas que se diferencian de las normales cuantitativamente; la etiología de estas conductas se basaría en trastornos del aprendizaje. Proponen como terapéutica las diversas variantes de la terapia de la conducta: inhibición recíproca (Exsenck y Wolpe), desensibilización sistemática e implosión, *biofeed-back* (Carrobles, 1981), terapia cognitiva (Beck), etc.

Estas técnicas se detallan en los capítulos que hacen referencia a las enfermedades en las que se aplican: fobias, obsesiones, tics, enuresis, trastornos sexuales, (véase capítulos 15 y 16 del primer volumen, *Salud mental: Psicopatología*, y capítulos 17, 21, 24 y 27 del presente volumen).

7.3.2. Fenomenología

Se define como fenomenología el estudio de los *fenómenos*, entendiendo éstos como experiencias de conciencia. Esta teoría fue fundada por Husserl, autor que desmenuzó el proceso de captación de las esencias de los fenómenos en tres fases: observación, intuición y reflexión.

La *intuición* fue la aportación más importante de esta escuela, que ha tenido autores tan relevantes como Minkowsky, Biswanger, Mayergross, López-Ibor, Kurt Schneider y sobre todo K. Jaspers.

Las aportaciones de la fenomenología a la psiquiatría se han realizado sobre todo en el campo de la psicopatología:

- Introducción en psiquiatría de los métodos comprensivo y explicativo (creados por Dilthey) por K. Jaspers, lo que ha permitido ahondar en la etiología de los cuadros psíquicos.
- Los conceptos de proceso y desarrollo como formas de enfermar psíquico (K. Jaspers).
- Los estudios sobre la conciencia del Yo (K. Jaspers).
- Los estudios sobre psicopatología de la esquizofrenia (K. Conrad).

7.3.3. Psicoanálisis

La teoría psicoanalítica ha tenido una notable influencia en la psiquiatría, sobre todo en el estudio de la personalidad y del tratamiento psicoterapéutico. Dada su amplitud y en aras de la concisión, se comentan en primer lugar las teorías freudianas; después se mencionan otros autores fieles al psicoanálisis clásico y, por último, otras teorías analíticas con diferencias básicas respecto a éste.

TEORÍAS DE FREUD

A modo de resumen, las aportaciones principales de este autor, cuya obra es capital no sólo en el ámbito de la psiquiatría sino en el de otras ciencias, son las siguientes:

A) Teorías del inconsciente

Freud admite que la mayor parte de la vida psíquica se halla fuera de la conciencia y divide la mente en tres áreas: conciencia, inconsciente y preconsciente.

- *Inconsciente:* En él se almacenan representaciones sensoperceptivas instintivas e impulsivas, rigiéndose por el llamado proceso primario guiado

por el principio del placer. Su existencia se puede demostrar por los sueños, los olvidos y los actos fallidos.

Se puede hacer consciente el inconsciente por medio del estudio de los sueños y de la libre asociación de ideas; con este se atenúan las fuerzas represoras de la conciencia.

- *Preconsciente:* Lo constituye el conjunto de contenidos mentales fuera de la conciencia, pero que se podrían traer fácilmente a ella. Tanto el preconsciente como la conciencia se rigen por el proceso secundario o principio de la realidad.

B) Pulsiones

Freud habla de *pulsión* como necesidad innata general que puede inducir a una diversidad de caminos para satisfacerse. Para este autor lo fundamental era la satisfacción de la pulsión sexual. La fuerza de ésta la denominó *líbido*.

Para él la sexualidad comenzaba en el nacimiento y pasaba por una serie de etapas según la orientación de la líbido:

a) *Fase oral* (4-9 meses). Líbido ligada al pecho materno.
b) *Fase anal* (15-30 meses). Líbido ligada a las funciones excretoras.
c) *Fase fálica* (3-5 años). Líbido ligada a los genitales. Aparecen los fenómenos de complejo de Edipo, complejo de Electra y envidia del pene.
d) *Fase de latencia*. A partir de los 6 años, en que se subliman las pulsiones hasta la pubertad, en que aparece la sexualidad genitalizada.

C) Modelo estructural

Freud proponía la división de la mente en tres estructuras:

a) *Ello:* Parte instintiva guiada por el principio del placer.
b) *Yo:* Estructura mental que contacta con la realidad guiada por el proceso secundario.
c) *Superyo:* Esta estructura funciona en parte como idea del Yo y en parte introduce en el sujeto las normas éticas, morales, etc., que ha recibido de sus figuras parentales.

Dado que el Yo tiene que satisfacer al Ello, Superyo y realidad, necesita unos mecanismos reguladores que serían los mecanismos de defensa, todos ellos inconscientes: represión, regresión, anulación, aislamiento, formación reactiva, introyección, proyección, negación, disociación y sublimación (éste propuesto por Anna Freud).

D) Técnica psicoanalítica

Existen varios conceptos fundamentales de psicoanálisis como tratamiento, que serían sobre todo la transferencia, la contratransferencia, la alianza terapéutica, la resistencia y la interpretación, que serán descritos a la hora de hablar de la psicoterapia (véase capítulo 34).

TEORÍAS POSTFREUDIANAS TRADICIONALES

Los autores más relevantes son:

- M. Klein, que habla de la identificación proyectiva y de las fases esquizoparanoide y depresiva del desarrollo.
- O. Kernberg, que estudia fundamentalmente la patología del cáncer, sobre todo en las personalidades límite y narcisista.

Otros autores importantes son Abraham, Kohut, Winnicont, etc.

TEORÍAS DE LA PSIQUIATRÍA DINÁMICA

Los autores más relevantes son:

- Carl Jung, que trató la líbido como energía psíquica más que sexual; introdujo el término *inconsciente colectivo* como almacén de los recuerdos latentes de nuestro pasado cultural, social, etc., y aportó el concepto de los *arquetipos* como ideas innatas que nos preparan para las experiencias reales.
- Alfred Adler, que estudió el sentimiento de inferioridad del sujeto y la contraposición con el impulso de cooperación social y acuñó el término *estilo de vida*.

Otros autores de relieve son Ottoorank, Karen Horney, H. S. Sullivan, E. Fromm y C. Rogers.

7.4. Teorías sociogenéticas

El modelo social de la enfermedad mental tiene como denominador común el papel de los factores socioculturales en la génesis de aquélla. Estas teorías toman como base los estudios epidemiológicos que demuestran la influencia del ambiente en la enfermedad mental.

7.4.1. Contribuciones teóricas más importantes

Desde un punto de vista histórico existe una serie de autores que han ido poniendo

los pilares de las teorías sociogenéticas:

- Farris y Dunham (1939) señalaron la mayor incidencia de la patología psiquiátrica en las llamadas zonas de transición de la ciudad de Chicago.
- Clifford Beers creó en los años treinta el movimiento de higiene mental.
- Maxwell Jones, a principios de los años cincuenta, señaló la importancia de las relaciones interpersonales en la institución psiquiátrica en la evolución de los pacientes, creando la llamada *comunidad terapéutica*.
- Barton (1959) y Goffman (1961) analizaron el papel de la institución psiquiátrica en la producción de patología psíquica específica (*neurosis institucional* de Barton).
- Bastide (1965) diferencia en la psiquiatría social los planteamientos teóricos de la práctica, desarrollando ambas.
- Más recientemente, los estudios de la escuela de Palo Alto (Bateson, Jackson, Wyne y Walzawick) sobre la patología de la comunicación humana en la esquizofrenia confirman la influencia de la familia como grupo social en la enfermedad mental.
- Por último, el movimiento antipsiquiátrico que comenzó en Inglaterra en los años sesenta y cuyos autores más relevantes son Laing, Cooper, Basaglia y Szazs. Éstos atacan la psiquiatría tradicional, señalando la influencia de la familia, la sociedad y la institución psiquiátrica como productoras de patología, incluso hablan de la sociedad como *enferma*. Asimismo, propugnan la desaparición de las instituciones psiquiátricas y del término *enfermedad mental*

7.4.2. Bases de las teorías socioculturales

Todas las escuelas socioculturales coinciden en los siguientes puntos básicos:

a) Influencia de la ecología (ambiente físico y social) en la génesis de las enfermedades mentales.
b) Influencia de los factores étnicos y culturales en la enfermedad mental (sirva de ejemplo el estudio de Eaton y Weil en 1955 sobre los trastornos psiquiátricos de los huttentos).
c) Desarrollo de la *epidemiología* y de las investigaciones en este campo, que serían el método primordial para comprobar las hipótesis de todas las teorías socioculturales (P. E. Muñoz, 1980).
d) Las aportaciones de la teoría general de los sistemas de Von Bertalanffy a la familia, a grupos sociales más amplios e incluso al hospital psiquiátrico como microsociedad: se podría hablar con propiedad de patología de la familia y de los grupos sociales como sistemas, estudiando además la repercusión de

la patología del individuo en el resto de los componentes del sistema y en el entorno.

7.5. Bases teóricas de la enfermería psiquiátrica y la salud mental

Desde hace mucho tiempo se ha venido intentando encontrar una definición de la enfermería. Siguiendo los trabajos de J. Sue Cook sobre las últimas tendencias de la enfermería, se puede aceptar la siguiente definición: "La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las reacciones ante problemas reales o posibles de la salud".

En 1976, Evans dio una definición acerca de la asistencia especializada de enfermería psiquiátrica y salud mental: "Es un área muy especializada dentro de las diferentes prácticas de la enfermería, que tiene en cuenta las teorías del comportamiento humano; es ciencia y arte dirigidos a los aspectos preventivos y curativos de los trastornos psíquicos y cualquier secuela dejada por la enfermedad, y debe intentar fomentar en el ámbito de la sociedad una salud mental óptima".

La filosofía de la enfermería puede servir para identificar, clarificar y justificar cualquier práctica de la enfermería científica. Analizando todas las teorías de la enfermería, se pueden clarificar muchas actuaciones del personal de enfermería psiquiátrica y contar con una visión real del problema: conocer la naturaleza de la mente del ser humano y su problemática social.

Es posible basar la enfermería psiquiátrica en los aspectos de la experiencia del ser humano, sus actitudes y valores sociales, los sentimientos y emociones, los conocimientos históricos culturales de la sociedad; todo esto nos ayuda con la interiorización de la experiencia y de los comportamientos humanos. La toma de decisiones de nuestra vida viene dada a partir de esta fuente interna (Strain, 1971).

La Asociación Americana de Enfermería ha desarrollado diferentes pautas de actuación para el personal de enfermería psiquiátrica, marcando niveles o *estándares* según los diferentes modelos de enfermería. A la hora de actuar hace hincapié sobre los procesos de atención de enfermería psiquiátrica: prevención, asistencia, rehabilitación y resocialización.

7.5.1. Teoría de los sistemas generales

Según L. von Bentalaffy, la teoría de los sistemas es aplicable a las diferentes disciplinas. Se entiende por sistema un conjunto de elementos interactivos que contribuyen al objetivo global del mismo.

Dentro de un sistema existen subsistemas que están distribuidos en una jerarquía, desde un nivel más bajo al más alto. Los sistemas pueden ser abiertos y cerrados.

a) *Sistemas abiertos:* Se caracterizan por la libertad de la energía, materia e información que se mueve dentro de los límites del sistema.
b) *Sistemas cerrados:* Son teóricamente contrarios a los abiertos; en ellos no existen movimientos de energía, de materia o de información dentro del sistema. No obstante, ningún sistema es en realidad totalmente cerrado.

Se puede ver a la familia como un sistema cerrado en salud mental, o también como un sistema abierto. La familia es cerrada, ya que el movimiento de energía y de información permanece dentro de los límites de una unidad familiar; pero, al mismo tiempo, la familia interactiva cambia por su relación con otros sistemas, así todas las interacciones tienen su efecto dentro de la unidad familiar.

Todos aquellos sistemas abiertos mantienen un estado de equilibrio dinámico dentro del sistema: esto es conocido como *bemeostasis y hemodinámica*. Se habla de mecánica de regeneración cuando el sistema se mantiene en estado firme (Flynn y Heffron, 1984).

En la enfermería psiquiátrica, los conceptos provienen de la teoría de los sistemas y son usados para comprender el comportamiento del enfermo; así, el profesional de enfermería y el paciente son parte de los sistemas abierto y cerrado. Se entiende por regeneración la interacción entre profesional de enfermería y enfermo.

7.5.2. Teoría de la adaptación

La teoría de la adaptación ayuda a explicar y entender como se mantiene el equilibrio, y sirve para asegurar la supervivencia de los sistemas abiertos.

Generalmente se aplica a reacciones biológicas, fisiológicas y psicológicas del individuo. Muchas terapias médicas están basadas en esta teoría. Los sistemas de regulación operan a través de un mecanismo conocido por *compensación*. Cuando aparecen presiones que pueden alterar el equilibrio de un individuo, entonces actúa el sistema de compensación regulando el desequilibrio o desajuste. Los mecanismos de defensa son los más claros ejemplos de adaptación (Leddy y Pep-per, 1885).

7.5.3. Teoría de las necesidades humanas

La teoría de las necesidades humanas está basada en el concepto de que una necesidad crea una tentación interna.

Existen una serie de necesidades que todo ser humano debe satisfacer, siendo las más básicas las siguientes:

a) Fisiológicas.

b) Seguridad.
c) Pertenencia y amor.
d) Estimación.
e) Autorrealización.

Con la consecución de necesidades se modula el comportamiento del individuo. Para poder explicar estas prioridades del comportamiento humano, Abraham Maslow desarrolla la pirámide de necesidades básicas (figura 7.2).

FIGURA 7.2. Jerarquía de las necesidades de A. Maslow.

A. Maslow habla de las necesidades básicas refiriéndonos al bienestar físico de la persona (aire, alimento, agua, sueño), todas ellas deben ser satisfechas. Por eso, una de las funciones del personal de enfermería psiquiátrica es ayudar a aquellos enfermos que son incapaces de hacerlo por sí mismos.

En la necesidad de seguridad es importantísima la intervención de enfermería, como puede ser la protección, potenciar el sentimiento de libertad en los cuadros de ansiedad y miedo, evitar intentos de suicido, etc.

Las necesidades de amor y correspondencia son expresadas a través de los padres, esposos, hijos, amigos, etc. Éstas aparecen cuando las necesidades de seguridad han sido satisfechas. Muchas veces en la enfermedad mental estas necesidades no han sido satisfechas.

La siguiente necesidad es la de estima, que aparece una vez satisfechas las de amor y correspondencia. Esta necesidad incluye el deseo de éxito, estar en posición de autoridad, competencia, etc. Cuando todas las necesidades no han sido satisfechas, llevan al individuo a un comportamiento compensatorio, siendo incapaces de adaptarse. El

personal de enfermería debe valorar todos estos comportamientos durante el proceso de atención.

Una vez que todas las necesidades anteriores han sido satisfechas plenamente, aparece la de autorrealización como cima de la pirámide.

7.5.4. Teoría de la percepción

Para explicar el sistema de comportamiento necesario para satisfacer las necesidades humanas se desarrolló la teoría de la percepción. Según esta reoría, cada persona tiene una manera de resolver situaciones críticas.

En el estudio de la percepción se tienen en cuenta diferentes variables:

a) El entorno físico.
b) Los procesos fisiológicos.
c) Las alteraciones.

El individuo tiene contacto con el entorno a través de los receptores sensitivos de la energía. Existen tres tipos de células receptoras:

a) *Células exteroceptoras:* Son principalmente células orgánicas sensoras que reciben energía del entorno exterior.
b) *Células interoceptoras:* Se encuentran dentro del organismo y reaccionan ante los cambios de presión, temperatura, dolor, etc.
c) *Células propioceptoras:* Actúan ante los cambios de energía, actividad por el movimiento y la postura.

El desarrollo de la percepción va desde lo simple a lo complejo, relacionado con los estímulos; éstos son aprendidos, afectando al máximo la percepción cuando el estímulo aparece de forma ambigua.

En primer lugar, la generalización se refiere al aprendizaje, que tiene lugar en una situación aplicándose a otra situación; para que los seres humanos reaccionen de forma adecuada usan situaciones pasadas que tienen mucho que ver con la situación presente. Según una segunda suposición, los niños y los adultos son capaces de distinguir sucesos u objetos, de aquellos de forma casual en segundo término. La última suposición se conoce por *discriminación verbal*, necesitada para dar nombres, codificar y clasificar experiencias.

En la enfermería psiquiátrica, las percepciones que ha coleccionado el paciente de experiencias pasadas y actuales interactúan con las percepciones del personal de enfermería. Clarificar y validar las percepciones son los objetivos de la comunicación entre el profesional de enfermería y el paciente.

7.5.5. Teoría del aprendizaje

El inglés John Locke dio forma a una teoría sobre el aprendizaje, basada principalmente en las experiencias y principios de asociación de actos de repetición.

Ivan Paulov desarrolló la teoría del condicionamiento clásico; más tarde Thordnike complementó los descubrimientos de Paulov introduciendo la teoría sobre las asociaciones de respuestas.

Los últimos trabajos realizados por B. F. Skinner sobre el reforzamiento añaden la conceptualización a la teoría del aprendizaje (Rohwer, Ammon y Cramer, 1974; Bevalas, 1978).

El estímulo-respuesta es el principio más importante de la teoría del aprendizaje. Los conceptos de estímulo, respuesta y reforzamiento son las descripciones primarias del comportamiento dentro de la teoría del aprendizaje. En ellas se basan las teorías conductistas, las cuales son muy utilizadas por el personal de enfermería psiquiátrica con cierto tipo de pacientes.

7.5.6. Teoría de la comunicación

La teoría de la comunicación está centrada principalmente en las conexiones que existen por debajo de las interrelaciones e interacciones dentro o entre sistemas; es la base de la comunicación entre personal de enfermería y paciente.

Un sistema de comunicación incluye un código, un emisor, un canal, un receptor y un destino:

a) El código se refiere a la formulación del significado del mensaje.
b) El emisor transforma el mensaje en información.
c) Los canales pueden darse por escrito o verbalmente.
d) El receptor transforma los aspectos físicos de la información en un mensaje.
e) El destino es la interpretación del lenguaje utilizando la percepción.

La regeneración es un factor importante en la comunicación actuando en dos direcciones. El personal de enfermería usa la resolución de problemas para la comunicación entre sí mismo y el paciente.

7.6. Modelos más importantes para la práctica de la enfermería psiquiátrica y la salud mental

VIRGINIA HENDERSON

Las aportaciones más importantes a este modelo vienen dadas por A. Maslow desde la psicología humanista, y Thordnike siguiendo las teorías del aprendizaje. No hay que olvidar que el modelo humanista surge de las aportaciones del con-ductismo y del psicoanálisis.

En 1939 aparecieron por primera vez los trabajos de Virginia Henderson, influenciada principalmente por la teoría de las necesidades humanas. Una de las claves de Henderson es su tesis acerca de la personalidad, según la cual el cuerpo y el espíritu son inseparables.

Por la influencia del modelo de Maslow y a partir de la división de necesidades básicas y superiores que el ser humano necesita para autorrealizarse, Virginia Henderson elaboró nueve necesidades que suponen una combinación de las necesidades básicas y superiores.

Esta autora sostiene que la función del personal de enfermería es ayudar a las personas a realizar actividades que contribuyan a la salud. Esta ayuda es necesaria tanto cuando el individuo está enfermo como sano. También debe ayudarle a recuperarse o, finalmente, a poder tener una muerte en paz.

El personal de enfermería puede ayudar al paciente a recuperar la fuerza, la voluntad o el conocimiento para que se independice lo antes posible.

Henderson también pudo ver los procesos de atención de enfermería de forma individualizada basándose en las necesidades del paciente.

IDA JEAN ORLANDO

Presentó una publicación titulada *The dynamic nurse-patient relationship* (La relación dinámica paciente-enfermera).

Todos los trabajos de Orlando estuvieron muy influidos por la teoría de la comunicación. En su obra, redactada a partir de sus propias notas de enfermería, indica la responsabilidad del personal de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente, ya sea a través de su propia actividad o con la ayuda de los demás.

El proceso de atención de enfermería empieza con la expresión del paciente del significado de su comportamiento; éste puede determinar la naturaleza de muchos signos y síntomas, el dolor, etc., así como la ayuda que necesita para curarlo, que debe ser estudiada con el propio enfermo.

Orlando vio los procesos de atención para obtener los resultados a través de la resolución del problema (Orlando, 1961).

DOROTHEA E. OREM

Dorothea Orem desarrolló los conceptos de autocuidados y dio a conocer su concepto de modelo de cuidados de enfermería en su libro *Nursing: Concepts of practice*, publicado en 1971.

Orem coincide substancialmente con el modelo de V. Henderson, y para ella el

objetivo de la enfermería es "ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad".

Por autocuidados Orem entiende las acciones personales que aprende a realizar cada individuo con el fin de mantener la vida, su salud, su bienestar y responder de una forma constante a sus necesidades en materia de salud.

Orem identifica tres etapas en el proceso de enfermería:

a) El diagnóstico de enfermería.
b) El diseño de un sistema de enfermería.
c) La actuación del personal de enfermería (Orem, 1980).

HILDEGARD PEPLAU

El modelo de H. Peplau es el de interrelación. En 1952 escribió *Interpersonal Relation in Nursing*.

Las teorías de la comunicación, especialmente los trabajos de H. S. Sullivan, tuvieron gran influencia en la forma de describir la enfermería desde la teoría interpersonal y en la de A. Maslow desde la psicología humanista. En sus escritos expresa su concepto de enfermería como: "Un proceso interpersonal terapéutico y significativo que funciona en cooperación con otros procesos humanos con el fin de hacer alcanzable la salud a los individuos y a la comunidad. La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a madurar y que se propone facilitar el movimiento hacia una vida personal comunitaria creativa, constructiva y productiva".

H. Peplau identifica tres ideas básicas referidas al concepto del hombre, del personal de enfermería y de la propia enfermería:

1. El hombre es un organismo que vive en equilibrio inestable y que tiene la capacidad de aprender y desarrollar aptitudes para solucionar problemas y adaptarse a las tensiones creadas por las necesidades.
2. La personalidad del personal de enfermería marca una diferencia sustancial en los resultados del aprendizaje del paciente durante el período en que se prestan los cuidados.
3. La función de la enfermería es favorecer el desarrollo de la personalidad hacia la madurez.

La definición que realiza del "profesional de enfermería psicodinámico" refleja la influencia de las teorías psicoanalíticas, que se refuerzan en la importancia de que el personal de enfermería comprenda su propio comportamiento a través de su autoconocimiento.

Tiene en cuenta los elementos inconscientes que influyen en sus actuaciones. Peplau describe cuatro experiencias psicobiológicas:

a) Necesidad.
b) Frustración.
c) Conflictos.
d) Ansiedad.

Estas cuatro experiencias se convierten en acción, elementos sacados también de la psicología dinámica que le sirven para elaborar conceptos prácticos.

También describe el proceso de enfermería como una relación terapéutica que consta de cuatro fases:

a) Orientación.
b) Identificación.
c) Exploración.
d) Resolución.

La influencia de Miller teniendo en cuenta los principios del aprendizaje social se refleja a través de la función del liderazgo que Peplau describe en las funciones de enfermería.

CALLISTA ROY

C. Roy se basa principalmente en las teorías del estrés de Selpey y Lazarus, y en el concepto de sí mismo de Coombs y de Nyss.

Se tienen también en cuenta las teorías de interacción social de Erickson y Sullivan, con los diferentes enfoques.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

PEPLAU, H.: *Interpersonal Relation in Nursing*. Putnam's Sons. Nueva York, 1952.
POLLETI, R.: *Cuidados de enfermería: tendencias y conceptos actuales*. Rol. Barcelona, 1980.
RIEDER, R. et al.: "Genética", en J. A. TALBOTT et al., *Tratado de psiquiatría*. Áncora. Barcelona, 1989.
ROY, C.: *Enfermería de salud mental y psiquiatría*. Salvat. Barcelona, 1991.
ROY, C: "Introduction to nursing. An adaptation model". *Englewood-Cliffs*, n° 5. Prentice Hall, 1976.

8

La relación interpersonal del profesional de enfermería con el paciente, la familia y el equipo terapéutico

OBJETIVOS

- Analizar las relaciones entre el personal sanitario y los pacientes.
- Describir la relación del personal de enfermería con el equipo terapéutico.
- Identificar y delimitar las funciones y el *status* del profesional de enfermería.
- Enumerar y explicar las etapas de la relación entre el profesional de enfermería y el enfermo mental.
- Valorar la importancia de la relación personal sanitario-paciente.

8.1. Concepto de relación interpersonal y tipología

Las relaciones interpersonales constituyen a lo largo de toda la vida una necesidad básica y primaria de los seres humanos. Los hombres se caracterizan por ser seres

sociales y vivir en constante relación con las personas que les rodean.

Las primeras relaciones interpersonales se desarrollan en el ámbito familiar y a partir de ellas se va ampliando el campo de contactos pasando de ser principalmente familiares a ser sociales a medida que se llega a adulto. Estas primeras relaciones interpersonales tienen una gran importancia. Si fallan o se interrumpen por cualquier causa (por ejemplo, hospitalización) el desarrollo psicomotor del niño puede llegar a alterarse, ocasionando secuelas a veces irreversibles.

Las relaciones parentales y fraternales estructuradas durante la infancia en la familia de origen tienen un cierto carácter de impronta, constituyendo el modelo que posteriormente la persona reproducirá en el resto de relaciones a lo largo de su vida.

Siguiendo a Laín Entralgo se puede distinguir dos tipos de relaciones interpersonales:

- La *relación objetivante* es aquella en la que una persona usa a la otra como un objeto, la cosifica, no apreciando en el otro a un ser humano. Este tipo de relación se puede establecer, aunque rara vez, en el ámbito sanitario entre el personal sanitario y el paciente.
- La *relación interpersonal* propiamente dicha se establece entre dos personas cuando ambas se tratan como seres humanos, mediante una convivencia. Dos son los modos principales de la relación interpersonal propiamente dicha: la convivencia amorosa y la convivencia odiosa.

El grado de amor u odio que un individuo sienta hacia otro le mueve a penetrar en su interior, a tratarle y entenderle como persona, como ser humano. La relación de indiferencia es muy difícil de encontrar.

Las relaciones interpersonales también se pueden clasificar en buscadas por las personas (por ejemplo, una simple amistad, deseada por ambas partes), o en encuentros no buscados y no deseados, de los que son un ejemplo la relación personal sanitario-paciente.

Uno de los modelos de relación interpersonal que se repite a lo largo de la vida es la de ayuda, la cual se caracteriza por su desigualdad. En ella, una de las personas tiene poder sobre la otra. Es la primera forma de relación que aprende el niño, y se repite en ámbitos muy importantes de la vida. Es el caso de la relación padre-hijo, profesor-alumno y personal sanitario-paciente.

8.2. Relación personal sanitario-paciente

La clave de la relación que se establece entre el personal sanitario y los enfermos reside en el hecho de que ninguno de los dos ha buscado ese encuentro, por lo que éste tiene cierto carácter forzado. La persona es asistida a nivel ambulatorio o ingresada en el hospital por una enfermedad, accidente o parto, razón por la que experimenta preocupación y angustia, además de los dolores y molestias propios del padecimiento. La

mayor parte de las veces, la asistencia pública le obliga a utilizar determinado tipo de dispositivo asistencial u hospitalario donde encontrará para atenderle al personal técnico de turno. Este personal sanitario tampoco tiene la posibilidad de elegir o seleccionar a los pacientes que ha de asistir, debiendo, por el contrario, adaptarse adecuadamente a cada uno de ellos.

Según Reynaud y colaboradores, la relación de asistencia tiene como punto de partida "la demanda de un paciente que sufre, dirigida a un sujeto que dispone de un saber". El paciente espera apoyo, ayuda, alivio de sus síntomas y, si fuera posible, la curación total de la enfermedad, dependiendo de la capacidad de ayuda que le proporcione el personal técnico. En la misma línea, Laín Entralgo afirma que el fundamento genérico de esta relación radica en "la ayuda que un hombre presta al menester de otro hombre".

El enfermo se encuentra por estas razones en una doble situación de inferioridad. Por un lado, es él quien demanda ayuda a los técnicos; por otro, lo hace en una situación de dolor o sufrimiento.

El personal sanitario, por el contrario, desempeña sus tareas y actividades en una situación de autoridad sólo limitada por razones éticas o de tipo administrativo. Se trata de una relación desigual en la que el personal sanitario goza de un cierto poder situacional, mientras que el enfermo se encuentra en un lugar de clara inferioridad y dependencia. No obstante, entre ambos puede y debe existir una confianza mutua. Estos elementos de dependencia y confianza hacen que establezcamos un paralelismo con otros tipos de relaciones: la de los padres con los hijos y la de los profesores con los alumnos.

En la época actual existe una importante despersonalización de la asistencia sanitaria, razón por la que con demasiada frecuencia quedan distorsionados los elementos descritos, experimentando tanto los pacientes como el personal sanitario, sentimientos de frustración, temor y enojo. Todo ello repercute de forma negativa, tanto en la eficacia de la asistencia como en la propia estabilidad emocional de los profesionales de la salud, constituyendo una fuente de insatisfacción.

8.3. Relación del profesional de enfermería con el enfermo y su familia

El personal de enfermería dispone de un valioso tiempo de relación con los pacientes y, aunque exista un vacío legal al respecto, se le acepta como responsable de establecer los cuidados y las atenciones desde los puntos de vista físico y psicológico. Esta relación debe tener un sentido básico de mutuo enriquecimiento, fomentando en el enfermo la aceptación de su situación y reforzando su propia identidad. El profesional de enfermería, de forma genérica, debe utilizar sus dotes personales y conocimientos técnicos para aumentar, siempre que sea posible y no contraproducente, la estima del enfermo, incrementar su propia capacidad para satisfacer necesidades y conseguir objetivos que sean realistas.

En el ámbito de la asistencia psiquiátrica, estos aspectos relacionales cobran una

importancia especial. Además de conocimientos técnicos especializados, el profesional de enfermería debe tener un carácter apropiado para establecer unas buenas relaciones, tanto con los enfermos como con sus familiares, así como conocimientos y actitud psicológica para trabajar de modo constructivo en equipo.

El enlace familia-equipo se establece frecuentemente a través del profesional de enfermería, que dispone de la valiosa oportunidad de captar en el medio hospitalario el clima de los contactos del paciente y sus familiares durante las visitas. Estos familiares también habrán de ser objeto en ocasiones de cuidados específicos de enfermería, al recibir de este personal orientaciones, sugerencias, informaciones, etc.

8.4. Relación del profesional de enfermería con el equipo terapéutico: funciones de enfermería

Al igual que en otras áreas de las ciencias, en el campo de la salud se impone una orientación interdisciplinaria. Hoy día, son pocas las personas que dudan de que la salud y la enfermedad no son asunto exclusivamente de los médicos. Y son los mismos médicos los que perciben esta realidad con mayor nitidez al constatar en su práctica diaria que la enfermedad y la salud no obedecen a meras razones biológicas. Con frecuencia, lo psicológico y lo social aparecen como factores etio-patogénicos indiscutibles. Para entender la enfermedad en este enfoque plural, habrá de ser analizada, estudiada y explicada en colaboración con biólogos, psicólogos, sociólogos, asistentes sociales, etc. Desde hace años, el personal de enfermería ocupa por derecho propio un lugar importante en este equipo multidisciplinario, cuyos componentes básicos en salud mental suelen ser además: psiquiatra, psicólogo, asistente social y administrativo.

Es en el seno de este equipo, que integra en proporciones variables acciones asistenciales y preventivas, donde el profesional de enfermería desempeña su función más característica y específica: los cuidados físicos y psíquicos, que están dirigidos al individuo enfermo, a su familia y a la comunidad en general.

Además de estas funciones propias, la enfermería universitaria desempeña otras actividades, características de su rango académico, resumidas en el cuadro 8.1.

Los cuidados de enfermería son descritos en distintos capítulos de este libro (capítulo 2 de la primera parte y otros), por lo que no parece oportuno insistir en su sistematización.

CUADRO 8.1
Funciones del profesional de enfermería

	• Cuidados – Psíquicos – Físicos • Docentes

FUNCIONES PROPIAS	– Formación de otros profesionales – Pregrado – Postgrado – Educación sanitaria • Investigación • Administración
FUNCIONES DELEGADAS	
FUNCIONES DE COLABORACIÓN	

Al objeto de perfilar el *status* de la enfermería, sí parece necesario hacer unos comentarios sobre el resto de las funciones propias: docentes e investigación, y sobre las otras funciones de este personal: delegadas y de colaboración.

A) Funciones propias

Además de los cuidados y las tareas de administración, el personal de enfermería, en general, debe cumplir con una función docente que le es propia y que presenta dos vertientes: pregrado y postgrado.

La enseñanza de pregrado se realiza en los distintos centros de formación (Escuelas Universitarias de Enfermería, Escuelas de Ciencias de la Salud y Especialidades). La otra función docente es desempeñada por los profesionales de enfermería colaborando en las tareas de formación continuada.

Otra función propia de la enfermería psiquiátrica y de salud mental es la actividad investigadora. Resulta impensable en el contexto actual de la evolución científica y tecnológica que una rama del saber humano permanezca estancada en principios inamovibles.

Las tareas investigadoras son aún más necesarias e imprescindibles en enfermería, por poseer ésta un cuerpo doctrinal y teórico muy escaso dependiente de otras áreas de conocimiento. Realizadas de forma independiente, tendrán dos consecuencias inmediatas. En primer lugar, se podrá mejorar la calidad de la asistencia al aumentar el conocimiento de los temas y, en segundo lugar, algún día se logrará una tematización y formulación de teorías específicas.

B) Funciones delegadas

Las funciones delegadas son las que asume el personal de enfermería por delegación de otros profesionales del equipo. Con frecuencia, en la práctica resulta difícil establecer el límite preciso entre lo propio y lo delegado. La indefinición de funciones en la profesión hace que algunas tareas que tradicionalmente han sido delegadas, hoy son desconocidas por aquellos que delegaban, razón por la que pueden considerarse como propias de enfermería, ya que desde los puntos de vista filosófico y jurídico nadie puede

delegar funciones que desconoce.

C) Funciones de colaboración

Las funciones de colaboración son aquellas en las que el personal de enfermería participa en equipo con uno o varios miembros del grupo. Son tareas que suelen estar en concordancia no sólo con su titulación, sino también con su capacitación y talante personal.

8.5. Etapas de la relación entre el profesional de enfermería y el enfermo mental

Hasta ahora se ha descrito a nivel teórico la relación del profesional de enfermería con enfermos, familia, comunidad y equipo. A continuación, se procede a analizar los aspectos técnicos, entendiendo este término en su acepción de pericia o habilidad, no en el sentido de tecnología (ciencia aplicada), ni de actividad artesanal.

Se pretende que, a través de esta sistematización, el profesional de enfermería comprenda la importancia que tiene su relación con los pacientes, aumentando su responsabilidad ante ella y aceptando sus propias limitaciones. Todos estos elementos pueden tener un importante valor al favorecer una psicoterapia inespecífi-ca, siempre beneficiosa.

Tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, suelen identificarse tres fases: de acogida, de trabajo y de despedida.

8.5.1. Fase de acogida

Ocupa el período de la primera o primeras entrevistas que deben realizarse en un clima de interés y afecto y en un ambiente reservado y sereno. Una acogida cordial, en la que se desarrolle un diálogo amplio y libre, puede tener un carácter de impronta favorable, por lo que, siempre que sea posible, habrá que derrochar tiempo en ella. De esta forma, por medio de la palabra, a través de la anamnesis psico-biográfica, podrá propiciarse cierta catarsis con los elementos de purificación y desahogo propios de este fenómeno. Este diálogo debe incluir un manejo oportuno y adecuado del silencio. Laín Entralgo afirma que el silencio debe ser "atento y acogedor, como un regazo abierto significativamente para el que habla y sólo para él". Obviamente, será necesario cuidar las formas de expresión paraverbales o paralin-guísticas que puedan distorsionar la relación iniciada.

8.5.2. Fase de trabajo

Se sucede de forma paulatina y no brusca, por lo que en la práctica puede resultar artificiosa su delimitación en el tiempo. Durante ella, a nivel operativo, se realizan los cuidados y colaboraciones, debiéndose mantener el clima de afecto y confianza previos.

Existen en esta fase varios aspectos que merecen una atención especial. La relación manual con el enfermo, con frecuencia imprescindible, es uno de ellos. Sabemos que el sentido de la vista nos proporciona una impresión de presencia, mientras que el tacto, además, nos aporta percepción de resistencia, lográndose a través de él una convicción de realidad muy superior. Necesariamente el enfermo ha de ser tocado y con ese contacto ha de procurarse, siempre que sea posible, una vivencia de relajación, alivio y afirmación. En el caso de que la exploración o cura puedan resultar dolorosas, una información previa oportuna, y afectuosa, puede resultar altamente positiva.

La relación del enfermo con instrumentos exploratorios o terapéuticos es cada vez más compleja, frecuente e intensa. Con el desarrollo tecnológico, los aparatos han pasado de ser simples elementos auxiliares a ser recursos de gran valor, que en determinadas unidades adquieren un significado muy especial. Siempre que sea posible, el personal de enfermería ha de proporcionar al paciente una explicación clara y concisa de la función de estos aparatos, de forma que adquieran un claro sentido de recursos, sin transformarse en objetos mágicos o auténticos muros de separación.

Las colaboraciones exploratorias y terapéuticas del profesional de enfermería con otros miembros del equipo psiquiátrico y con otros facultativos son necesarias, por lo que han de realizarse de manera coordinada.

La administración de psicofármacos ocupa gran parte del tiempo del personal de enfermería. Por esta razón, resulta oportuno recordar que se han descrito acciones psicológicas en la farmacoterapia, independientes y diferenciadas de las específicamente farmacodinámicas. El efecto terapéutico de un medicamento no sólo depende de su acción farmacológica, sino de quién lo ha prescrito, de cómo fue prescrito, de la información dada sobre efectos desfavorables, precio, vía de administración, texto del prospecto, comentarios efectuados durante la administración, etc. En todos estos aspectos, el profesional de enfermería tiene un importante papel, ya que una actitud recelosa, insegura o crítica puede disminuir el efecto de la droga.

El personal de enfermería también ha resultado ser un agente valiosísimo en los programas de farmacovigilancia, que son sistemas de identificación y cuantifi-cación de efectos adversos de los medicamentos.

8.5.3. Fase de despedida

Siempre que sea posible, el paciente ha de tener conocimiento del día y hora de su alta y el porqué de ella. Queda dicho que es el momento de hacer una valoración final,

aceptando un análisis crítico por parte del enfermo, lo que posibilitará una mejor asistencia en futuras actuaciones.

8.6. Perturbaciones en la relación entre el profesional de enfermería y el enfermo mental

Las perturbaciones en la relación son frecuentes en todo tipo de enfermos y especialmente en los psíquicos. El personal de enfermería debe conocerlas y manejarlas adecuadamente en colaboración con otros miembros del equipo psiquiátrico. Las más frecuentes son la angustia, regresión, llanto, hostilidad, dependencia e indiferencia. Todas ellas tienen un sentido de mecanismo defensivo, por lo que su desestructuración exige conocimientos de tipo dinámico y ha de realizarse en colaboración con el equipo.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ADAM, E.: *Hacia dónde va la enfermería*. Interamericana. México, 1982.

BOBES GARCÍA, J.: *Formación psicológica y psiquiátrica del profesional de enfermería en el hospital*. Colegio oficial de Enfermería. Oviedo, 1987.

LAÍN ENTRALGO, P.: *Antropología médica*. Salvat. Barcelona, 1985.

LAÍN ENTRALGO, P.: *La relación médico-enfermo*. Alianza Editorial. Madrid, 1983.

REYNAUD, M. y JEAMMET, P.: *Manual de psicología médica*. Masson. Barcelona, 1989.

Parte II

Cuidados de enfermería de los trastornos psiquiátricos y la salud mental

9

Trastornos esquizofrénicos

OBJETIVOS

- Definir términos usados normalmente en el diagnóstico de la esquizofrenia.
- Conocer los diferentes sistemas de clasificación de la esquizofrenia.
- Comentar las diferentes teorías causales de la esquizofrenia.
- Aplicar el PAE a pacientes con esquizofrenia.
- Identificar diagnósticos de enfermería apropiados a cada subtipo de esquizofrenia.
- Desarrollar unos cuidados de enfermería apropiados para el enfermo esquizofrénico.
- Resaltar la importancia de la intervención de enfermería en la rehabilitación del enfermo esquizofrénico.

9.1. Concepto de esquizofrenia

El término *esquizofrenia* fue acuñado por Eugen Bleuler (1911), aunque quien la definió por primera vez fue Emil Kraepelin (1896), que la denominó *dementia praecox*,

diferenciando los tipos hebefrénico, catatónico y paranoide.

Con el nombre de esquizofrenia se designa un grupo de trastornos de etiología desconocida y curso crónico, cuyo núcleo común es la alteración de la vida psíquica en sus diferentes niveles: pensamiento, afectividad, vida de relación, conducta, y percepción de la realidad. Se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos.

9.2. Características psicopatológicas

A continuación se estudia la psicopatología básica y las alteraciones que se pueden dar en la esquizofrenia:

- *Trastornos del pensamiento:* En lo que se refiere al contenido, el fenómeno capital es el *delirio primario*, entendido éste como las ideas erróneas engendradas patológicamente incorregibles e irrebatibles a todo argumento lógico. El enfermo se sentirá perseguido, acorralado, amenazado de muerte por personas o grupos de identidad desconocida, víctima de un complot.

  Según Conrad el delirio se va estructurando progresivamente, comienza como un estado de ánimo con sentimiento de extrañeza y pérdida de libertad *(fase de trema)*, a continuación se empiezan a dar nuevas significaciones a sucesos hasta entonces tenidos como normales, con percepciones y representaciones delirantes *(apofanía)*. Cuando el paciente tiene la sensación de que todo gira en torno a él, se habla de *anastrophé*, y, por último, Conrad define la *fase apocalíptica*, en la que la persona se desectructura, con una desintegración general de todas sus funciones.

  Dentro de las alteraciones del curso las más características son: el *pensamiento disgregado*, en el que hay una ruptura de las asociaciones normales, siendo el discurso incomprensible en su conjunto (aunque lo pueda ser parcialmente); el *bloqueo del pensamiento* o interrupción brusca del flujo verbal, y el *pensamiento perseverante*, en el que hay una incapacidad para cambiar de tema, se da sobre todo en psicóticos residuales.

  También son frecuentes los *neologismos*, palabras que el enfermo inventa (nuevas palabras) y la *ecolalia*, que es la repetición de palabras o frases pronunciadas por el interlocutor.

- *Alteraciones de la sensopercepción:* Están representadas por las *alucinaciones*, definidas como la percepción sin objeto que percibir, que el paciente toma como reales. Las más frecuentes son las auditivas: el paciente oye voces que le llaman, le amenazan e insultan, etc. También pueden ser corporales o cenestésicas, visuales, olfatorias y gustativas.

  Pueden presentarse fenómenos de extrañeza de la percepción, dentro de los que se encontraría la *desrealización:* el entorno aparece como irreal,

extraño o insólito. Cuando este sentimiento de extrañeza afecta al propio sentimiento de sí, al propio Yo, se habla de *despersonalización*.

- *Alteraciones de la afectividad:* El *embotamiento afectivo* o aplanamiento afectivo, la afectividad inapropiada y la *ambivalencia afectiva* son comunes en casi todos los pacientes. Cuando remite la sintomatología queda una dificultad para establecer los vínculos afectivos con la misma fluidez y transparencia que antes.
- *Alteraciones de la psicomotricidad:* Van desde la *agitación psicomotriz* al *estupor* de la esquizofrenia catatónica. La inhibición motora se puede manifestar como *flexibilidad cérea*, en la que el enfermo se queda y mantiene la postura que le pone el observador.

  También son frecuentes la *ecopraxia* (el paciente repite los movimientos de otras personas) y las *estereotipias motoras*.
- *Trastornos de conducta:* Aparecen *conductas excéntricas* o inapropiadas, utilizando en ocasiones un lenguaje encumbrado. En ocasiones, pueden presentar *conductas agresivas*.

9.3. Diagnóstico

Es necesario establecer unos criterios operativos que aumenten la fiabilidad diagnóstica. Los criterios diagnósticos más utilizados actualmente son los del DSM-III-R (APA, American Psychiatric Association), y los de la CIE-10 (OMS). Ambas coinciden en la necesidad de la presencia de los síntomas psicóticos característicos durante un período mínimo: una semana (DSM-III-R) y un mes de forma más o menos ininterrumpida (CIE-10). Pero para el DSM-III-R una enfermedad, además de cumplir estos criterios, debe tener una duración mínima de seis meses para poder ser diagnosticada como esquizofrenia.

9.4. Subtipos de esquizofrenia

No existe una forma de presentación determinada, la esquizofrenia es compleja y tiene muchas presentaciones, que se agrupan en diferentes subtipos (cuadro 9.1).

CUADRO 9.1
Subtipos de esquizofrenia

ESQUIZOFRENIA	CARACTERÍSTICAS ESENCIALES
Paranoide	Ideas delirantes y/o alucinaciones auditivas centradas en un tema.
Hebefrénica (desorganizada)	Afecto inapropiado y superficial. Conducta desorganizada. Delirios transitorios y fragmentados.
Catatónica	Conductas de estupor, mutismo, negativismo, rigidez, agitación psicomotriz, adopción de posturas.
Simple	Comportamiento extravagante, empobrecimiento afectivo y social, ausencia de alucinaciones y delirios.
Residual	Síntomas negativos y de deterioro tras una evolución progresiva de la enfermedad.

- *Esquizofrenia paranoide:* Es el tipo más frecuente. En este estado predominan las ideas delirantes, sobre todo de persecución y referencia, aunque también pueden darse delirios de celos, grandiosidad o fantásticos. Se suelen acompañar de alucinaciones, en especial de tipo auditivo. La afectividad suele estar menos embotada que en los otros subtipos. Con frecuencia, los individuos se muestran irritables, recelosos y suspicaces. Su comienzo suele ser más tardío que las formas hebefrénica y catatónica.
- *Esquizofrenia hebefrénica (desorganizada):* En ella lo más importante son los trastornos afectivos, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentadas, siendo frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas. Es la forma de inicio más precoz (15-20 años), y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de los síntomas negativos.
- *Esquizofrenia catatónica:* La característica predominante y esencial de este subtipo es la presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor, o de la obediencia mecánica al negativismo. Los sujetos que la sufren pueden presentar amaneramiento y esterotipias motoras. También pueden mantener posturas impuestas o flexibilidad cérea durante largos períodos, así como presentar de forma brusca agitación intensa.
- *Esquizofrenia simple:* Se trata de un trastorno poco frecuente en el que se presenta un desarrollo insidioso y progresivo de un comportamiento extravagante, incapacidad para adaptarse a las demandas sociales y una disminución del rendimiento general. No hay alucinaciones ni delirios, no siendo el cuadro tan claramente psicótico como los anteriores. Hay un creciente empobrecimiento afectivo y social, presentando rasgos característicos de la esquizofrenia residual sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claros durante la enfermedad.
- *Esquizofrenia residual:* Se trata de una categoría en la que se incluyen aquellos esquizofrénicos crónicos que han sufrido una evolución progresiva de la enfermedad y presentan síntomas fundamentalmente negativos y de

deterioro persistente.

El DSM-III-R incluye además el *subtipo indiferenciado*, que es una categoría para los pacientes que no cumplen los subtipos anteriores. Aunque el término ha sido bien aceptado, se ha usado de una manera indiscriminada.

9.5. Epidemiología

En términos tanto de coste social como personal la esquizofrenia es una de las enfermedades más importantes. La prevalencia por vida es del 1%. La edad de comienzo más frecuente es entre los 15 y los 35 años, siendo rara antes de los 10 y después de los 40.

Ha habido multitud de estudios que confirman una relación inversa entre riesgo de esquizofrenia y clase social (Eaton, 1985).

9.6. Teorías causales

A) Biológicas

- *Genéticas:* La evidencia de la contribución genética en la esquizofrenia parte de:
  - Estudios familiares han confirmado la existencia de una mayor prevalencia de la enfermedad entre los familiares de los pacientes esquizofrénicos. El riesgo de padecer la enfermedad aumenta considerablemente cuando dos o más familiares están afectados.
  - Estudios de concordancia de gemelos, que encuentran una alta tasa para los monocigóticos frente a los dicigóticos (Kendler, 1982; Gottesman y Shields, 1982).
  - Estudios de adopción: Dan una mayor importancia a los padres biológicos que a los de adopción (Kety y Rosenthal, 1971).
- *Bioquímicas:*
  - Teoría dopaminérgica: Es la más aceptada. La enfermedad se debería a un aumento de dopamina (DA) en las sinapsis. Esta teoría surge al observarse los efectos beneficiosos de los neurolépticos. Éstos actuarían sobre el tracto mesolímbico disminuyendo la DA aumentada (Carlsson, 1959, 1988).
  - Disminución de la MAO plaquetaria: Como consecuencia, las catecolami-nas no se degradarían normalmente y se acumularían en exceso (Wiat, 1973; Yeste, 1982).

B) Familiares

Los estudios familiares, más que estudios etiopatogénicos sobre la esquizofrenia, son una nueva dimensión que hay que tener en cuenta en la multiciplidad de este cuadro.

Reichmann (1948) acuña el término de *madre esquizofrenógena* para referirse a una madre dominante, agresiva, pero insegura.

Lidz (1972) refiere que la esquizofrenia sería un modo de vida adoptado por el paciente para escapar de los conflictos irracionales a los que le somete la familia.

La teoría del *doble vínculo* sugiere que el esquizofrénico recibe mensajes contradictorios y ambivalentes por parte de sus progenitores, fundamentalmente la madre, lo que le impide desarrollar unos modelos adecuados de comunicación.

Diversos estudios han relacionado las recaídas en los enfermos esquizofrénicos con la mayor hostilidad y comentarios críticos por parte de las familias. A mayor *expresión emocional* (EE) mayor número de recaídas (Waughn y Leff, 1976).

C) Socioculturales

La esquizofrenia afecta con mayor frecuencia a las personas de clases sociales más bajas. Existen dos teorías que intentan explicar este hecho:

- Teoría de la *corriente descendente*, según la cual los miembros marginales de la sociedad transmiten los aspectos más pobres del conjunto genético.
- Teoría del *estrés*, que postula que el estrés a que están sometidos los individuos de estas clases más bajas (mala alimentación, viviendas sin condiciones higiénicas, conflictividad familiar, etc.) satura los recursos adaptativos de la persona.

D) Psicoanalíticas

Las teorías psicodinámicas se caracterizan por dos modelos básicos:

- *Modelo de déficit:* Hace referencia a la carencia de capacidad cognitiva e integradora del niño preesquizofrénico, que le impediría internalizar sus experiencias con la madre.
- *Modelo de conflicto:* Hace referencia a un conflicto intrapsíquico precoz y grave, diferente al neurótico.

Freud suponía un déficit madurativo del esquizofrénico, con una fijación o una *regresión a la etapa oral*.

Todas las teorías han aportado conocimientos sobre el origen de esta enfermedad tan heterogénea, y cada vez más se tiende a pensar con una visión integradora en una *etiología multicausal* de la esquizofrenia.

9.7. Tratamiento médico

La aparición de los fármacos antipsicóticos o neurolépticos en la década de los cincuenta supuso un cambio radical en el tratamiento de la esquizofrenia, produciéndose una desinstitucionalización de los enfermos psicóticos, que pasaron a llevar un tratamiento fundamentalmente ambulatorio.

Un neuroléptico es un fármaco que produce disminución de la agitación psicomotriz, el comportamiento agresivo y la tensión emocional; que actúa sobre las alteraciones de la sensopercepción (ideas delirantes y alucinaciones) y que mejora la conducta catatónica y el trastorno del Yo en la esquizofrenia.

Hay diversos fármacos antipsicóticos con una eficacia clínica similar a las dosis equivalentes (cuadro 9.2). Unos son más sedantes que otros y presentan efectos secundarios con mayor o menor intensidad, siendo estas dos razones, en función de las necesidades y características del paciente, las que determinen su elección.

CUADRO 9.2
Fármacos antipsicóticos

NEUROLÉPTICO	NOMBRE COMERCIAL	POTENCIA RELATIVA
Clorpromacina	Largactil	100 mg
Trifluoperacina	Siquil	25 mg
Levomepromacina	Sinogán	25 mg
Tioridacina	Meleril	100 mg
Perfenacina	Decentan	8 mg
Trifluoperacina	Eskacine	5 mg
Haloperidol	Haloperidol	2,4 mg
Pimocide	Orap	1,2 mg
Clotiapina	Etumina	20 mg
Clozapina	Leponex	79 mg
Loxapina	Desconex	9,2 mg
Tiotixeno	Navane	3,2 mg
Sulpiride	Dogmatil	400 mg

Existen *neurolépticos de acción retardada*, cuyas características son:

- Administración intramuscular.
- Acción duradera de dos a cuatro semanas.
- Permiten reducción del neuroléptico oral.

– Seguridad de administración y dosificación.
– Administración ambulatoria.

El personal de enfermería debe conocer los efectos secundarios y posibles reacciones adversas que este tipo de fármacos pueden producir (cuadro 9.3). La aparición o no de estas reacciones va a depender de la idiosincrasia de cada paciente. Las dosis que requiere cada persona son muy variables, de tal manera que una dosis baja de un determinado neuroléptico puede desencadenar un cuadro extrapirami-dal agudo en un paciente con mayor sensibilidad a este tipo de psicofármacos.

El abordaje psicofarmacológico de la enfermedad es fundamentalmente sinto-matológico, no curativo, ya que al disminuir la angustia y los síntomas psicóticos, ello permite al paciente la contención necesaria para acercarse a la "normalidad".

Es necesaria una orientación terapéutica secuencial que incluya: farmacotera-pia, terapia psicológica de apoyo individual, grupal y familiar, y programas de rehabilitación social dada la naturaleza y evolución crónica de la enfermedad.

9.8. Cuidados y atención de enfermería

La intervención de enfermería debe basarse en una *valoración* completa tanto de las necesidades como de las capacidades del paciente esquizofrénico.

CUADRO 9.3

Efectos secundarios de los neurolépticos

SÍNTOMAS A CORTO PLAZO	SÍNTOMAS A LARGO PLAZO
Extrapiramidales • Distonías agudas • Acatisia (inquietud, movimientos, piernas) • Parkinsonismo *Vegetativos* • Visión borrosa • Estreñimiento • Retención urinaria • Taquicardia • Sequedad de boca *Cardíacos* • Alteraciones de ritmo • Hipotensión *Endocrinos* • Galactorrea • Amenorrea • Impotencia *Psíquicos* • Depresión • Pasividad/Desinterés • Cuadros confusionales *Síndrome neuroléptico maligno* • Inicio brusco • Hipertermia • Disnea • HTA • Taquicardia • Cianosis • Disminución del nivel de conciencia; coma.	*Extrapiramidales* • Discinesia tardía: – Movimientos orolinguo-faciales (chupeteo, protusión de la lengua, parpadeo, etc.). – Movimientos coreiformes de extremidades y tronco. – Movimientos bruscos de hombros. – Inclinación hacia delante de pelvis; balanceo.

La entrevista con el paciente es frecuentemente difícil en el enfermo esquizofrénico en fase aguda, siendo la observación minuciosa de los comportamientos del paciente por parte del personal de enfermería una fuente fundamental a la hora de la valoración. Asimismo, los datos facilitados por los miembros de la familia son, en este tipo de enfermos, de vital importancia.

Debe obtenerse una historia general de enfermería que además de las observaciones relacionadas con la conducta propia de la enfermedad, recoja: su historia social y de comportamiento (personalidad habitual, desarrollo psicomotriz, escolarización, relación social, familiar y laboral), edad de comienzo de la enfermedad, número de ingresos previos y duración de éstos (si los hubo), medicación que toma, estado de salud general (¿ha ganado peso?, ¿cúanto?, ¿se marea?, ¿tiene temblores?, ¿presenta visión borrosa?, ¿tiene estreñimiento?, ¿cómo duerme?, etc.).

También se debe realizar una *valoración física*, comenzando por la toma de los signos vitales, presión arterial y pulso (frecuencia y ritmo).

Durante el episodio agudo el profesional de enfermería ha de estar alerta sobre la presencia de dilatación pupilar, transpiración exagerada, trastornos del equilibrio, marcha atáxica, movimientos parecidos a los del Parkinson, hipotensión ortostática, cambios de

ritmo cardíaco y distonías agudas.

9.8.1. Diagnóstico

El plan de cuidados de enfermería para enfermos con un brote esquizofrénico agudo se basa en unos diagnósticos de enfermería específicos para cada paciente. Los principales diagnósticos de enfermería son los relacionados con los síntomas psiquiátricos de la esquizofrenia: pensamientos y percepciones alterados y falta de contacto con la realidad (cuadro 9.4).

CUADRO 9.4
Diagnósticos de enfermería y subtipos de esquizofrenia

ESQUIZOFRENIA	DIAGNÓSTICO
PARANOIDE	• Alteración de los procesos del pensamiento relacionada con la psicosis.
	• Alteración senso-perceptual (auditiva, visual etc.)
	• Potencial de violencia hacia sí mismo o hacia otros, relacionado con la psicosis.
	• Ansiedad por reducción de contacto con la realidad.
	• Ansiedad relacionada con la adaptación al ambiente hospitalario.
	• Comunicación verbal dañada relacionada con pensamiento psicótico desorganizado.
	• Alteración potencial de la integridad cutánea relacionada con sujeción física secundaria a la psicosis.
HEBEFRÉNICA/	• Aislamiento social.
DESORGANIZADA	• Enfrentamiento individual ineficaz relacionado con incapacidad de adaptación a demandas sociales.
	• Alteración de procesos del pensamiento.
	• Comunicación verbal dañada relacionada con pensamiento desorganizado.
CATATÓNICA	• Movilidad física dañada relacionada con la psicosis.

	• Comunicación verbal dañada relacionada con actitud nega-tivista o inhibición psicomotora.
	• Déficit de autocuidado total relacionado con la psicosis.
	• Alteración de la nutrición, menos de lo requerido.
	• Alteración de la función intestinal: estreñimiento, relacionado con descenso de la movilidad.
	• Potencial de daño de la integridad de la piel relacionado con inmovilidad física.
RESIDUAL	• Aislamiento social relacionado con comportamiento regresivo.
	• Comunicación verbal dañada relacionada con deterioro de la capacidad de comunicación.
	• Déficit de actividad de expansión relacionado con aislamiento social y falta de interés.
	• Incapacidad para responsabilizarse de su salud relacionado con trastorno crónico del pensamiento.
	• Alteración del proceso familiar.
	• Déficit de autocuidado relacionado con trastorno crónico del pensamiento.
	• Enfrentamiento individual ineficaz relacionado con incapacidad para asumir las demandas de la vida.

9.8.2. Cuidado estándar del paciente con esquizofrenia aguda

El marco más apropiado para el cuidado del enfermo con un episodio de esquizofrenia aguda es el hospitalario. A la dificultad de cuidar a un enfermo que está fuera de la realidad se añade, casi siempre, la falta de colaboración por parte del paciente.

Para planificar unos cuidados generales, y siguiendo a Maslow, se debe establecer una jerarquía de necesidades, comenzando por las más básicas:

- *Necesidades físicas:* Es responsabilidad del profesional de enfermería cubrir las necesidades físicas hasta que el paciente sea capaz de asumir su

autocuidado.

- *Seguridad:* Valorar el potencial de violencia tanto hacia sí mismo como hacia los demás. Retirar objetos dañinos del entorno, observar de cerca al enfermo, permanecer tranquilo, poner límites a los episodios violentos y, si es preciso, utilizar la contención mecánica.
- *Reducir su ansiedad:* Con frecuencia el paciente presenta una gran ansiedad, ya que suele tener ideas referenciales de perjuicio y/o persecución. Esta ansiedad puede estar aún más aumentada como consecuencia del ingreso. El profesional de enfermería debe asegurar la tranquilidad del enfermo y establecer una relación de confianza, intentando orientarlo y promocionar el contacto con la realidad con mensajes simples: "estás en un hospital", "yo soy quien te atiende", "es normal que te encuentres nervioso", "todos los enfermos lo están al comienzo del ingreso".
- *Poner límites al comportamiento inaceptable:* Puede ser útil ofrecer alternativas al comportamiento del enfermo.
- *Ayudar al paciente a expresar sentimientos y a aprender mecanismos de enfrentamiento y adaptación más eficaces:* Una vez más esto va a depender de la relación de confianza que se establezca con el enfermo. Éste a menudo está cerrado en su mundo y se va a mostrar poco comunicativo y con tendencia al aislamiento. Por ello, es tremendamente importante fomentar y cultivar el interés por cualquier actividad que parezca interesarle, solicitando su colaboración en las actividades de la sala.

Es también deber del personal de enfermería el control y la administración de la medicación, así como el conocimiento de los efectos secundarios de ésta. Ha de establecer planes de cuidados para diagnósticos concretos (por ejemplo, en la alteración del ritmo intestinal: estreñimiento) o informar de inmediato al médico ante la sospecha de aparición de cualquier efecto secundario grave. Debe prestar especial atención a los síndromes extrapiramidales, tanto a corto como a largo plazo.

9.8.3. Evaluación

Es necesario marcarse unos objetivos a corto y a largo plazo. Los primeros deben ser lo más concretos posibles, y son los que indicarán si la intervención está siendo eficaz o no. En caso de que no se estén cumpliendo habrá que modificar el plan de cuidados.

No hay que olvidar que ésta es una enfermedad crónica, por lo que los objetivos a largo plazo van a requerir una gran dosis de paciencia y dedicación.

9.8.4. Rehabilitación

El abordaje psicosocial es fundamental, ya que, como señala L. Hall, va a ser en la prevención y rehabilitación donde pueda intervenir de una manera más activa y autónoma el profesional de enfermería realizando labores de educación y ayuda para la adquisición de capacidades sociales y personales.

Además de potenciar la autoestima mediante terapias de apoyo, y enseñar al paciente a "vivir con su enfermedad" para que alcance la mayor autonomía posible, es fundamental la intervención a nivel familiar.

Cada vez hay más estudios que demuestran una relación directa entre recaídas y hostilidad familiar (expresión emocional). Las terapias de apoyo familiar intentan fundamentalmente modificar la conducta de los familiares hacia el paciente mediante métodos educativos que favorezcan la adquisición de habilidades por parte de éstos para un mejor manejo de la enfermedad.

Las terapias de educación familiar, ocupacional y de apoyo, así como el seguimiento domiciliario son ejemplos de la intervención activa que el personal de enfermería puede y debe desarrollar a este nivel.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

BARCIA, D.; LÓPEZ-IBOR, J. J. y RUIZ, C: *Psiquiatría*, vols. I y II. Toray. Barcelona, 1982.

BERNARD, P.: "El comportamiento de los esquizofrénicos y su tratamiento", en P. BER-NARD, *Manual del ATS psiquiátrico*. Toray-Masson. Barcelona, 1977.

COOK, J. S.: "Trastornos esquizofrénicos", en J. S. COOK y K. L. FONTAINE, *Enfermería psiquiátrica*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1990.

KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J.: *Tratado de psiquiatría*, vols. I y II. Salvat. Barcelona, 1989.

STUART, G. W. y SUNDEEN, S. J.: "Alteraciones de las relaciones sociales", en STUART-SUNDEEN, *Enfermería psiquiátrica*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1992.

VALLEJO RUILOBA, J.: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Salvat. Barcelona, 1987.

10

Trastornos de ideas delirantes persistentes

OBJETIVOS

- Evolución histórica del concepto de trastorno delirante persistente (paranoide).
- Estudio de los factores causales que intervienen.
- Tipos de delirios más importantes y rasgos diferenciales con respecto a otros trastornos psiquiátricos con actividad delirante.
- Intervenciones y actitudes del profesional de enfermería ante el enfermo con trastorno delirante persistente.

10.1. Concepto de trastorno de ideas delirantes

Kaplan y Sadock definen el *trastorno delirante* (delusorio) como aquél cuya principal manifestación, si no la única, es una idea delirante (delusión) fija e inmodificable, conocida antes como "trastorno paranoide". Talbott indica como características de la ideación delirante el ser predominante, monotemática y sistematizada, de contenido no extraño, acompañada de un afecto apropiado a tal ideación y sin la existencia de un deterioro manifiesto de la personalidad.

Clásicamente estos trastornos fueron identificados con el término *paranoia*, etimológicamente procedente del griego *para-nous*, que significaba una mente detrás de sí mismo. El término adquiere gran relevancia en psiquiatría durante el siglo pasado, gracias a los autores de la escuela alemana, que lo manejan dentro del estudio del delirio de persecución y grandeza (Lewis, 1970). Realmente, se utiliza por primera vez en una lengua viva en el año 1772 y posteriormente se divulga en la publicación de Heinroth de 1818. Kahlbaum, en el año 1863, describe con el término *paranoia* la condición delirante crónica. Seglas lo utiliza en 1895 para referirse a los deliriros que tengan la condición de estar sistematizados. Por su parte, Kraepelin, en 1896, diferencia la "paranoia" de la *dementia praecox* (esquizofrenia) haciendo hincapié en el curso longitudinal de aquel trastorno y restringiéndolo, al igual que Seglas, a las ideas delirantes sistematizadas. Así entiende la *parafrenia* como una entidad intermedia entre la esquizofrenia y la paranoia, caracterizándola por la presencia de delirios sistematizados sin remisión, con alucinaciones y sin evolución al deterioro. Más adelante, Bleuler da la siguiente definición de "paranoia": "la construcción a partir de premisas falsas de un sistema de ideas delirantes lógicamente desarrolladas, interrelacionadas e inconmovibles y sin perturbación de otras funciones".

Es tradicional en la escuela francesa, fundamentalmente parisina, que la paranoia figure como una patología del carácter o personalidad, empleando este término como adjetivo sustantivado (paranoide), y que debe diferenciarse de los casos en que existen anomalías previas de la personalidad, pero sin presencia de delirio manifiesto, que sería propiamente paranoia.

La psiquiatría americana mantiene los criterios de la escuela alemana y fundamentalmente de Kraepelin, aunque sus representantes inciden en los aspectos reaccionales y comprensibles de la paranoia en cuanto a situaciones que intervienen en su génesis (Meyer, 1931).

Actualmente, en los países nórdicos se hace hincapié en el papel del estrés y de la vulnerabilidad de la personalidad como determinantes de las manifestaciones psicopatológicas, englobando así los conceptos de paranoia según la psiquiatría actual americana: trastorno esquizofreniforme y trastorno esquizo-afectivo.

Winokur sostiene que dado que el término paranoia se utilizaba casi en exclusiva para referirse al delirio de persecución, fuera eliminado para ser sustituido por el de trastorno delirante, ya que la ideación delirante en los trastornos paranoides no se limita a los contenidos de persecución y celotípicos. Tal idea será recogida en las nuevas clasificaciones de los trastornos psiquiátricos.

10.2. Epidemiología

La complejidad que define a este trastorno determina que su estudio epidemiológico sea asimismo difícil. Kendler realiza un estudio retrospectivo analizando 17 trabajos al respecto. Aporta como resultados que el trastorno delirante supone entre el

2 y el 4% de los ingresos psiquiátricos y del 2 al 7% de los ingresos por psicosis funcionales. Obtiene una incidencia de primeros ingresos de un 13/100.000 y año y una prevalencia entre el 24 y 30/100.000.

El perfil característico de este trastorno sería el de una enfermedad propia de la edad media del adulto, con una frecuencia máxima de ingresos entre los 35 y 55 años, de predominio femenino, casados en un 60-75%, de *status* socioeconómico bajo, y a menudo inmigrantes. Dicho perfil ya indica diferencias con respecto a los trastornos de tipo esquizofrénico.

Por su parte, Winokur presenta un estudio que refleja el dato obtenido ya por Kraepelin acerca del predominio masculino de este trastorno, siendo el medio socioeconómico de procedencia generalmente satisfactorio y con una evolución psiquiátrica de cuatro años antes del primer ingreso.

En las estadísticas médicas de los centros psiquiátricos del INSERM (Francia) aparece la paranoia dentro de las personalidades patológicas y, por otra parte, en los delirios crónicos no esquizofrénicos. En el primer caso se corresponde con el 5% de los trastornos del carácter y en el segundo se acerca al 12%.

Estos datos son poco fiables dado que no existen estudios rigurosos en población general, lo cual conduce a que los pacientes no ingresados o no diagnosticados en las instituciones no consten en tales investigaciones, por lo que sería conveniente tener en cuenta tales razones para concluir en resultados epidemiológicos contrastados.

10.3. Etiopatogenia

Los conocimientos acerca de las causas de los trastornos delirantes son escasos y la mayor parte de las teorías comprenden factores genéticos, psicológicos y ambientales.

A) Factores genéticos

Desde el punto de vista de los estudios genéticos la hipótesis de que los trastornos paranoides son un subtipo de esquizofrenia no ha resultado confirmada, ni tampoco se ha encontrado relación con las enfermedades afectivas.

Los estudios realizados en familiares de pacientes con trastorno paranoide, así como los efectuados en familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, han indicado que no hay relación entre ambos grupos de trastornos. Idénticos resultados ha aportado el reanálisis, dirigido a evaluar el riesgo de trastorno delirante en los sujetos, del estudio de adopción danés de la esquizofrenia. Los trastornos afectivos también presentan una escasa frecuencia en las familias de los pacientes con psicosis paranoide.

Algunos estudios defienden la existencia de una determinada personalidad o de una tendencia psicológica a experimentar ideas delirantes sobre una base genética. Estas hipótesis se fundan en el hallazgo de una mayor acumulación de sentimientos de inferioridad en los familiares de pacientes paranoides y en estudios de gemelos

monocigóticos que indican una estrecha unión entre el desarrollo del trastorno y la personalidad denominada por Kretschmer "hipersensitiva", que se constituiría en el principal factor de riesgo.

B) Factores psicológicos

El psicoanálisis clásico sostuvo la hipótesis de que se trataría de sujetos con una homosexualidad inconsciente de la que se defenderían mediante los mecanismos defensivos de renegación y proyección. La relación con la homosexualidad inconsciente no se ha podido demostrar y no se puede mantener hoy. La importancia del modelo de Freud estriba en el concepto de proyección y en su idea de la aparición de síntomas como defensa contra los impulsos inconscientes. Mediante el mecanismo de proyección, el sujeto atribuye al mundo exterior las causas de aquellas sensaciones que no quiere reconocer en sí mismo.

Un papel primordial desempeñan los acontecimientos vitales negativos. Estas personalidades vulnerables (caracterizadas por una especial sensibilidad a las reacciones de los demás, desconfianza y sentimientos de inferioridad y de profunda inadecuación en todas las áreas de relaciones interpersonales) ante el cúmulo de frustraciones, fracasos o experiencias personales negativas pueden traspasar el límite de la realidad, culpabilizando y proyectando sobre los demás su autoestima negativa. Así llegan a la convicción de ser objeto de una atención especial por parte de los demás, de estar siendo perseguidos o ser víctimas de un complot. En este proceso, el sujeto selecciona de la realidad aquel material que apoye sus ideas y encaje lógicamente en sus creencias, de modo que, sobre la base de una realidad distorsionada, todos los acontecimientos se conectan creando sistemas delirantes bien estructurados; es lo que se denomina *delirio sistematizado*.

C) Factores ambientales

La importancia del estrés psicosocial en el desarrollo de los trastornos delirantes ha sido comprobada en multitud de trabajos, destacando como especialmente favorecedoras las situaciones de emigración y aislamiento social.

10.4. Clínica

Las manifestaciones que caracterizan este trastorno consisten primordialmente en la presencia de ideas delirantes no extrañas, de duración superior a un mes y relacionadas con hechos propios de la realidad. Generalmente son monotemáticas o bien de temas que guardan cierta relación entre sí.

La escuela francesa divide en tres grandes grupos la actividad delirante correspondiente a este trastorno:

A) Delirios pasionales y de reivindicación

Son descritos por Clérambault, que los caracteriza por:

- Exaltación de la vida afectiva.
- Idea predominante que condiciona toda la actividad psicológica en torno a ella.
- Su desarrollo en sector, siendo el delirio una especie de cuña que penetra en la realidad del paciente.

DELIRIO DE REIVINDICACIÓN

Es el más conocido. Presenta diferentes manifestaciones. Así, aparecen los querellantes caracterizados por creer que son víctimas de la injusticia de los demás; los inventores, caracterizados por creer que sus derechos acerca de sus descubrimientos son usurpados por otros; y los apasionados idealistas, que creen en la existencia de nuevos sistemas políticos de paz universal y por los que luchan de forma denostada.

DELIRIOS PASIONALES

Cabe distinguir el delirio celotípico, caracterizado por creer que existe una tercera persona que rivaliza en la relación amorosa de la pareja, y sobre la cual se proyectan sentimientos de odio, ya que el individuo cree que el rival siempre es correspondido, llegando a esta conclusión a través de premisas falsas. Puede conducir a agresiones severas.

Otro delirio pasional es el erotomaníaco, caracterizado por creerse el objeto amado por otra persona, que generalmente es de rango superior. Este delirio suele terminar en la fase de rencor, donde el paciente responde de forma agresiva e incluso trágica.

B) Delirio sensitivo de relación de Kretschmer

Habitualmente se da en personas que presentan anomalías del carácter definidas dentro de la personalidad sensitiva, caracterizada por timidez, hiperemotivi-dad y gran vulnerabilidad a la relación interpersonal. El sujeto se cree objeto de un interés malévolo o humillante por parte de los demás, respondiendo normalmente de forma depresiva e inhibiendo la conducta impulsiva. En otras ocasiones puede adquirir una significación compensatoria, apareciendo contenidos delirantes opuestos a la situación degradante inicial desencadenante (por ejemplo, de grandeza, superioridad física, etc.).

C) Delirio interpretativo de Serieux y Capgras

Clásicamente denominado *locura razonada*. Los sujetos que padecen este delirio interpretan de forma sistemática todo lo que perciben, falsificando de manera parcial o

global la percepción de la realidad, a la que le atribuyen un concepto erróneo. A nivel psicopatológico correspondería a las percepciones delirantes, por lo que hay autores que defienden su inclusión dentro del ámbito de las esquizofrenias.

Dependiendo de que las interpretaciones se realicen del medio externo o interno del individuo, se habla de interpretaciones exógenas o endógenas respectivamente.

Los contenidos delirantes suelen relacionarse con acontecimientos vitales de gran relevancia para el individuo, ya vengan generados por el mundo personal y afectivo (carencias afectivas, minusvalías, etc.), o desde la red social *(status* profesional bajo, aislamientro social, etc.).

El DSM-III-R (cuadro 10.1) especifica dentro del trastorno delirante los siguientes grupos según los contenidos predominantes: erotomaníaco, grandioso (caracterizado por una sobrevaloración del mérito, poder, conocimientos, etc), celo-típico, persecutorio (similar al de reinvindicación), somático (creencia en el padecimiento de un defecto o enfermedad física) e inespecífico (otros temas de tipo delirante).

La CIE-10 engloba dentro del grupo de trastornos de ideas delirantes persistentes a un grupo variado de trastornos que subdivide a su vez en dos:

- Trastornos de ideas delirantes, incluyendo la paranoia, el estado paranoide, las psicosis paranoides sin especificación, parafrenia tardía y el delirio sensitivo de referencia.
- Otros trastornos de ideas delirantes persistentes, sin especificar.

Otras alteraciones psicopatológicas en el trastorno paranoide persistente suelen ser raras, tal como se indicó anteriormente, pero pueden aparecer alucinaciones, alteraciones del humor (por ejemplo, manifestaciones depresivas de tipo transitorio), etc., que se dan en un segundo plano, sin caracterizarlo verdaderamente.

CUADRO 10.1
Criterios diagnósticos DSM-lll-R y CIE-10 del trastorno delirante (paranoide)

DSM-lll-R Trastorno delirante (paranoide)	CIE-10 Trastorno de ideas delirantes persistentes (Trastorno de ideas delirantes y otros trastornos de ideas delirantes persistentes)
A. Ideas delirantes no extrañas (ser perseguido, envenenado, contagiado, amado a distancia, ser engañado por la pareja), con una duración mínima de un mes.	Incluye una gran variedad de trastornos en los cuales la característica única o más destacada la constituyen las ideas delirantes consolidadas durante bastante tiempo, que no pueden ser clasificadas como orgánicas, esqui

B. Si existen alucinaciones auditivas o visuales, no son predominantes como en la esquizofrenia. C. Aparte de las manifestaciones delirantes o de sus ramificaciones, la conducta no es manifiestamente extraña. D. Si durante la alteración delirante ha aparecido un síndrome maníaco o depresivo, o la duración de todos los trastornos afectivos es breve en relación con la duración total de la alteración delirante. E. Nunca ha cumplido el criterio A para la esquizofrenia y nunca ha podido establecerse una causa orgánica que haya iniciado y mantenido la alteración. *Especificar el tipo* (si no hay actividad delirante predominante se considerará inespecífico).	zofrénicas o afectivas, y cuyas relaciones con la esquizofrenia no está clara e igualmente ocu rre respecto a la génesis de los factores etio-patogénicos; así, su relación con los rasgos de personalidad y circunstancias vitales es muy diversa.

10.5. Diagnóstico diferencial

Trastorno delirante orgánico

Cuadros orgánicos como el hipo e hipertiroidismo pueden generar un trastorno delirante, e igualmente enfermedades neurológicas como la enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer y el abuso de drogas. Por esto habrá que presentar atención tanto a los signos y síntomas que manifieste el sujeto como a la utilización de pruebas diagnósticas complementarias ante cualquier sujeto con clínica sugestiva de trastorno delirante.

Trastorno paranoide de la personalidad

Caracterizado por una predisposición personal a padecer un trastorno delirante. Suele definir a personas suspicaces, hipersensibles, celosas, orgullosas, rígidas, envidiosas, etc.

Son individuos que presentan una hipervaloración de sus cualidades asociando la tendencia a proyectar sobre los demás sus defectos. Sutter los define como muy defensores de sus derechos y exigentes con las obligaciones de los demás.

Esquizofrenia paranoide

Presenta alucinaciones auditivas, delirios extraños, deterioro de la personalidad, síntomas negativos que condicionan un defectuoso funcionamiento social. Es característico el curso evolutivo en brotes, que la diferencian del trastorno delirante.

Trastornos afectivos

La alteración del estado de ánimo es primordial, aunque existe también otro tipo de síntomas (somáticos, por ejemplo). Habitualmente los enfermos responden de manera adecuada a las terapias biológicas.

En el trastorno delirante, si hay manifestaciones de carácter afectivo, su mejoría no implica la remisión de la actividad delirante.

10.6. Evolución y pronóstico

Kahlbaum y Kraepelin (Talbott), tras seguir la evolución de estos pacientes, llegan a la conclusión del caracter crónico y sin remisión de este trastorno, hecho en el que coincide Kaplan en cuanto a la cronicidad, apuntando que no existen remisiones en un 30-50% de los pacientes. Winokur (1977) señala que aunque son dados de alta hospitalaria, en un alto porcentaje (cerca del 80%) mantienen su sin-tomatología. El 31% se consideran "socialmente recuperados".

No hay estudios rigurosos acerca de los factores que intervienen en el pronóstico de la enfermedad.

10.7. Cuidados y atención de enfermería

Las funciones que corresponden al personal de enfermería han de entenderse dentro de una asistencia multidisciplinar respecto a estos pacientes, por lo que se hace necesario un equipo terapéutico que plantee objetivos comunes en al abordaje del proceso psicopatológico.

Los objetivos iniciales serán la remisión de la actividad delirante y de las conductas desadaptativas que ésta pueda generar. Las intervenciones del profesional de enfermería se orientarán fundamentalmente hacia los siguientes aspectos:

- Recogida y descripción acerca de los contenidos de la actividad delirante (ésta no puede ser bizarra ni extraña, como ocurriría en la patología del ámbito de la esquizofrenia).
- Descripción de los contenidos de la actividad alucinatoria (ésta es excepcional en este tipo de trastorno y siempre se encuentra en un segundo plano).
- Descripción de aquellos motivos primarios y psicosociales que puedan estar alterados en estos pacientes (negativismo o rechazo a beber o a comer

porque se cree que puede ser envenenado; alteraciones en el sueño, presencia de conductas agresivas y violentas, etc.).

- Recogida de información relacionada con el estado de ánimo que el paciente paranoide puede presentar, describiendo el tipo de sentimiento, (ansiedad, miedo, tristeza, irritabilidad, etc.), dado que puede permitir predecir el comportamiento y la evolución del grado de adaptación del paciente.
- Descripción del comportamiento en el medio sociofamiliar, dada la grave repercusión que puede llegar a tener en este contexto específico la actividad delirante (violencia, denuncias continuadas, etc.).
- No fingir creer los contenidos delirantes como verdaderos, porque en ese momento el profesional representa la realidad objetiva para el paciente.
- Escuchar atentamente las preocupaciones que el paciente muestra acerca de las ideas delirantes y comprender su significación en cuanto a su nivel de autoestima, ya que facilita la comunicación con el paciente ejerciendo un papel reforzante respecto a su imagen personal.
- Mostrar comprensión acerca de las perturbaciones que la actividad delirante puede generar tanto a nivel afectivo como de funcionamiento sociolaboral, dada la acción terapéutica de la empatía.
- Ofrecer alternativas que mejoren la calidad de vida del paciente ya que ayudan a minimizar las repercusiones de la actividad delirante.
- Comunicarse con el paciente de modo directo y preciso, sin ambiguedades que puedan permitir interpretaciones en los mensajes transmitidos a estos pacientes, que suelen ser especialmente susceptibles.
- Identificación de los estresores psicosociales que pueden desempeñar un papel desencadenante o favorecedor del mantenimiento de la actividad delirante (incomunicación, emigración, etc.), dada la base psicogenética que mantienen la mayor parte de los autores respecto a la paranoia.
- Administración de la medicación psicofarmacológica, dado el efecto antipsicótico, antidepresivo, tranquilizante que este tipo de fármacos tiene (neurolépticos, antidepresivos y ansiolíticos fundamentalmente).
- Observación de los efectos indeseables producidos por la medicación (de tipo extrapiramidal, anticolinérgico, central, etc.), que pueden condicionar entre otras cuestiones el abandono de la misma.
- Asegurar el cumplimiento de la prescripción, dada la escasa conciencia de enfermedad que estos pacientes tienen y que conduce a actitudes de resistencia a la terapia, con el consiguiente abandono de la misma.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

CASTILLA, C: *Introducción a la psiquiatría*, vol. II: 183-185. Alianza Editorial. Madrid, 1987.

FREUD, S: "Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad" y "Sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito. El caso Schre-ber", en *Obras completas*, vol. II. Biblioteca Nueva. Madrid, 1958.

KAPLAN, H. y SADOCK, B. J.: *Psiquiatría clínica*. Editorial Médica Hispanoamericana. México, 1991.

TALBOTT, J.; HALES, R. y YUDOFSKY, S.: *Tratado de psiquiatría*. Áncora. Barcelona, 1989.

11

Trastornos psicóticos agudos y transitorios

OBJETIVOS

- Adquirir el concepto de trastornos psicóticos agudos y transitorios.
- Clasificar los distintos cuadros clínicos que engloban los trastornos psicóticos agudos y transitorios.
- Describir las distintas fases del proceso de enfermería:
  - Utilización de protocolos de enfermería.
  - Aplicación de la taxonomía de problemas de enfermería y gradación de los mismos.
  - Planificar y ejecutar las intervenciones de enfermería.
- Enumerar las distintas acciones de enfermería para los distintos problemas de enfermería relacionados con los trastornos psicóticos agudos y transitorios.

11.1. Concepto de trastorno psicótico agudo y transitorio

Bajo el epígrafe de trastornos psicóticos agudos y transitorios se engloba un grupo de trastornos psicóticos que presentan ciertos rasgos característicos que los distinguen de

otras alteraciones psiquiátricas. El concepto es superponible al de psicosis esquizofreniformes de Langtfeld. En el DSM-III-R aparecen como trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados y en la CIE-10 como trastornos psicóticos agudos y transitorios. Para la CIE-10 la secuencia diagnóstica de las características clave del trastorno son:

- *Comienzo agudo* (menos de dos semanas): Se refiere a un cambio desde un estado sin características psicóticas a otro claramente anormal en un período de dos semanas o menos. El comienzo agudo es signo de buen pronóstico, es importante señalar si es súbito (en un plazo de 48 horas o menos).
- *Presencia de síndromes típicos:*
  - Estado "polimorfo": Varios tipos de alucinaciones e ideas delirantes que varían en la forma y en la intensidad de un día para otro e incluso en horas, al igual que el tono emocional.
  - Presencia de síntomas esquizofrénicos típicos pero cuya duración ha sido inferior a un mes.
  - *Presencia de estrés agudo:* Aparecerá no mas allá de dos semanas después de uno o más acontecimientos que serían vivenciados como estresantes por la mayoría de personas en circunstancias similares dentro del mismo ambiente cultural. Algunos de estos acontecimientos son: duelos, pérdidas inesperadas de compañeros o trabajo, trauma psicológico del combate, terrorismo o tortura.

11.2. Clasificación de las psicosis

C. Gastó (1992) distingue tres cuadros clínicos que poseen características propias:

- *Psicosis puerperales:*
  - Surgen en la primera semana después del parto.
  - No presentan signos de estrés social.
  - Entre los síntomas aparecen manía, inhibición, confusión.
  - Suelen existir antecedentes familiares de enfermedad mental.
  - Buena respuesta al TEC (terapia-electro-convulsiva).
- *Buffée delirante*
  - Puede haber una forma *genuina*, sin factor estresante psicosocial o una *reactiva* como respuesta a un acontecimiento estresante.
  - El inicio es agudo y la duración de días o semanas, pudiendo recurrir el

cuadro, pero en el período intercrisis estará asintomático.
  - Los síntomas principales serán: delirio y alucinaciones de cualquier tipo, despersonalización, desrealización y confusión, depresión e hipertimia.
  - Los síntomas varían de día en día o de hora en hora.
  - No hay trastorno mental orgánico.
- *Psicosis reactiva*

  Los elementos básicos son:

  - Objetivación de factores desencadenantes.
  - Inicio agudo (en días).
  - Alteración de la conciencia (confusión, enturbamiento, etc.).
  - Multiplicidad sintomática (síntomas mixtos de ansiedad, disforia, hipertimia, simultánea al delirio).
  - Ausencia de una personalidad premórbida esquizoide.
  - Los síntomas son comprensibles en función de los elementos psicológicos del paciente.

  No se hará el diagnóstico de trastorno agudo y transitorio en los siguientes casos:

  - Si antes de la alteración había síntomas prodrómicos de una esquizofrenia.
  - Si existe un trastorno esquizotípico de la personalidad.
  - Si hay un agente tóxico causante de la alteración.
  - Si hay un trastorno psicótico del estado de ánimo.
  - Si el trastorno se mantiene más de un mes.
  - Si los síntomas están bajo control voluntario, como es el caso del trastorno facticio con síntomas psicológicos.

11.3. Características principales de los trastornos psicóticos agudos y transitorios

Los rasgos característicos de los trastornos psicóticos agudos y transitorios se pueden resumir en los siguientes:

- Comienzo agudo después de un suceso estresante.
- Alteración en el juicio de la realidad, con alguno de estos síntomas:
  - Ideas delirantes.
  - Alucinaciones.

  - Conducta desorganizada o catatónica.
  - Incoherencia.
  - Desorientación, mala comprensión.
  - Conducta extraña.
- Alteraciones emocionales: cambios en el tono afectivo.
- Duración entre unas horas y un mes.
- Se debe descartar: trastorno orgánico mental, episodio maníaco-depresivo y trastorno de enfermedad facticia.

11.4. Tratamiento

Está indicado el tratamiento psicofarmacológico sintomático con neurolépticos y psicoterapia de esclarecimiento y apoyo para corregir posibles efectos secundarios transitorios que siguen al trastorno psicótico agudo en el mes siguiente al cuadro, como son la depresión leve o la pérdida de autoestima.

Puede ser necesaria la hospitalización si los trastornos de comportamiento debido a las ideas delirantes ponen en peligro la vida de estos enfermos o la de los demás.

11.5. Cuidados y atención de enfermería

Para llevar a cabo un adecuado plan de cuidados de enfermería ha de seguirse el esquema representado en la figura 11.1:

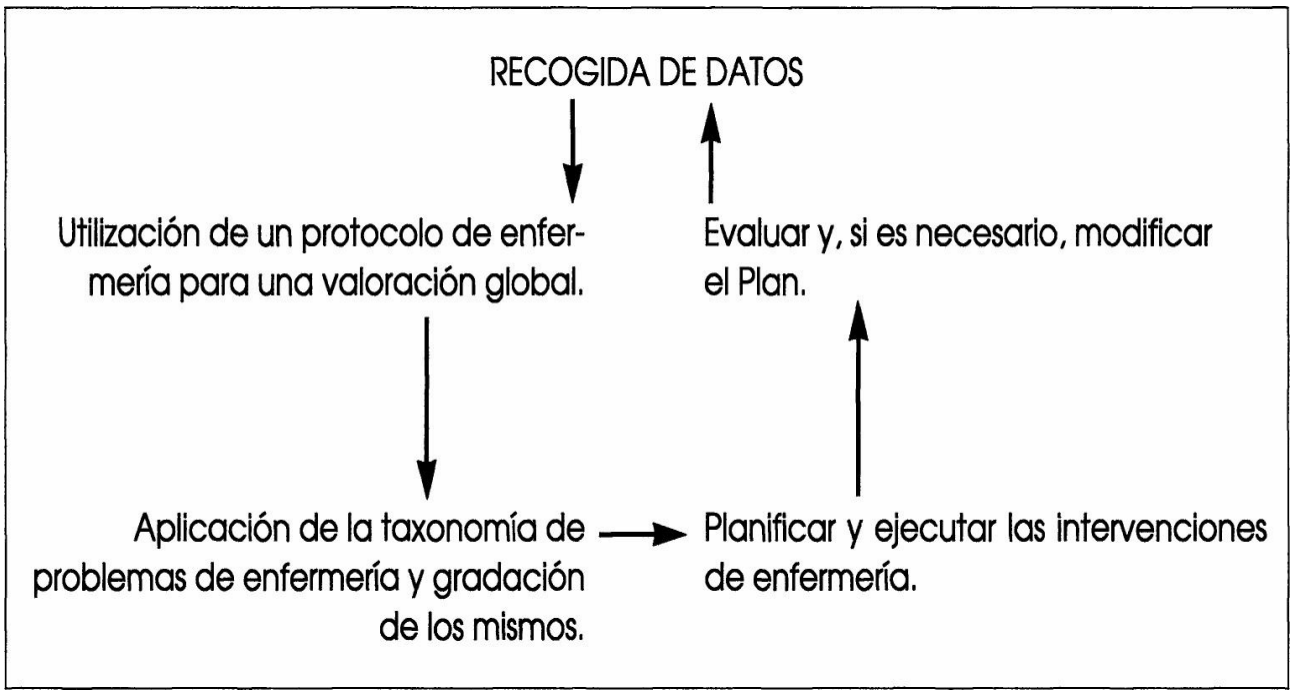


FIGURA 11.1. Plan de cuidados de enfermería.

A continuación se analiza cada uno de los apartados del Proceso de Atención de Enfermería.

11.5.1. Utilización de un protocolo de enfermería

El objetivo de su utilización es obtener una valoración global del individuo. La información se obtiene de las siguientes fuentes:

- Del paciente, ya sea lo que exprese verbalmente, como de forma no verbal.
- De la familia o personas significativas.
- De la historia clínica, con los datos de análisis, exploración, órdenes médicas, etc.
- De otros profesionales que trataron o atendieron al enfermo en otros momentos, como son los trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros comunitarios, etc.

Los instrumentos que se proponen, tanto en el apartado de valoración global como en el de diagnóstico o taxonomía de los problemas de enfermería han sido elaborados y aplicados por el grupo de profesores de la Escola Universitaria d'Infermeria de la Universidad de Valencia (1991), siguiendo la taxonomía de la NANDA (véase anexo A).

El motivo de esta elección radica en el hecho de que dichos instrumentos están elaborados con datos correspondientes a una realidad próxima a la nuestra y además tienen en cuenta las clasificaciones internacionales como la NANDA, la OMS o trabajos como los de Cook y colaboradores (1990), Doenges y Moorhouse (1988) entre otros.

El protocolo que se recomienda (véase anexo D) tiene tres áreas fundamentales:

- *Alteraciones:* Se describe la pérdida o anormalidad de estructuras o funciones.
- *Incapacidades:* Son consecuencia de las alteraciones, principalmente a nivel de necesidades básicas.
- *Limitaciones:* A su función en la sociedad (social, laboral, familiar, etc.).

11.5.2. Aplicación de la taxonomía de problemas de enfermería y gradación de los mismos

Según distintos autores, entre ellos el grupo de la Escola Universitaria d'Infermeria

de Valencia, los problemas de enfermería (PE) más representativos dentro de los trastornos psicóticos agudos y transitorios son:

PE. I.3	Déficit de actividades recreativas.
PE. I.4	Trastornos de los patrones del sueño.
PE.IV.l	Deterioro en la adaptación.
PE. IV.2	Ansiedad.
PE. IV.3	Ineficacia del individuo para enfrentarse a los problemas.
PE. IV.11.2	Trastornos del autoconcepto: Autoestima.
PE. IV.11.4	Trastornos del autoconcepto: Identidad personal.
PE. IV.12	Deterioro en la integración social.
PE. IV.13	Aislamiento social.
PE. V.3	Afrontamiento ineficaz de la familia: incapaz.
PE. VI.4	Alteración en la nutrición: inferior a las necesidades del organismo.
PE. VIl.1.2	Déficit de autocuidados: baño, limpieza, aseo.
PE. VIII.3	Alteración sensorial y perceptiva: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil y olfatoria.
PE. VIII.4	Alteración en los procesos cognitivos.
PE. XII.2	Alteración en el mantenimiento de la salud.
PE. XII.3	Alteración en el mantenimiento y dirección del hogar.

11.5.3. Planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones de enfermería

Antes de entrar en cada problema de enfermería en particular es importante destacar como primer paso y base para realizar cualquier otra intervención el establecer una relación de confianza.

Establecer una relación de confianza

Definición

Como señala Schultz y Dark (1985), la confianza es la piedra fundamental de una relación terapéutica y la consistencia y sus límites son las piedras para construirla. Una relación de confianza crea un espacio en el que pueden trabajar juntos, usando los procedimientos de enfermería y los mejores esfuerzos posibles encaminados a lograr objetivos previamente identificados.

Objetivos

- Desarrollar una relación basada en la confianza.
- Definir el fin de la relación terapéutica.
- Establecer las responsabilidades y funciones del personal de enfermería y del paciente, en la futura relación terapéutica.
- Poder planificar en común (paciente y personal terapéutico) las futuras intervenciones terapéuticas.

Acciones de enfermería

- Presentarse al paciente.
- Explicarle el papel de cada uno de los miembros del equipo terapéutico.
- Enseñar el espacio físico y los distintos lugares donde se realizarán las diferentes intervenciones.
- Obtener la percepción que el paciente tiene de su problemática y los objetivos que pretende de su hospitalización o del tratamiento ambulatorio, facilitando una libre expresión de sentimientos.
- Determinar las necesidades y conductas problemáticas del paciente.
- Exponer objetivamente y de forma sincera todo lo relativo al motivo del ingreso o de consulta y a los problemas de complicación legal.
- Aceptar al paciente como persona, aunque no se aprueben sus conductas patológicas.
- Fijar límites en aquellas conductas inaceptables.
- Reforzar positivamente las conductas sanas.
- Evitar convertirse en el "único confidente" y no permitir que el paciente "regatee" para obtener favores especiales.

Evaluación

- La relación con el equipo terapéutico se basa en la confianza.

PE. 1.3 Déficit de actividades recreativas

Definición

Estado en el cual un individuo experimenta un estímulo, interés o compromiso decrecientes para involucrarse en actividades de recreo o de ocio (NANDA), debido a factores internos/externos, los cuales pueden ser o no controlados por el individuo (Doenges y Moorhouse, 1988).

Gradación

1. Verbaliza cansancio, aburrimiento o necesidad de estímulos difíciles de encontrar en un medio hospitalario.
2. Manifiesta inquietud o temor de que bloqueen su interés por las cosas cotidianas y/o necesarias.
3. Es incapaz de mantener sus relaciones con los demás y de interesarse por las actividades cotidianas y/o recreativas.

Objetivos

- Incrementar la participación en actividades de diversión y entretenimiento.
- Obtener gratificación con la realización de las actividades lúdicas.

Acciones de enfermería

- Valorar las limitaciones para participar en las distintas actividades, como pueden ser las dificultades en la concentración o limitaciones en el movimiento.
- Preguntar al paciente y a su familia por sus preferencias y aficiones más habituales.
- Comenzar por las actividades más sencillas que le permitan satisfacción y refuerzo positivo. Aumentar paulatinamente las dificultades de las tareas, según las posibilidades.
- Proponer el cambio de actividad si aparece el cansancio o falta de interés, procurando la variedad en las distracciones.
- Impedir que el paciente esté solo o aislado.
- Reforzar positivamente los logros conseguidos.
- Controlar el tipo y el número de actividades en el caso de hiperactividad.
- Fomentar que el paciente comience a tomar decisiones que le sirvan de entrenamiento para otras áreas.

Evaluación

- Es capaz de implicarse en actividades de ocio.
- Obtiene satisfacción con las actividades recreativas.
- Planifica sus actividades lúdicas.

PE. 1.4 Trastornos de los patrones del sueño

Definición

Alteración del tiempo de sueño que produce malestar en el paciente o interfiere en

su modo de vida deseado (NANDA).

Gradación

1. El paciente se queja de insomnio, pero en su conducta diaria no se manifiestan signos de cansancio, falta de atención o descenso de sus actividades normales.
2. En el modo de vida diario del paciente se aprecian signos de cansancio (bostezos, somnolencia, etc.) o bien manifiesta incapacidad para desarrollar sus actividades cotidianas normales.
3. El paciente duerme un tercio menos de lo habitual, pero se muestra hiperactivo, verborreico y no acusa en ningún momento la falta de sueño.

Objetivos

- Lograr un patrón de sueño reparador.

Acciones de enfermería

- Favorecer la expresión de sentimientos en cuanto a miedos de lugares o personas que pueden ser causa de inquietud y de alteraciones del sueño.
- Registrar la duración objetiva de las horas de sueño así como si hay o no interrupciones frecuentes.
- Favorecer un ambiente libre de estímulos ambientales, como ruidos, luces, etc. que impidan el reposo.
- Proponer un programa de actividades diurnas que fatigue y favorezca el reposo nocturno.
- Disminuir el uso de sustancias psicoestimulantes como café, colas, etc.
- Proporcionar medidas favorecedoras del descanso como son un baño caliente, masajes, infusiones, temperatura adecuada.
- Impedir el sueño diurno.
- Prevenir el despertar precoz, evitando realizar actividades del tipo de constantes o limpieza de la habitación respetando los horarios naturales.
- Aplicar el tratamiento prescrito.

Evaluación

- Su patrón de sueño es reparador.

PE. IV.1 Deterioro en la adaptación

Definición

Estado en el cual un individuo es incapaz de modificar su modo de vida o comportamiento de un modo coherente con una alteración en su estado de salud (NANDA).

Gradación

1. El paciente verbaliza dificultades psicológicas o quejas somáticas que le impides afrontar los problemas.
2. Manifiesta conductas y/o actividades que demuestran una falta de entendimiento en la dimensión e impotencia de las dificultades.
3. Experimenta sobreproducción y ganancias secundarias al hecho de no involucrarse en la resolución de problemas.

Objetivos

- Afrontar las dificultades de una forma sana.
- Adaptar las conductas a las necesidades del entorno.

Acciones de enfermería

- Identificar cuáles son las situaciones que le producen mayor ansiedad al afrontarlas.
- Planificar de forma gradual la complejidad de las tareas a las que se enfrenta.
- Facilitar la libre expresión de sentimientos en relación a los sentimientos de incapacidad que permitan una reestructuración cognitiva.
- Señalar cual es la conducta esperada, favoreciendo la identificación y el desarrollo de conductas adaptativas.
- En la medida de lo posible, promover actividades que aumenten la interacción social y mejoren su autoestima y produzcan un refuerzo positivo.

Evoluoción

- La conducta es adaptada al medio.
- El paciente es afectivo en la resolución de las dificultades.

PE. IV.2 Ansiedad

Definición

Sentimiento vago y perturbador cuyo origen a menudo no es específico o bien es desconocido para el individuo (NANDA).

Gradación (según los distintos niveles de ansiedad: suave, moderada, grave, pánico…)

1. Verbaliza sentimientos de indefensión o desesperanza que no le impiden una actividad cotidiana.
2. Incapacidad para realizar actividades cotidianas a causa de la ansiedad y que para el enfermo significa una vivencia negativa.
3. Incapacidad de identificar las causas que le provocan esta ansiedad o somatización de la ansiedad.

Objetivos

- Reducir el nivel de ansiedad.
- Saber afrontar adecuadamente nuevas fuentes de ansiedad.

Acciones de enfermería

- Recoger datos objetivos sobre su estado y nivel de ansiedad e identificar que situaciones o elementos la desencadenan.
- Ofrecer un ambiente ordenado y relajado, no competitivo, donde las demandas que se le hagan estén acorde con sus posibilidades.
- Comenzar por implicarlo en actividades sencillas, rutinarias, que no lo obliguen a muchas innovaciones que aumenten su ansiedad.
- Relacionarse con el paciente con un tono de voz suave y firme que le proporcione seguridad y confianza.
- Enseñarle a reconocer la ansiedad y que exprese las sensaciones de tensión, miedo o inquietud.
- Enseñarle estrategias de afrontamiento de la ansiedad, ya sean de relajación o de autocontrol.

Evaluación

- Es capaz de utilizar técnicas de afrontar la ansiedad.

PE. IV.3 Ineficacia del individuo para enfrentarse a los problemas

Definición

Deterioro de los comportamientos de adaptación y de la capacidad de resolver los problemas de una persona a la hora de afrontar las exigencias y los roles de la vida (NANDA).

Gradación

1. El paciente se queja de incapacidad para afrontar problemas cotidianos y

adaptarse al medio hospitalario.

2. Demuestra incapacidad e inhabilidad para enfrentarse con los problemas, acompañado de una disminución en las relaciones interpersonales.
3. Es incapaz de objetivizar los problemas y determinar situaciones de forma precisa y adecuada.

Objetivos

- Ser capaz de afrontar las exigencias y roles de la vida.
- Desarrollar nuevas habilidades para afrontar los problemas.

Acciones de enfermería

- Ayudarle a evaluar las situaciones en términos de sentimientos.
- Ayudarle a objetivar los miedos y los posibles rechazos.
- Analizar y valorar el impacto de su conducta en los demás y el efecto que produce en él.
- Comenzar a afrontar problemas de menor dificultad e ir incrementándola gradualmente.
- Discutir las distintas formas de afrontamiento analizando las posibles consecuencias de cada una de ellas.

Evaluación

- Es capaz de afrontar las exigencias diarias.
- Desarrolla habilidades para distintos roles de la vida cotidiana.

PE. IV.11.2 Trastornos del autoconcepto: Autoestima

Definición

Alteración en la percepción del individuo en cuanto a su propia valía y capacidad (Doenges y Moorhouse, 1988).

Gradación

1. El paciente expresa sentimientos de indefensión y minusvalía.
2. Verbaliza sentimientos y demuestra incapacidad para aceptar refuerzos positivos, persistiendo conductas de deterioro.
3. No expresa sentimientos ni identifica métodos para afrontar la percepción negativa que siente de sí mismo.

Objetivos

- Mejorar la percepción que le individuo tiene de sí mismo.

Acciones de enfermería

- Fomentar la expresión de los sentimientos de minusvalía e incapacidad intentando identificar las fuentes de donde provienen.
- Aceptar al paciente como persona y no emitir juicios, no humillarlo.
- Estructurar, de acuerdo con el paciente, las actividades proponiendo expectativas realistas y claras, que se concretarán en tareas y responsabilidades, en un principio fáciles de lograr.
- Incrementar gradualmente la dificultad de las responsabilidades.
- Recompensar los logros por muy pequeños que sean.
- Proporcionar confianza en futuros logros.

Evaluación

- Expresa una opinión favorable de sí mismo.

PE. IV.11.4 Trastornos del autoconcepto: Identidad personal

Definición

Incapacidad para distinguir entre sí mismo y lo que lo es (NANDA).

Gradación

1. Verbaliza confusión sobre su propia identidad.
2. Manifiesta conductas de pánico, estados disociativos y dificultad en tomar decisiones.
3. Desconocimiento total de su propio Yo.

Objetivos

- Obtener una imagen real de sí mismo.

Acciones de enfermería

- Introducirlo en actividades que permitan un trabajo corporal de exploración, tales como expresión corporal, psicodrama, etc., primero de forma individual y posteriormente de forma grupal.
- Favorecer el contacto interpersonal para que a través de los otros se restablezca la identidad personal.
- Ayudarle a mejorar la valoración positiva de su aspecto personal (higiene, vestimenta), ya sea por su parte como por la de los demás.

- Proporcionarle un ambiente donde el individuo sea aceptado y no haya un alto grado de competitividad.

Evaluación

- Es capaz de discriminar lo que pertenece a su persona y lo que no.

PE. IV.12 Deterioro en la integración social

Definición

Estado en el cual un individuo participa insuficientemente, tanto cuantitativa como cualitativamente, en el intercambio social (NANDA).

Gradación

1. Verbaliza incomodidad ante determinadas relaciones sociales que exigen un cierto grado de interés por su parte.
2. Se observa conducta de aislamiento y relación social insatisfactoria.
3. Incapacidad para determinar que factores limitan su relación social.

PE. IV.13 Aislamiento social

Definición

Condición de soledad experimentada por el individuo y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o de amenaza (NANDA).
Gradación

1. El paciente expresa la necesidad de aumentar sus contactos sociales, pero es incapaz de conseguirlo.
2. Limitaciones, tales como hospitalización, barreras culturales, adicción a sustancias, etc., que incapacitan al individuo para mantener relaciones sociales adecuadas.
3. El paciente es incapaz de identificar las causas que motivan su conducta de aislamiento.

Objetivos

- Aumentar las relaciones interpersonales.
- Desarrollar la participación afectiva en el medio social.
- Establecer relaciones sociales efectivas.

Acciones de enfermería

- Iniciar una relación de confianza de forma individual y servir de puente en la relación con los otros.
- Respetar, en un principio, los silencios del paciente y utilizarlos como forma de acercarse al individuo y posteriormente iniciar la comunicación.
- Ayudarle a adquirir nuevas formas de interacción social que disminuyan su aislamiento.
- Ayudarle a identificar interpretaciones erróneas que interfieren en el contexto social.
- Planificar expectativas reales de la relación con los demás.
- Fomentar la participación, gradualmente, en actividades grupales, como son juegos, laborterapia, etc.

Evaluación

- Desarrolla relaciones sociales que le resultan gratificantes.

PE. V.3 Afrontamiento ineficaz de la familia: Incapaz

Definición

Comportamiento de un miembro de la familia o persona significativa que inhabilita su propia capacidad y la del paciente para reconducir con eficacia tareas hacia la adaptación de ambos al reto de la salud (NANDA).

Gradación

1. La familia expresa indiferencia por los problemas del paciente.
2. La familia manifiesta conductas de enfrentamiento y discusión que no benefician las capacidades del paciente en la resolución de problemas.
3. La familia niega la existencia de los problemas del paciente.

Objetivos

- Lograr un entorno familiar estructurado.
- Obtener un nivel de comunicación y relación que tenga en cuenta las

necesidades de los miembros de la familia.

Acciones de enfermería

- Promover que la familia exprese los sentimientos que les producen las conductas del paciente.
- Valorar cuál es la estructura del sistema familiar y qué función desempeña cada miembro.
- Valorar cuáles son las interacciones del paciente con cada miembro de la familia.
- Determinar si hay conductas destructivas o indicativas de violencia o autoridad.
- Identificar elementos o situaciones estresantes que puedan dificultar la relación.
- Enseñarles a corregir ciertas formas de comunicación para favorecer la relación familiar.
- Fomentar el respeto y la comunicación entre los distintos miembros de la familia.
- Enseñar a la familia a que reconozca las posibles conductas manipulativas del paciente y sea capaz de mostrar una actitud firme y consistente.
- Planificar conjuntamente distintos objetivos para mejorar la relación.
- Fomentar un clima de respeto por la persona y de los síntomas que le produce la enfermedad.
- Procurar que la responsabilidad de la familia sea compartida por la mayor parte de sus miembros.

Evaluación

- La familia es capaz de identificar y afrontar la problemática del paciente.
- La familia sabe poner en marcha mecanismos para proporcionar un ambiente terapéutico al paciente.

PE. VI.4 Alteración en la nutrición: inferior a las necesidades del organismo

Definición

Estado en el cual un individuo experimenta una ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas (NANDA).

Gradación

1. Disminución hasta el 10% del peso ideal respecto a la edad/talla/sexo.

2. Disminución del 11 al 15% del peso ideal respeto a la edad/talla/sexo.
3. Disminución superior al 16% respecto al peso ideal. Puede acompañarse de apatía, edemas maleolares, etc.

Objetivos

- Lograr un estado nutricional adecuado a su edad y peso.
- Normalizar la conducta alimenticia.

Acciones de enfermería

- Evaluar el estado físico y nutricional.
- Registrar los hábitos de alimentación anteriores y los mas recientes.
- Registrar diariamente la ingesta y la diurésis.
- Valoración de la relación que puede existir entre las alteraciones sensoriales, perceptivas, o cognitivas con la conducta alimenticia.
- Observar la conducta alimenticia: si evita compartir mesa con otros, si sólo toma alimentos envasados, si evita los sólidos o líquidos, etc.
- Ofrecerle los alimentos líquidos, nutritivos con frecuencia.
- Alentar a que exprese sus sentimientos en relación a los temores que le producen los alimentos.
- Prevenir la adquisición de ganancias secundarias reforzando positivamente las conductas nutritivas adecuadas.

Evaluación

- Su conducta alimentaria es adecuada y suficiente.

PE. VII.1.2 Déficit de autocuidados: baño, limpieza, aseo

Definición

Estado en el cual un individuo experimenta un deterioro en la capacidad de realizar o completar las actividades de baño/aseo por sí mismo (Kim y cols., 1990).

Gradación

1. El paciente expresa incomodidad para realizar las actividades necesarias para llevar a cabo su autocuidado.
2. Expresa incapacidad para realizar las acciones necesarias en su aseo personal.

3. Expresa desinterés por su higiene personal.

Objetivos

- Mostrar interés por las actividades de autocuidado.
- Llevar a cabo las actividades de su autocuidado.

Acciones de enfermería

- En un principio ayudar a realizar las tareas de baño, aseo y progresivamente implicarlo en ellas desarrollando así su independencia.
- Valorar las dificultades reales que le impiden el autocuidado.
- Ayudarle a incorporar hábitos de aseo si los que tiene son defectuosos.
- Promover el aspecto aseado como forma de ser mejor aceptado por los demás.
- Reforzar positivamente las conductas de autocuidados de limpieza.

Evaluación

- Es capaz de identificar sus necesidades de autocuidado.
- Lleva a cabo su autocuidado de baño, limpieza y aseo.

PE. VIII.3 Alteración sensorial y perceptiva: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil y olfatoria

Definición

Estado en el cual un individuo experimenta un cambio, en mayor o menor grado, de la capacidad de estímulos que es capaz de percibir acompañados de un descenso, exageración, distorsión o deterioro de la respuesta a dichos estímulos (NANDA).

Gradación

1. Trastorno en la capacidad perceptiva (en zonas o funciones muy localizadas) sin alteración en la respuesta.
2. Trastorno en la capacidad perceptiva y en la respuesta que no compromete la integridad y/o supervivencia del individuo.
3. Trastorno en la capacidad perceptiva y en la respuesta que llega a comprometer la supervivencia o integridad del individuo, teniendo una historia anterior de lesiones o incidentes.

Objetivos

- Interrumpir el trastorno perceptivo.
- Conseguir una percepción realista del entorno y de sí mismo.

Acciones de enfermería

- Limitar el número de estímulos que rodean al paciente y que pueden ser distorsionantes.
- Valorar la respuesta del paciente ante los distintos estímulos que lo rodean: luces, ruidos, personas, etc.
- Buscar datos que puedan indicar actividad perceptiva patológica, como intentos de escucha, mutismos, ciertas expresiones, etc.
- Comunicarse en términos directos y concretos. No conversar con "voces" o reforzarle en la idea de que son parte de la realidad.
- Disminuir el miedo, la ansiedad o la agitación brindando un ambiente estructurado con actividades sistematizadas.
- Ayudar al paciente que esponga sus sentimientos en relación a sus percepciones, primero de forma individual y gradualmente en grupos mayores.
- Respetar el espacio personal, procurando no invadirlo en la interrelación.

Evaluación

- La orientación y percepción es acorde con la realidad.

PE. VIII.4 Alteración en los procesos cognitivos

Definición

Estado en el cual un individuo sufre una alteración en sus actividades cognitivas (NANDA).

Gradación

1. Alteraciones compensadas que permiten al individuo ocuparse de su auto-cuidado.
2. Falta de conciencia de las alteraciones y necesidad de ayuda para realizar tareas complejas: autocuidado, encender fuegos, comprar, cuidar niños, etc.

3. Falta de conciencia de las alteraciones con necesidad de ayuda durante las 24 horas del día.

Objetivos

- Interpretaciones adecuadas de los acontecimientos.
- Hacer valoraciones reales y objetivas del entorno.

Acciones de enfermería

- Disminuir la ansiedad y los temores proporcionando un ambiente libre de estímulos amenazantes.
- En un principio no enfrentarse, ni tratar de convencer de que sus ideas son falsas o irreales, sino interactuar con base en hechos reales.
- Ser empático con sus sentimientos, darle apoyo, no ser perjuicioso y no hacer bromas en relación a sus creencias.
- Crear una situación adecuada para que se pueda intervenir directamente con dudas a su racionalización.
- Disminuir las ideas irreales en cuanto a la comida o a la alimentación utilizando en un principio alimentos encerrados o material desechables y que sea el propio paciente quien los abra o los prepare.
- Discutir las dificultades que le crean en su vida cotidiana sus delirios.
- Animar al enfermo a expresar sus sentimientos que tengan una base real, tales como relaciones familiares, dificultades laborales, etc..

Evaluación

- Su conducta y actitud demuestran que hace una interpretación correcta de los hechos.

PE. XII.2 Alteración en el mantenimiento de la salud

Definición

Incapacidad de identificar, controlar u obtener ayudas para mantener la salud (NANDA).

Gradación

1. El paciente verbaliza cambios en un estilo de vida que dificultan un

mantenimiento o cuidado objetivo de la salud.

2. El paciente carece de recursos materiales, familiares, o sociales que le permiten el mantenimiento de la salud.
3. Uso/abuso de sustancias tóxicas.

Objetivos

- Mantener la salud.
- Ser capaz de identificar sus incapacidades para mantener la salud.

Acciones de enfermería

- Identificar déficits concretos.
- Provocar que verbalice las dificultades existentes para mantener sus salud.
- Elaborar un programa conjuntamente para poder modificar hábitos no saludables, como puede ser el consumo de sustancias tóxicas.
- Ayudar a prevenir ciertas dificultades que pueden derivar en el futuro a consecuencia de su enfermedad.
- Informarle de recursos que le puedan ser útiles.

Evaluación

- Es capaz de poner en marcha recursos para mantener su salud.

PE. XII.3 Alteración en el mantenimiento y dirección del hogar

Definición

Estado en el cual un individuo se muestra incapaz de proporcionar un entorno equilibrado y seguro que permita su propio crecimiento y el de los demás miembros de la familia.

Groadación

1. El individuo verbaliza carencias (informativas, económicas, familiares, culturales, etc.) que le dificultan el mantenimiento de un entorno seguro, limpio y confortable.
2. En el individuo se objetivizan déficits cognitivos, físicos, sociales, económicos, etc., que le impiden el mantenimiento de un entorno seguro.
3. El individuo es incapaz de aceptar ayudas económicas, sociales, familiares, etc. que le posibiliten un cambio en su estilo de vida.

Objetivos

- Conseguir un entorno seguro y equilibrado.

Acciones de enfermería

- Ayudar a identificar posibles factores de riesgo.
- Valorar las habilidades reales que conserva el paciente.
- Identificar posibles necesidades.
- Planificar conjuntamente estrategias para afrontar las dificultades.
- Discutir los posibles recursos con los que puede contar: familia, vecinos, servicios sociales, etc.
- Fomentar en el grado permitido un nivel de independencia y autonomía.

Evaluación

- Puede desarrollar estrategias con las que afrontar el mantenimiento de su hogar.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ALFARO, R.: *Aplicación del proceso de enfermería*. Doyma. Barcelona, 1988.

EY, H.; BERNARD, P. y BRISSET, C.: *Tratado de psiquiatría*. Toray-Masson. Barcelona, 1971.

LIPKIN, G. B. y COHEN, R. G.: *Cuidados de enfermería en pacientes con conductas especiales*. Doyma. Barcelona, 1989.

RIGOL CUADRA, A. y UGALDE APALATEGUI: *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Salvat. Barcelona, 1991.

VALLEJO RUILOBA, J.: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 3ª ed. Salvat. Barcelona, 1991.

12

Trastornos de ideas delirantes inducidas

OBJETIVOS

- Adquirir el concepto de ideas delirantes inducidas.
- Clasificar los distintos tipos de ideas delirantes inducidas.
- Describir las distintas fases del proceso de enfermería:
  - Utilización de protocolos de enfermería.
  - Aplicación de la toxonomía de problemas de enfermería y gradación de los mismos.
  - Planificar y ejecutar las intervenciones de enfermería.
- Enumerar las distintas acciones de enfermería para los distintos problemas de enfermería relacionados con las ideas delirantes inducidas.

12.1. Concepto de trastorno de ideas delirantes inducidas

Consiste en la aparición de síntomas psicóticos, con ideas delirantes, en dos o más personas que viven en estrecho contacto. Sólo uno de los afectados padece un auténtico trastorno psicótico (individuo dominante o primario). En el otro u otros (persona

dominada), las ideas delirantes son inducidas y normalmente remiten cuando se le separa.

El contenido del delirio, tanto el de la persona dominante como el de la inducida, es de naturaleza crónica, persecutoria o de grandeza y con frecuencia está basado en experiencias comunes a ambas personas. Las ideas delirantes extrañas en ocasiones pueden ser inducidas.

El sujeto dominante o primario con un trastorno psicótico domina la relación y gradualmente impone su sistema delirante al sujeto sano y más pasivo. Las dos personas suelen ser familiares cercanos, aislados del entorno por distintos motivos: cultura, lengua, hábitat, etc. El sujeto o sujetos en los que se induce las ideas delirantes suelen ser dependientes o tienen una relación de servidumbre con el que padece la psicosis primaria. Otras denominaciones de este cuadro son:

- *Folie à deux* descrita por vez primera en 1877 por Laségue y Falret.
- Trastorno paranoide inducido.
- Psicosis simbiótica.

12.2. Clasificación de los trastornos

Algunos autores proponen la división de la *folie à deux* en tres categorías independientes:

- *Folie simultanée* (locura simultánea): Es la aparición simultánea de síntomas psicóticos en miembros de una familia ya predispuesta a tener psicosis activa y síntomas que pueden darse simultánea pero independientemente mientras todos viven juntos.
- *Folie comuniquée* (locura comunicada): Consiste en la aparición de síntomas psicóticos en dos personas íntimamente relacionadas, hereditariamente predispuestas a la psicosis pero que adoptan una o mas temáticas delirantes compartidas en un entorno común e incluso por separado.
- La *Folie imposée* (locura impuesta): Se puede decir que es la verdadera *folie à deux*. Los síntomas psicóticos son transmitidos de una persona enferma a otra sana que a menudo añade su elaboración personal a la psicosis inducida. Esta inducción se puede dar en más de una persona, pudiendo existir *folie à trois, à quatre*, etc.

12.3. Características principales

En condiciones normales, los síntomas psicóticos no se contagian de una persona enferma a otra sana; esto sólo ocurre en condiciones excepcionales.

Laségue y Falret describieron nueve condiciones, que son:

1. Una persona es la dominante. Suele ser más inteligente que la otra y va imponiendo gradualmente sus ideas delirantes a la pareja originalmente sana

y que generalmente es más pasiva.

2. Las dos personas han vivido estrechamente unidas en el mismo ambiente durante un largo período, relativamente aisladas del mundo exterior.
3. Por lo general, el delirio compartido se mantiene dentro de los límites de lo posible y puede estar basado en acontecimientos pasados o en determinadas expectativas comunes.
4. Las observaciones y condiciones relacionadas con este tipo de enfermedad son muy similares donde quiera que se dé.
5. Esta clase de psicosis es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres.
6. La herencia puede ser un factor predisponente, sobre todo cuando ambas personas son de la misma familia.
7. La principal indicación terapéutica es la separación de los pacientes, merced a la cual el pasivo puede recuperarse una vez que se ha eliminado la fuente de sus ideas delirantes.
8. Por lo general, un paciente no dominante no está tan afectado y de forma tan profunda como el dominante.
9. En algunos casos, la presión de la persona psicótica puede alcanzar a una tercera persona o incluso a otras de su ambiente.

12.4. Criterios diagnósticos

El DSM-III-R señala tres criterios para el diagnóstico del trastorno psicótico inducido:

a) Un delirio que se desarrolla en un sujeto (persona secundaria) a partir de una relación estrecha con otro sujeto o sujetos, que ya tienen un delirio establecido (caso primario).

b) El delirio de la persona secundaria tiene un contenido similar al delirio del sujeto primario.

c) Poco antes del inicio del delirio inducido, el sujeto secundario no presentaba ningún trastorno psicótico ni síntomas prodrómicos de una esquizofrenia.

12.5. Epidemiología

Es un cuadro poco frecuente y aparece mayormente en mujeres. Prolifera en las que viven en estados de indiferencia y estrés social. Se da en cualquier grupo cultural o étnico. Puede ser el motivo de algunos pactos de suicidio y homicidios.

12.6. Tratamiento

La recomendación principal es separar el elemento receptor de la fuente delirante, generalmente esquizofrénico.

El elemento pasivo puede perder sus ideas delirantes después de permanecer separados durante semanas o meses, aunque en algunos casos no hay un completo restablecimiento y sólo puede esperarse éste cuando existe la posibilidad de ofrecer alguna compensación por la pérdida que ha de afrontar, ya que ha de prescindir de una persona en la que ha centrado su vida durante años.

Además de la farmacoterapia será necesario el análisis personal, la psicoterapia y la interacción social. El elemento dominante será tratado como otro paciente psicótico crónico.

12.7. Cuidados y atención de enfermería

El plan de cuidados de enfermería debe seguir el mismo esquema que para los trastornos psicóticos agudos transitorios:

a) Recogida de datos: utilización de un protocolo de Enfermería.
b) Aplicación de la taxonomía de problemas de enfermería y gradación de los mismos.
c) Planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones de enfermería.

El listado de problemas de enfermería más representativos en los trastornos de ideas delirantes inducidas es el mismo que en el caso de los trastornos psicóticos agudos y transitorios, de igual forma que la planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería (véase capítulo 11).

PE. 1.3	Déficit de actividades recreativas.
PE. 1.4	Trastornos de ios patrones del sueño.
PE. IV.1	Deterioro en la adaptación.
PE. IV.2	Ansiedad.
PE. IV.3	ineficacia del individuo para enfrentarse a ios problemas.
PE. IV.11*2*	Trastornos del autoconcepto: Autoestima.
PE. IV.11.4	Trastornos del autoconcepto: identidad personal.
PE. IV.12	Deterioro en la integración social.
PE. IV.13	Aislamiento social.
PE, V.3	Atontamiento ineficaz de la familia: incapaz.
PE. VI.4	Alteración en la nutrición: inferior a las necesidades del organismo.
PE. VlI.1.2	Déficit de autocuidados: baño, limpieza, aseo.

PE. VIII.3	Alteración sensorial y perceptiva: visual, auditiva, anestésica, gustativa, táctil y olfatoria.
PE. VIII.4	Alteración en los procesos cognitivos.
PE. XII.2	Alteración en el mantenimiento de la salud.
PE, XII.3	Alteración en el mantenimiento y dirección del hogar.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

CABALLO, U. E: *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI de España Editores. Madrid, 1991.

CALVACHE, M.: *La enfermería sistémica*. Díaz de Santos. Madrid, 1989.

COOK, J. S. y FONTAINE, K. L.: *Enfermería psiquiátrica*. Interamerica. Madrid, 1990.

EY, H.; BERNARD, P., y BRISSET, C.: *Tratado de psiquiatría*. Toray-Masson. Barcelona, 1971.

VALLEJO RUILOBA, J.: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 3ª ed. Salvat. Barcelona, 1991.

13

Trastornos del humor o afectivos

OBJETIVOS

- Ser capaz de identificar los síntomas, signos y conductas de los pacientes deprimidos y maníacos.
- Conocer los posibles síndromes depresivos (depresión reactiva, psicótica, neurótica, etc.) y maníacos.
- Conocer los problemas y las necesidades derivados de la propia enfermedad.
- Conocer los problemas y necesidades derivados de los métodos diagnósticos (pruebas de función neuroendocrina, electrofisiológicas e inmunológi-cas) y terapéuticos (secundarismo, ventana terapéutica y secuencia de efectos de los antidepresivos).
- Saber jerarquizar los problemas y necesidades derivadas de éstos.
- Saber evaluar la intensidad del problema y el riesgo de suicidio.
- Planificar, ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería.

13.1. Concepto de trastorno del humor

Clásicamente los trastornos del humor ya eran considerados como trastornos que, en general, evolucionaban de forma crónica, experimentando fases de agudización, tanto por la aparición de episodios depresivos como maníacos y, por tanto, sujetos a tratamiento y cuidados de enfermería específicos para cada tipo de fases y para evitar recaídas y recidivas.

En la actualidad cada vez se centran más esfuerzos en mejorar la capacidad del personal sanitario en la identificación y el diagnóstico de este tipo de problemas.

Asimismo, existe un gran interés profesional en atender correctamente tanto las fases depresivas como las fases maníacas y, por supuesto, en evitar las recidivas, recaídas y, sobre todo, las conductas suicidas.

Desde un punto de vista conceptual, los trastornos del humor se consideran trastornos mentales en los cuales la alteración fundamental radica en el estado afectivo o del humor (tristeza o euforia), aunque muy frecuentemente se acompañan de ansiedad, alteraciones psicofisiológicas del sueño, hambre y sexualidad y, sobre todo, de diversas somatizaciones.

La presencia de estas enfermedades genera importantes modificaciones conductuales (por ejemplo, una disminución de la vitalidad y de los rendimientos psicosociales) así como del nivel de autoestima de los pacientes, por lo que en su atención será totalmente necesario el apoyo psicológico y la progresiva reintegración psicosocial.

13.2. Clasificación de los trastornos

La clasificación de estos trastornos no resulta aún fácil, dado que existen diversos modelos perfectamente válidos según el contexto donde se trabaje (clínicos, etiológicos, cronológicos, bioquímicos, etc.).

En el contexto de enfermería, el modelo clínico pineliano puede ser el más sencillo e idóneo para diferenciar las distintas formas y, así, de acuerdo con la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, 1993), cabría distinguir los siguientes subgrupos, que precisan cuidados y profilaxis diferentes:

- Episodio maníaco
- Trastorno bipolar
- Episodio depresivo
- Trastorno depresivo recurrente
- Trastorno del humor (afectivo) persistente

13.3. Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas que caracterizan los *episodios maníacos* se centran

fundamentalmente en:

- Exaltación del humor (euforia, planes grandiosos, etc.).
- Incremento sustancial de la actividad física y/o agitación.
- Incremento y diversidad de la actividad mental (locuacidad, taquipsiquia, etc.).
- Ausencia o disminución de apetito y sueño.
- Conducta desinhibida.

Por contraposición, los *episodios depresivos* se manifiestan en la clínica fundamentalmente con:

- Humor depresivo (tristeza patológica).
- Pérdida o disminución de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.
- Pérdida global de vitalidad (gran cansancio, bajo rendimiento).

Asimismo, resultan manifestaciones conductuales frecuentes:

- Disminución de la atención-concentración.
- Sentimientos de inferioridad y pérdida de autoestima.
- Ideas de culpa e inutilidad.
- Sensación de ausencia de perspectiva de futuro.
- Dificultades de mantenimiento y duración del sueño.
- Pérdida o ausencia de apetito (pérdida de peso).
- Apagamiento libidinal.

13.4. Curso clínico y evolución natural

Estos tipos de trastornos generalmente tienden a la recurrencia y evolución en fases, por lo cual deben considerarse, desde la perspectiva de los cuidados, como crónicos.

Para una mejor comprensión, en la figura 13.1 se muestran de forma esquemática las posibles formas de evolución.

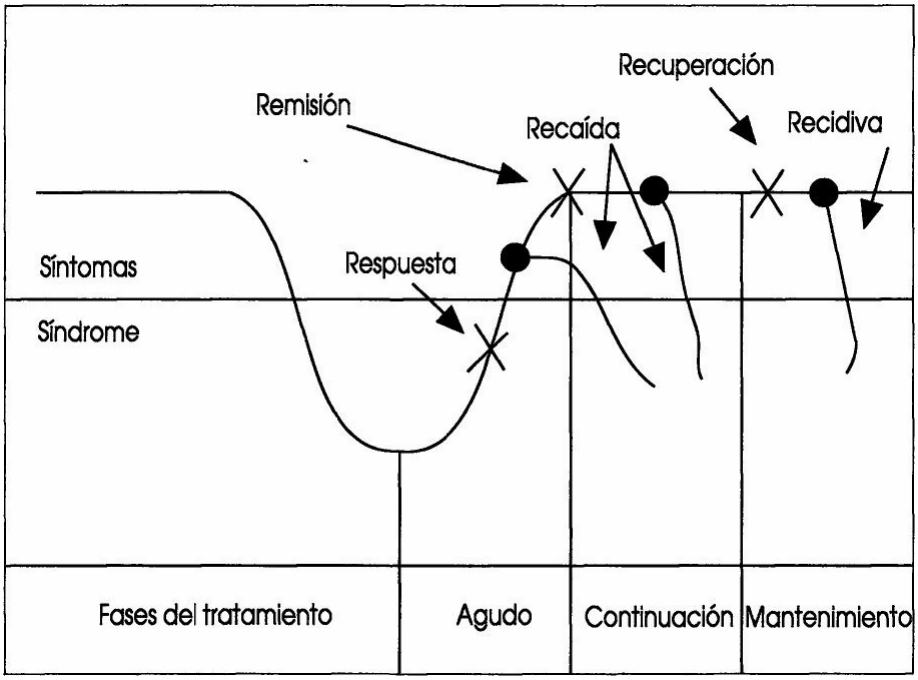


FIGURA 13.1. Evolución de los trastornos del humor.

13.5. Estrategias terapéuticas

En las fases de agudización el soporte biológico se va a realizar fundamentalmente con psicofármacos neurolépticos para las fases maníacas y antidepresivos o terapéutica electroconvulsivante para las fases depresivas.

En la figura 13.2 y los cuadros siguientes se muestran los perfiles terapéuticos y de efectos secundarios de los antidepresivos más frecuentemente utilizados en España.

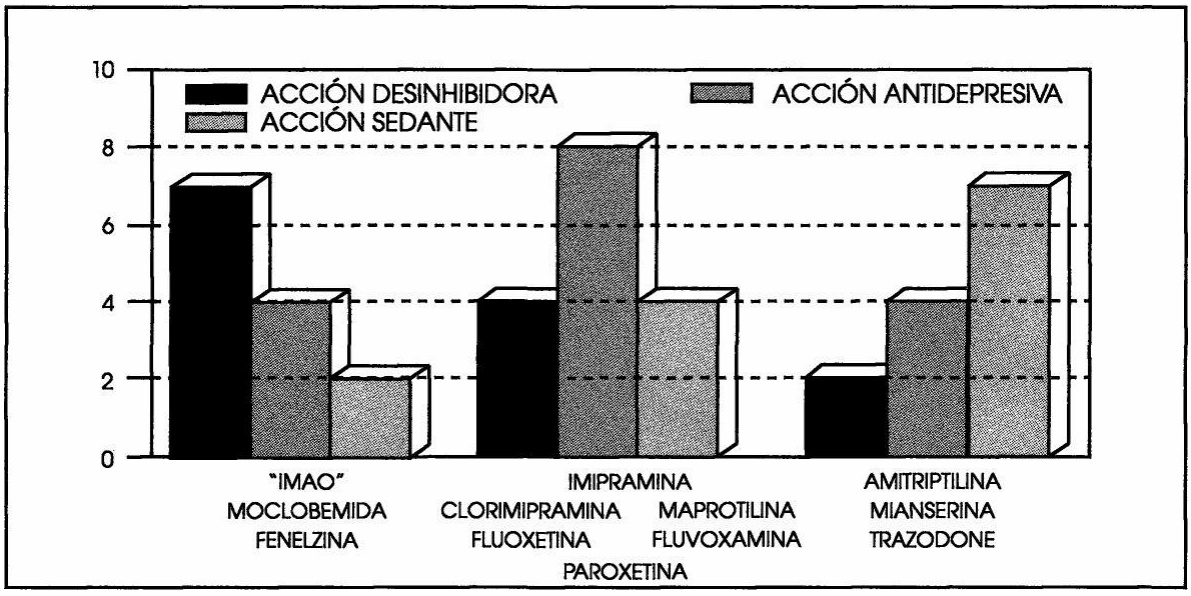


FIGURA 13.2. Clasificación de antidepresivos según el perfil terapéutico.

CUADRO 13.1
Fármacos antidepresivos comercializados en España y rango de dosis recomendadas

ADT	AD 2.ª GENERACIÓN	IMAO	RIMA	ISRS	OTROS
• Imipramina (50-300) • Clorimipramina (50-150) • Amitriptilina (50-300) • Nortriptilina (30-100) • Doxepina (50-300) • Pirlindol (100-400)	• Maprotilina (25-150) • Mianserina (30-200) • Viloxazina (100-400) • Amoxapina (150-600) • Amineptino (100-200) • Pirlindol (100-400)	• Fenelzina (30-60) • Tranilcipromina (10-30)	• Moclobemida (300-600)	• Fluovoxamina (100-300) • Fluoxetina (20-80) • Paroxetina (2050) • Sertralina (50-200)	• Triptófano (200-600) • Litio en función litemia) • Carbomazepina (400-1.600) • Ac. Valproico (600-3.000)

CUADRO 13.2
Efectos secundarios de los fármacos antidepresivos

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS (ADT)		ANTIDEPRESIVOS HETEROCÍCLICOS (AD)	IMAO	LITIO	ISRS*
• Anticolinérgicos: Centrales: - Sedación - Temblor - Síndrome confusional • Periféricos: - Sequedad de boca - Estreñimiento - Retención de orina - Visión borrosa - Ciclopejia • Cardiovasculares: - Hipotensión ortostática - Taquicardia - Arritmias - Taquicardia	• Otros: Sedación Náuseas Impotencia Aumento de peso Aumento de apetito Diaforesis (> sudoración)	• Sistema nervioso central: - Nerviosismo - Cefaleas - Temblores - Mareo - Insomnio • Otros: - Rash cutáneo - Aumento de temperatura - Afectación hepática - Afectación hemática - Afectación gastrointestinal	- Insomnio - Hipotensión ortostática - Sequedad de boca - Sedación diurna - Disminución de la líbido - Aumento de peso - Mioclonias - Vértigo - Gastralgias - Edemas	• Alteraciones gastrointestin.: - Náuseas - Diarrea - Polidipsia - Dispepsia • Otros: - Aumento de peso - Aumento de diuresis: poliuria - Cansancio - Temblor	- Náuseas - Insomnio - Nerviosismo - Sedación - Somnolencia - Temblor

* ISRS = Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

13.6. Planificación de cuidados en pacientes maníacos

En el plan de cuidados de enfermería de pacientes maníacos se han de procurar los siguientes objetivos mediante la observación de una serie de pautas de actuación.

Objetivos

A corto plazo:

- Disminuir la hiperactividad y agitación.
- Mantenimiento y ajuste del funcionamiento biológico, especialmente en sueño-descanso, nutrición, eliminación, etc.
- Evitar los daños físicos y consecuencias de una sexualidad desinhibida.

A largo plazo:

- Evitar recaídas, tanto maníacas como depresivas, para lo cual se ha de informar del tipo de evolución de la enfermedad, de la importancia del soporte biológico y de su correcto cumplimiento, así como de los efectos secundarios correspondientes y de la necesidad de controles clínicos periódicos.
- Educar al paciente y a su familia para que obtengan una mejor comprensión de la enfermedad y sean capaces de identificar precozmente la aparición de un nuevo episodio maníaco o depresivo, la presencia de circunstancias de riesgo autolítico, así como para conseguir un buen cumplimiento del tratamiento continuado.
- Monitorizar los tratamiento en los malos cumplidores y facilitar las evaluaciones sanguíneas (litemias) periódicas.
- Establecer una estrecha y comprensiva relación terapéutica.

Pautas de actuación

- Conseguir una buena aceptación del paciente.
- Utilizar un estilo de relación relajado, firme y respetuoso.
- Disminuir en lo posible los estímulos ambientales.
- Procurar un espacio estructurado y seguro.
- Aislar al paciente si es preciso.
- Limitar las actividades de grupo o sociales.
- Asegurar la administración de medicación neuroléptica y litio.
- Evitar actividades competitivas.
- Facilitar tiempo de reposo, al menos por la noche.
- Asegurar la ingesta de líquidos y otros nutrientes.

- Facilitar apoyo emocional.
- Explicar la necesidad de las sales de litio.
- Promover y facilitar un buen cumplimiento terapéutico, tanto a nivel hospitalario como en la comunidad.

13.7. Planificación de cuidados en pacientes depresivos

Los objetivos y pautas de actuación de enfermería en el plan de cuidados de pacientes depresivos son los siguientes:

Objetivos

A corto plazo:

- Evitar que el paciente se autolesione o suicide.
- Establecer y mantener un buen funcionamiento biológico (nutrición, hidratación, eliminación, ritmo sueño-vigilia, etc.).
- Facilitar una adecuada higiene personal y autoimagen.
- Promover la expresión verbal y no verbal de los sentimientos.
- Canalizar la posible hostilidad de forma segura e idónea.
- Orientar al paciente hacia la realidad.
- Recuperar e incremetar el nivel de autoestima.
- Cumplir y administrar correctamente la pauta terapéutica.

A largo plazo:

- Ayudar a elaborar o aceptar la "pérdida", si existe.
- Facilitar la solución de la conflictividad interna.
- Aumentar el nivel de autoestima.
- Facilitar el restablecimiento de relaciones sociofamiliares.
- Estimular la elaboración de planes futuros.
- Promover y reforzar incrementos de actividad diaria.
- Facilitar y orientar soporte emocional.
- Monitorizar los tratamientos psicofarmacológicos y los controles hematológicos periódicos.
- Mejorar el nivel de comprensión de las características de la enfermedad por parte del paciente y su familia.

Pautas de actuación

- Establecer un espacio seguro y tranquilo, con el fin de evitar riesgos de autolisis y de desesperación del paciente.
- Asegurar la ingesta de líquidos y otros nutrientes, lo más adecuados posible para la masticación perezosa y la eliminación dificultada existentes, teniendo en cuenta las preferencias del paciente.
- Registrar todas las ingestas y eliminaciones, con objeto de evitar constipaciones o hiponutrición.
- Facilitar un sueño reparador nocturno programando una adecuada actividad diurna, evitando largas estancias en la cama o reposo y sobre todo la existencia de tiempos sin estructurar. Por otra parte se ha de limitar la ingesta de xantinas (café, té, etc.).
- Facilitar el nivel de comunicación colaborando en el vestido e higiene, procurando una buena imagen. Debe suplirse al paciente en los autocuidados, únicamente cuando sea totalmente necesario.
- Para conseguir un buen nivel de relación terapéutica se ha de asignar el mismo personal terapéutico para cada paciente, procurando utilizar un bajo tono de voz y un discurso comunicacional poco denso, utilizando los silencios en consonancia con la bradipsiquia del paciente. Al principio de la comunicación terapéutica deben evitarse las frases complejas y los mensajes indirectos.
- Con el fin de lograr un buen nivel de autoestima, se ha de gratificar sistemáticamente cualquier progreso habido, por mínimo que sea, y facilitar un mayor grado de incorporación a las actividades grupales y/o de terapia ocupacional.
- Ayudar al paciente a procesar la "pérdida" y establecer un correcto duelo, facilitando la expresión verbal y no verbal de los sentimientos y la comprensión de lo universal y frecuente de la situación depresiva.
- Facilitar el cumplimiento terapéutico, vinculando estrechamente la medicación antidepresiva y sales de litio, con la resolución del episodio depresivo y con la evitación o disminución de recurrencias o recaídas.

La OMS, en su CIE-10 de asistencia primaria, recomienda tener presentes para los trastornos del humor las siguientes pautas informativas y de asesoramiento

- *Información esencial para el paciente y la familia:*
  - Existen tratamientos efectivos disponibles.
  - Cambios del humor inexplicables son signos de enfermedad mental.
- *Asesoramiento específico para el paciente y la familia:*
  - Interrogar acerca del riesgo de suicidio, para saber si el paciente está seguro de no llevar a cabo ideas de suicidio. Puede ser necesaria una supervisión estrecha realizada por la familia o amigos.
  - Durante episodios maníacos: Evitar confrontaciones, excepto las

necesarias para prevenir actos peligrosos. Recomendar precaución en comportamientos impulsivos o peligrosos.

- Durante episodios depresivos: Oponerse al pesimismo y autocrítica. No tomar decisiones basadas en ideas pesimistas (divorcio, abandono del trabajo, etc.). No concentrarse en pensamientos de culpa o negativos. Establecer un plan de actividades a corto plazo que proporcionen distracción o autoconfianza.

Dado que las conductas suicidas están sustentadas fundamentalmente por trastornos depresivos, es de especial interés tener presentes los *perfiles de riesgo de suicidio* y las conductas a seguir que se establecen en el capítulo 28 de conductas suicidas o de crisis.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

AYUSO GUTIÉRREZ, J. L. y SALVADOR CARULLA, L.: *Manual de psiquiatría*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1992.

KYES, J. y HOFLING, C. K.: *Enfermería psiquiátrica*, 4.ª ed. Interamericana. México, 1982.

RIGOL CUADRA, A. y UGALDE APALATEGUI, M.: *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Salvat. Barcelona, 1991.

STUART, G. W. y SUNDEEN, S. J.: *Enfermería psiquiátrica*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1992.

VALLEJO RUILOBA, J.: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 3ª ed. Salvat. Barcelona, 1991.

14

Trastornos mentales orgánicos

OBJETIVOS

- Describir los diversos tipos de trastornos mentales orgánicos y sus características.
- Conocer las causas que pueden originar trastornos mentales orgánicos.
- Identificar las manifestaciones clínicas de los trastornos mentales orgánicos.
- Establecer las pautas de actuación profesional ante un sujeto con estos problemas psiquiátricos.

14.1. Concepto de trastorno mental orgánico

Se denomina *trastornos mentales orgánicos* a un conjunto de síndromes caracterizados por diversas alteraciones conductuales que tienen en común el poder atribuirse directamente a anormalidades estructurales, bioquímicas o funcionales del sistema nervioso central. La afectación del sistema nervioso central en cada síndrome puede evidenciarse a partir de hallazgos clínicos e histológicos característicos o mediante pruebas específicas.

En este tipo de trastornos pueden identificarse habitualmente las causas y también es posible aplicar medidas terapéuticas específicas (al menos teóricamente) en lugar de tratamientos empíricos.

El número de síndromes cerebrales orgánicos varía según los distintos autores o los diversos procedimientos nosotáxicos. En el cuadro 14.1 se señalan los síndromes cerebrales incluidos en las clasificaciones CIE-10 y DSM-III-R. Para simplificar se pueden señalar los siguientes, siguiendo a Wells:

- Delirium
- Demencia
- Síndrome amnésico
- Síndrome delirante orgánico
- Alucinosis orgánica
- Síndrome afectivo orgánico
- Síndrome orgánico de la personalidad

Los tres primeros síndromes son los más frecuentes en la práctica clínica. Los cuatro restantes se presentan esporádicamente.

Las causas que pueden dar lugar a estos síndromes son muy variadas y, con frecuencia, se superponen en el origen de los mismos. Las más frecuentes se indican en los apartados correspondientes a cada síndrome.

Por otra parte, las características clínicas de los trastornos mentales orgánicos pueden presentarse bien aisladas o bien asociadas en cada trastorno. Las más significativas son:

- Alteraciones de la orientación
- Alteraciones de la memoria
- Disminución de las actividades intelectuales
- Alteración del juicio
- Alteración del movimiento
- Alteración de las emociones
- Alteración del comportamiento general

Los aspectos psicopatológicos de estas alteraciones ya se han estudiado en los capítulos respectivos del volumen *Salud mental: Psicopatología*.

CUADRO 14.1

Clasificación de los trastornos mentales orgánicos

TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS SEGÚN LA CIE-10
• Demencias
• Síndrome amnésico
• Delirium

• Trastorno de la personalidad y del comportamiento
• Otros trastornos mentales:
– Alucinosis
– Trastorno catatónico
– Trastorno agudo de ideas delirantes
– Trastorno afectivo orgánico
– Trastorno por ansiedad orgánico
– Trastorno de labilidad emocional
– Trastorno cognoscitivo leve
• Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación
TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS SEGÚN EL DSM-lll-R
• Demencias de aparición senil o presenil
• Trastornos mentales orgánicos inducidos por sustancias psicoactivas
• Trastornos mentales orgánicos asociados con trastornos físicos:
– Delirium
– Demencia
– Síndrome amnésico
– Trastorno delirante orgánico
– Alucinosis orgánica
– Trastorno orgánico del estado de ánimo
– Trastorno orgánico de ansiedad
– Trastorno orgánico de la personalidad
– Trastorno mental orgánico no especificado

14.2. Diagnóstico general

Todo paciente con un trastorno mental orgánico requiere un diagnóstico preciso que distinga la perturbación evidenciada de los trastornos funcionales o "psiquiátricos". Para ello es necesaria una historia clínica detallada que recoja el comienzo, características y evolución de los síntomas, los antecedentes patológicos generales, la existencia o no de episodios similares anteriores, la ingestión de drogas y alcohol, la exposición a tóxicos, el consumo de fármacos y la existencia de alteraciones psíquicas previas.

Junto a los datos de la historia clínica, el examen del estado mental, la exploración general y neurológica y la realización de pruebas complementarias generales o específicas (estudio neuropsicológico, determinaciones bioquímicas, EEG, potenciales evocados, técnicas de diagnóstico por imagen, etc.) contribuirán a precisar el diagnóstico.

Dentro de la evaluación neuropsicológica, se pueden distinguir, siguiendo a Ayuso, cuatro tipos de pruebas:

1. *Pruebas de detección selectiva:* Permiten la valoración del nivel cognoscitivo del paciente. Entre ellas cabe citar el "Miniexamen cognoscitivo" de Folstein, la adaptación del "Miniexamen cognoscitivo" de Lobo, la "Escala de demencia" de Blessed, etc.
2. *Pruebas de evaluación específica:* Están dirigidas a explorar áreas específicas del funcionamiento cognitivo. Entre ellas figuran el "Test Winsconsin Card" para el estudio del lóbulo frontal, el WAIS para la evaluación de la memoria, etc.
3. *Pruebas de actividades de la vida diaria y de evaluación de incapacidades:* Dentro de este tipo estaría el índice de Katz, Lawton, etc.
4. *Pruebas de activación de funciones cerebrales:* Mediante la administración de estas pruebas se procede a valorar la actividad metabólica cerebral o electrofisiológica del paciente. Por ejemplo, la realización simultánea del "Test Winsconsin" y del SPECT.

14.3. Delirium

Es el síndrome psiquiátrico orgánico más frecuente. Se da aproximadamente en el 10% de todos los pacientes ingresados en servicios médicos o quirúrgicos agudos. Se puede presentar en cualquier edad aunque la incidencia es más elevada en mayores de 60 años.

Consiste en una disfunción cognoscitiva global, de etiología múltiple, y caracterizada por la presencia simultánea y en grado de intensidad variable, de trastornos de conciencia, atención, percepción (entre ellos, alucinaciones), emociones, memoria, psicomotricidad y del ciclo sueño/vigilia.

La aparición de los trastornos es generalmente brusca y su curso fluctuante a lo largo del día. La duración del delirium es muy variable: de minutos a varias semanas, y su evolución puede llevar a una remisión completa, a un síndrome amnésico irreversible o a un estado de coma y posterior muerte.

Etiología

Las causas que pueden originar delirium son muy variadas y se pueden agrupar en:

A) Enfermedades intracraneales:

- Infecciones del sistema nervioso central (meningitis, encefalitis).
- Traumatismos craneoencefálicos.
- Crisis comiciales.

B) Enfermedades extracraneales:

- Intoxicaciones por diversos fármacos (entre ellos, psicofármacos, anticolinérgicos, salicilatos, esteroides…).
- Venenos (monóxido de carbono, metales pesados…).
- Enfermedades endocrinas.
- Enfermedades sistémicas (encefalopatía hepática, insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, encefalopatía urémica…).
- Déficits vitamínicos.
- Alteraciones del equilibrio ácido-básico e hidroelectrolítico.

Diversos factores como intervenciones quirúrgicas, anestesia (especialmente en ancianos) y la deprivación sensorial (oclusión ocular tras intervención de cataratas) o el aislamiento social (UCI) pueden favorecer un cuadro de delirium.

Las diferentes causas citadas son capaces de originar una perturbación difusa del metabolismo neuronal en distintas áreas del sistema nervioso central y periférico.

Diagnóstico

Para el diagnóstico de delirium deben estar presentes, según la CIE-10, síntomas leves o graves en *cada una* de las siguientes áreas:

a) Deterioro de la conciencia y de la atención.
b) Trastorno cognoscitivo global (percepción distorsionada, alucinaciones e ilusiones, sobre todo visuales, deterioro del pensamiento, comprensión y memoria).
c) Trastornos psicomotores (hipo o hiperactividad).
d) Trastorno del ciclo sueño/vigilia.
e) Trastornos emocionales (depresión, ansiedad, miedo, euforia…).

Tratamiento

No existe un tratamiento único o específico del delirium, dada la variedad de causas y de manifestaciones clínicas. No obstante, algunos aspectos generales son:

- Como *tratamiento de urgencia*, se precisa un control sintomático inmediato para evitar autolesiones o lesiones a terceros en caso de agitación o agresividad. Los fármacos que se utilizan son, fundamentalmente, los *neurolépticos*, las *benzodiacepinas* o el *clormetiazol*, muy usado en España, según criterio médico, bien por vía oral o por vía parenteral, si fracasa la administración oral. Conviene vigilar los efectos secundarios y complicaciones de estos fármacos, especialmente en niños, adolescentes y ancianos.
- Como tratamiento *etiológico*, es preciso identificar cuanto antes la causa del

síndrome para instaurar las medidas terapéuticas específicas si las hubiera.

- Entre las medidas generales, hidratación, mantenimiento del equilibrio ácido-básico e hidroelectrolítico, alimentación adecuada (oral o parenteral, según los casos y las necesidades), tratamiento del insomnio y de las complicaciones que pudieran surgir.

Actuación de enfermería

- Mantener un ambiente confortable, evitando excesiva estimulación sensorial.
- Iluminación tenue de la habitación durante la noche para evitar la deprivación sensorial visual.
- Visitas periódicas al paciente para vigilar su estado (por ejemplo, cada hora).
- Prevención de lesiones cutáneas en individuos agitados mediante las técnicas habituales.
- Si se precisan medios de sujeción para evitar autolesiones, utilizar bandas anchas y con suficiente amplitud, que no impidan la circulación ni originen lesiones dérmicas.
- Realizar un correcto balance hídrico.
- Facilitar la compañía de los familiares del paciente.
- Establecer un plan de cuidados específico, previa valoración de las necesidades de cada paciente, en cada situación clínica concreta y en cada fase de su evolución. No se puede establecer *a priori* un plan de cuidados en el delirium.

14.4. Demencia

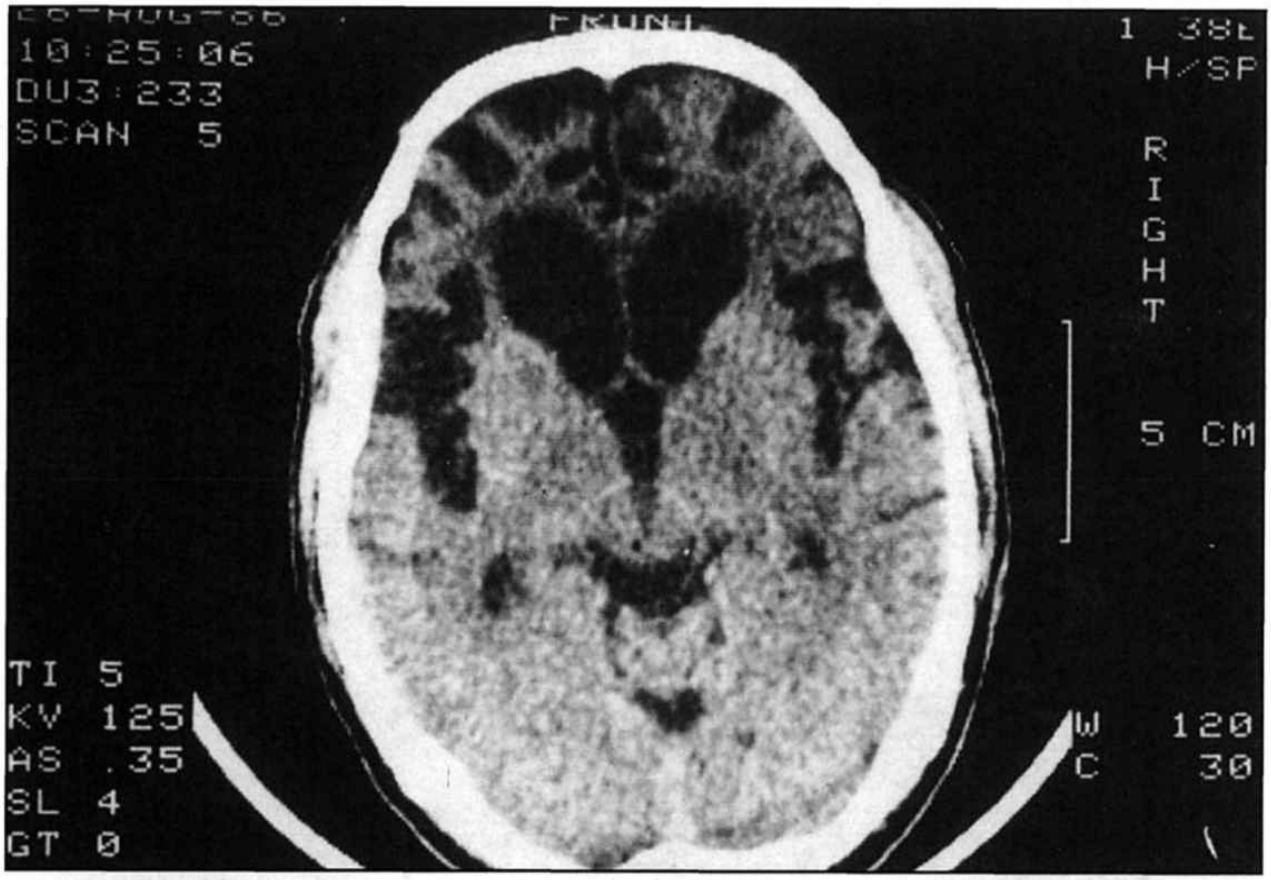
Es el síndrome orgánico con más prevalencia y constituye el tercer problema de salud mundial tras las enfermedades cardiovasculares y el cáncer en la población mayor de 65 años.

Se entiende por demencia un síndrome debido a un trastorno cortical, subcor-tical o mixto, caracterizado por déficits de múltiples funciones superiores, entre ellas memoria, pensamiento, orientación auto y alopsíquica, comprensión, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio. No existen alteraciones del nivel de conciencia. El déficit cognitivo se acompaña, por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, comportamiento social o de la motivación. Estos síntomas deben estar presentes, por lo menos, seis meses.

Tipos de demencia (CIE-10)

– Demencia en la enfermedad de Alzheimer.

- Demencia vascular.
- Demencia en otras enfermedades (enfermedades de Pick, Creutzfeldt-Jakob, Huntington, Parkinson, infección por VIH).
- Demencia en intoxicaciones por monóxido de carbono, lipoidosis cerebral, epilepsia, parálisis general progresiva, degeneración hepatolenticular, hipercalcemia, hipotiroidismo, intoxicaciones, esclerosis múltiple, neurosífilis, deficiencia de niacina, poliarteritis nodosa lupus sistémico, tripanosomiasis africana y americana y déficit de B12.


10:25:06
DU3:233
SCAN 5
1 38L
H/SP
RIGHT
5 CM
TI 5
KV 125
AS .35
SL 4
GT 0
W 120
C 30

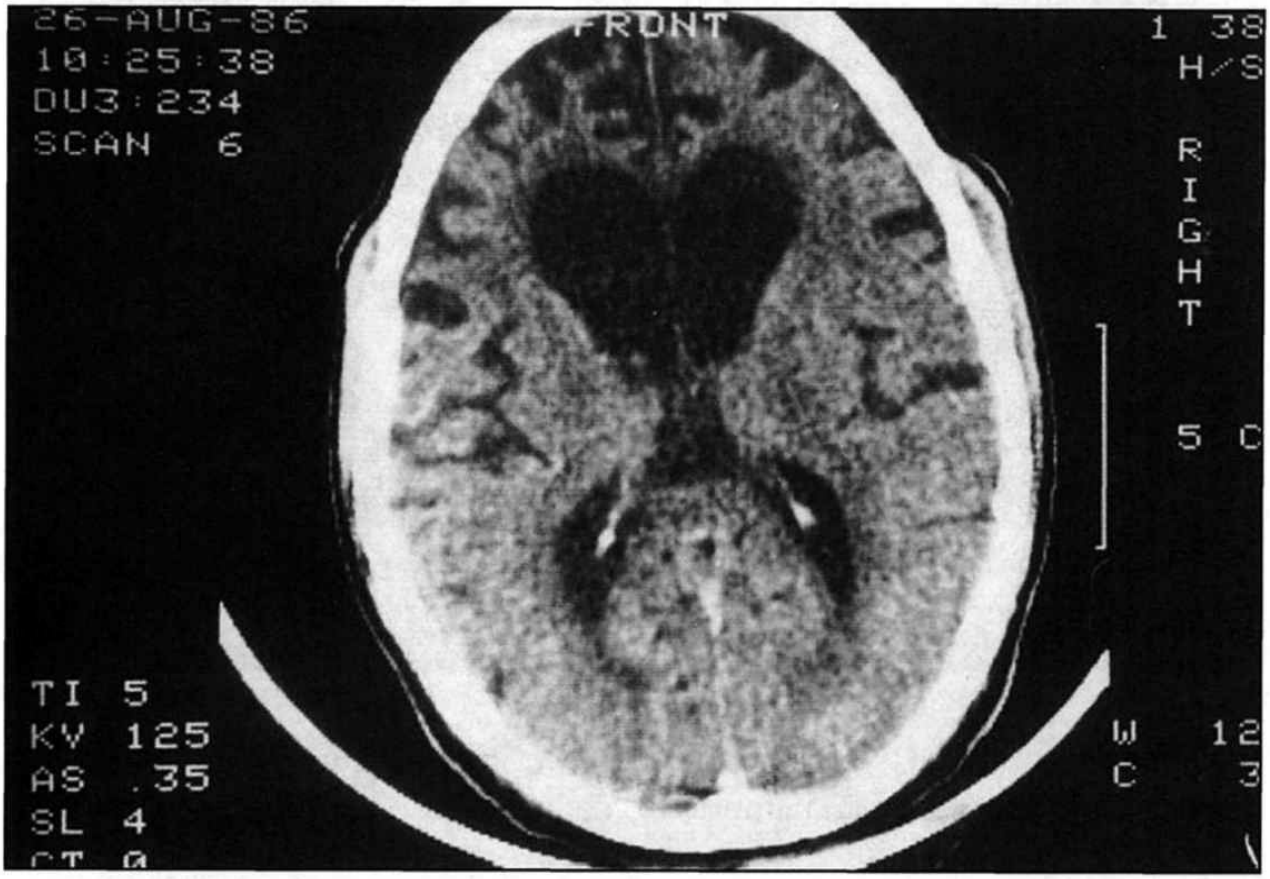

26-AUG-86
10:25:38
DU3:234
SCAN 6
FRONT
1 38
H/S
RIGHT
5 C
TI 5
KV 125
AS .35
SL 4
W 12
C 3

FIGURA 14.1. Tomografía computarizada de un paciente con probable enfermedad de Pick en la forma de afectación bifrontal. Se aprecia una importante degeneración córtico-subcortical y de la cabeza del núcleo caudado, bilateral.

Un 60% de las demencias corresponden a la enfermedad de Alzheimer; un 20% son de origen vascular; un 10-15% representa la combinación de los anteriores. El resto corresponde a los demás tipos de demencia.

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno cortical (figura 14.2) de etiología no bien conocida aunque se han identificado factores genéticos, metabólicos e inmunológicos que explican algunas de sus manifestaciones histológicas, bioquímicas y clínicas.

Esta enfermedad tiene un comienzo insidioso y una progresión lenta a lo largo de varios años. Puede tener un comienzo precoz (antes de los 65 años) o tardío (en personas mayores de 70 años). Desde el punto de vista clínico se caracteriza por trastornos cognitivos, especialmente de la memoria y del juicio.

Para efectuar el diagnóstico de la enfermedad deben estar ausentes de la exploración clínica y de las exploraciones complementarias hallazgos que puedan corresponder a un trastorno vascular cerebral o a otro tipo de enfermedad cerebral o sistémica capaces de originar demencia.

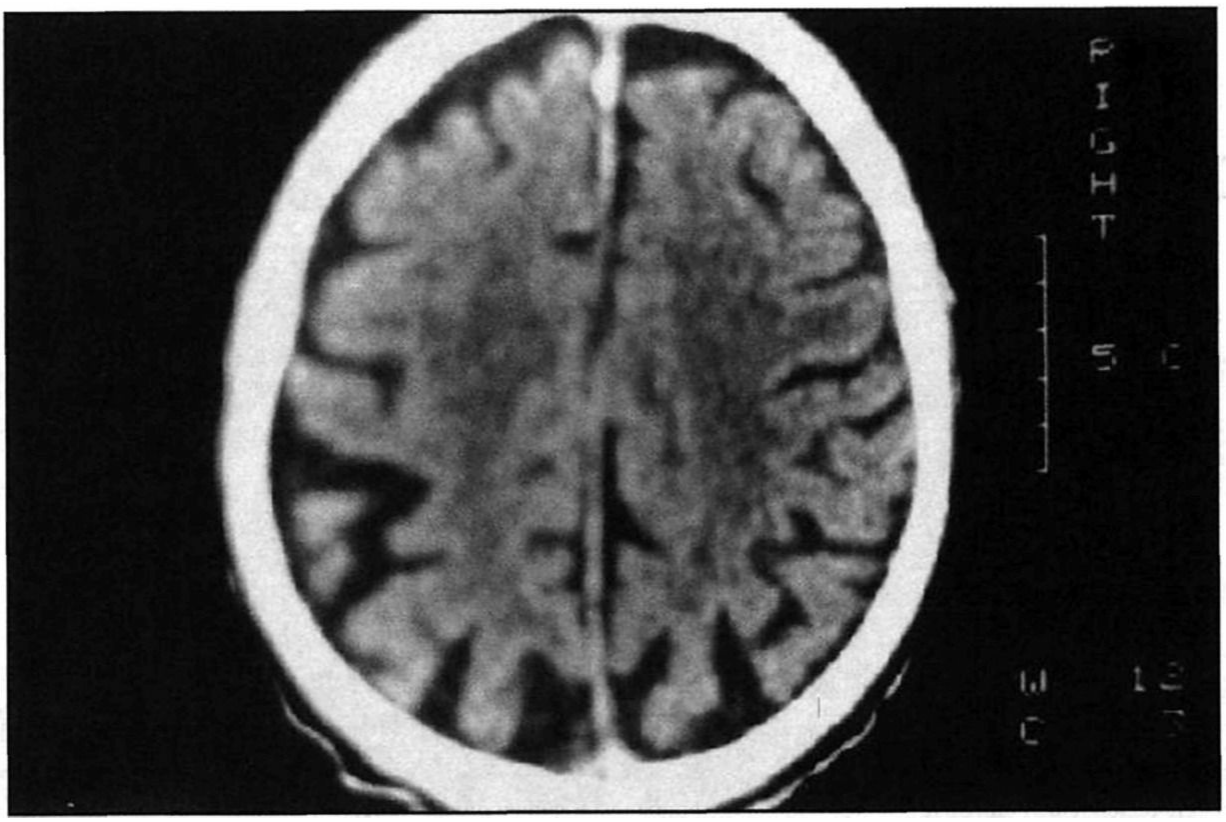


FIGURA 14.2. Hallazgos típicos de la tomografía computarizada de pacientes con enfermedad de Alzheimer. En la imagen se aprecia atrofia cortical, en este caso de predominio posterior.

La demencia vascular es consecuencia de infartos cerebrales secundarios a enfermedad vascular del sistema nervioso central o vasculopatía hipertensiva (figura 14.3).

Se caracteriza por un comienzo brusco y una evolución más rápida y más escalonada que la enfermedad de Alzheimer. El deterioro cognitivo es variable y presenta, además, signos neurológicos focales y signos de enfermedad vascular (hipertensión arterial, soplos carotídeos, alteraciones en el flujo cerebral, etc.).

En general, en este tipo de demencia la personalidad se mantiene bien conservada, aunque algunos pacientes puedan presentar trastornos de la misma.

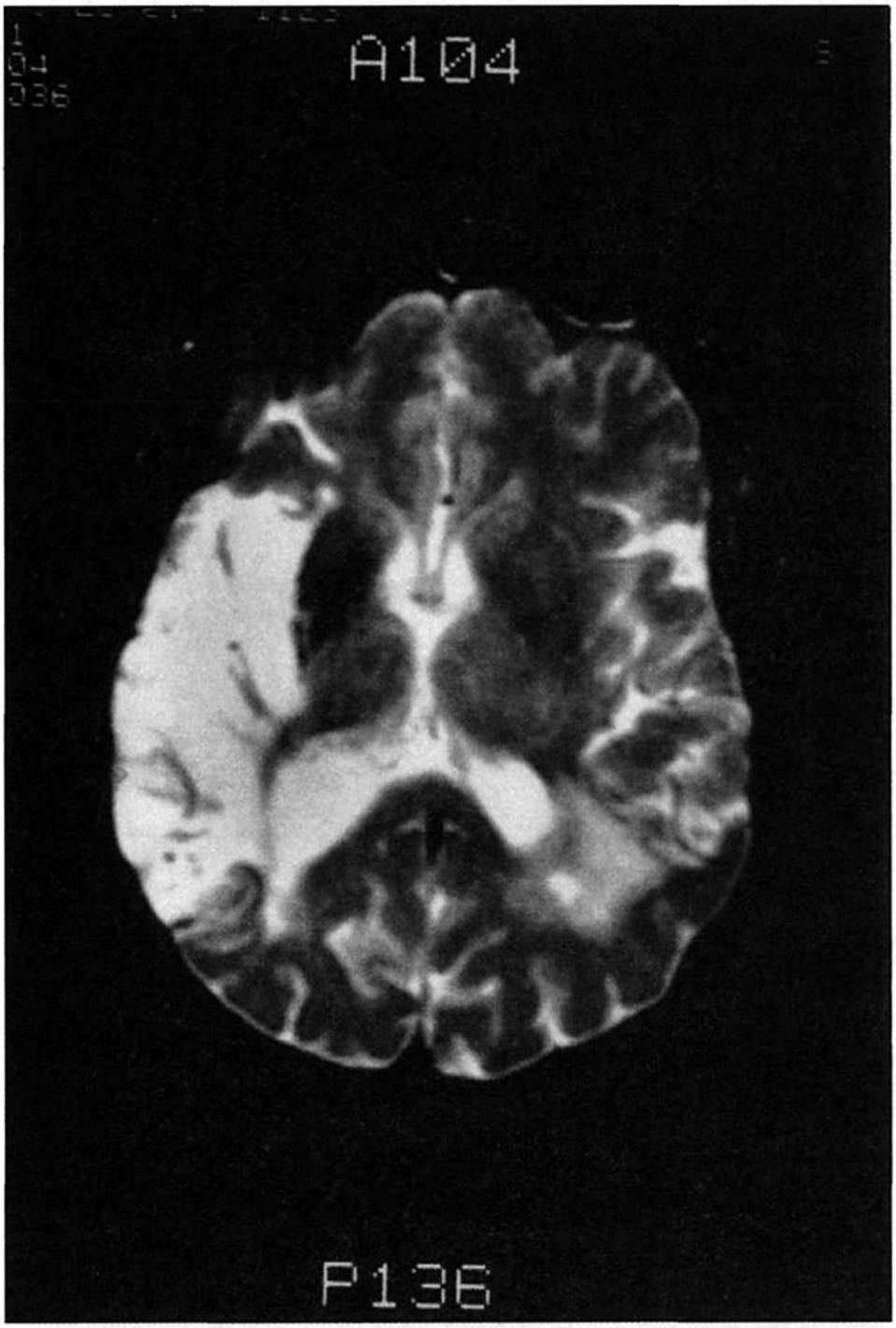


FIGURA 14.3. Corte transversal de resonancia magnética de un paciente que presentaba demencia por multiinfarto. Obsérvese la afectación de ambas encrucijadas témporo-parieto-occipitales que implican áreas de asociación del córtex posterior.

Diagnóstico

Debe establecerse por las características clínicas y los estudios complementarios, que deben comprender, de forma sistemática, determinaciones elementales de sangre y bioquímica sanguínea, cuantificación de hormonas tiroideas y vitamina B12, pruebas serológicas para lúes, VIH, técnicas de diagnóstico por imagen, determinaciones de neurotransmisores y pruebas neuropsicológicas (Mini examen cognoscitivo, Escala de demencia de Blessed, Escala de Hachins-ki, Brief Cognitive Rating Scales (BCRS), Funtional Assestment Stages (FAST), Behave AD, etc.).

El diagnóstico diferencial hay que realizarlo entre entidades como:

- Trastorno depresivo.
- Delirium.
- Retraso mental leve o moderado.
- Estados de grado cognoscitivo bajo (por educación escasa y/o nivel socioeconómico bajo).
- Trastornos mentales yatrogénicos secundarios a fármacos.

Tratamiento

A) Etiológico

Por el momento sólo puede instaurarse un tratamiento etiológico en un restringido número de pacientes, aquellos que padecen algún tipo de las demencias denominadas *tratables* (hipotiroidismo, déficit de vitamina B12, ácido fólico y otras vitaminas, intoxicaciones…).

B) Paliativo

Especialmente dirigido a la enfermedad de Alzheimer y a la demencia vascular. Para la enfermedad de Alzheimer se han intentado tratamientos con agonistas colinérgicos, neuropéptidos y otros neurtransmisores y también con algunos fármacos que intentan una aproximación etiopatogénica a la enfermedad como neu-rotróficos, neurokininas, inhibidores de proteasas o de la peroxidación lipída, sin obtener resultados concluyentes hasta el momento.

Para la demencia vascular se utilizan los antiagregantes plaquetarios y los calcioantagonistas en un intento de frenar los trastornos vasculares responsables de la enfermedad.

C) Complicaciones

Las alteraciones de la conducta, los trastornos depresivos o ansiosos y las alteraciones del sueño se tratan con las medidas específicas correspondientes a cada una de ellas.

Actuación de enfermería

Los objetivos para el manejo del paciente con demencia pueden resumirse en los siguientes apartados:

A) Medidas generales

- Cuidar el entorno del paciente y sugerir las modificaciones que sean necesarias para una mayor seguridad y comodidad (evitar alfombras por el riesgo de caídas, iluminación adecuada, incluso nocturna, para evitar la desorientación, pasamanos en las paredes y escaleras, señalización del suelo, señalización de interruptores de luz, etc.).
- Evitar actitudes (gritos, brusquedad en el trato, gesto malhumorado, etc.) que puedan originar miedo o estrés al paciente.
- En caso de poca colaboración del paciente para la realización de los cuidados que precisa, bien por negativismo o por agitación, etc., las órdenes bruscas, los gritos e incluso la violencia física por parte del personal de enfermería contribuyen a agitar más al paciente.
- Sugerir actividades físicas y mentales que mantengan el interés del paciente y no le fatiguen.
- Ayudar al paciente a utilizar la memoria mediante estímulos adecuados y siempre que sea posible.
- Dar alimentos suaves y espesos y comprobar la temperatura de los mismos para evitar quemaduras.
- Evitar alimentos de texturas diferentes (por ejemplo, legumbres y caldo) para que el paciente no se atragante si no sabe si debe mastigar o tragar.
- Proporcionar dietas con abundante fibra y líquidos para evitar constipación y deshidratación.
- En los casos en que sea necesario dar de comer al paciente, suministrar pequeñas cantidades en cada cucharada, insistir en que mastique bien y no administrar más alimento hasta comprobar que ha tragado correctamente.
- No acostar al paciente hasta 1-2 horas después de la ingestión de alimentos.
- Medidas adecuadas para la incontinencia urinaria y fecal.
- Regañar al paciente por su incontinencia es completamente ineficaz y contraproducente.
- Si el paciente permanece encamado, realizar cambios posturales periódicos y demás medidas habituales para evitar úlceras por decúbito.
- Extremar las medidas de limpieza para evitar las infecciones cutáneas y urinarias.
- Facilitar información a los familares sobre los cuidados que han de realizar en el domicilio (alimentación, limpieza, manejo de los trastornos conductuales, etc.) así como de los recursos de cuidados de salud comunitaria: centros de día, residencias asistidas, ayudas domiciliarias, etc.

B) Trastornos de la conducta

- El profesional de enfermería debe estar preparado para identificar y actuar con prontitud ante los desórdenes conductuales que estos pacientes pueden presentar en el transcurso de su enfermedad:
  - Agitación
  - Agresividad
  - Alucinaciones
  - Desorientación
  - Reacciones catastróficas
  - Negativismo
  - Trastornos afectivos
  - Trastornos del nivel de conciencia

Una actitud serena, amable y firme, justo con las medidas terapéuticas prescritas, puede ayudar a controlar estos trastornos.

C) Complicaciones

- *Generales:* infecciones respiratorias, urinarias y cutáneas, úlceras por decúbito, trastornos de la evacuación, etc. Requieren la actuación de enfermería específica para cada situación.
- *Complicaciones del tratamiento farmacológico:* Con frecuencia estos pacientes reciben psicofármacos para controlar los trastornos psiquiátricos asociados con la enfermedad. Este tipo de tratamiento puede originar diversos efectos secundarios o reacciones adversas que el profesional de enfermería debe saber identificar. Entre ellos figuran:
  - Reacciones paradójicas de los fármacos (especialmente benzodiacepinas).
  - Movimientos anormales por el consumo de neurolépticos.
  - Alteraciones del tono y de la postura originados también por los neurolépticos.
  - Alteraciones del patrón del sueño (benzodiacepinas, neurolépticos, antidepresivos).
  - Alteraciones del nivel de conciencia por sobredosificación de psicofármacos.
  - Constipación, retención urinaria, dolor ocular (por glaucoma) por el efecto anticolinérgico de antidepresivos tricíclicos.

14.5. Síndrome amnésico

Es un trastorno clínico que se caracteriza fundamentalmente por un fallo de la

memoria (figura 14.4). Este fallo afecta tanto a la memoria reciente (incapacidad para almacenar nueva información) como a la memoria remota (incapacidad para evocar recuerdos). No existen alteraciones del nivel de conciencia ni trastornos cognitivos o de la personalidad.

En la fase aguda de la enfermedad está presente un rasgo característico, denominado *confabulación*, que consiste en la manifestación de respuestas inapropiadas a preguntas sencillas y directas.

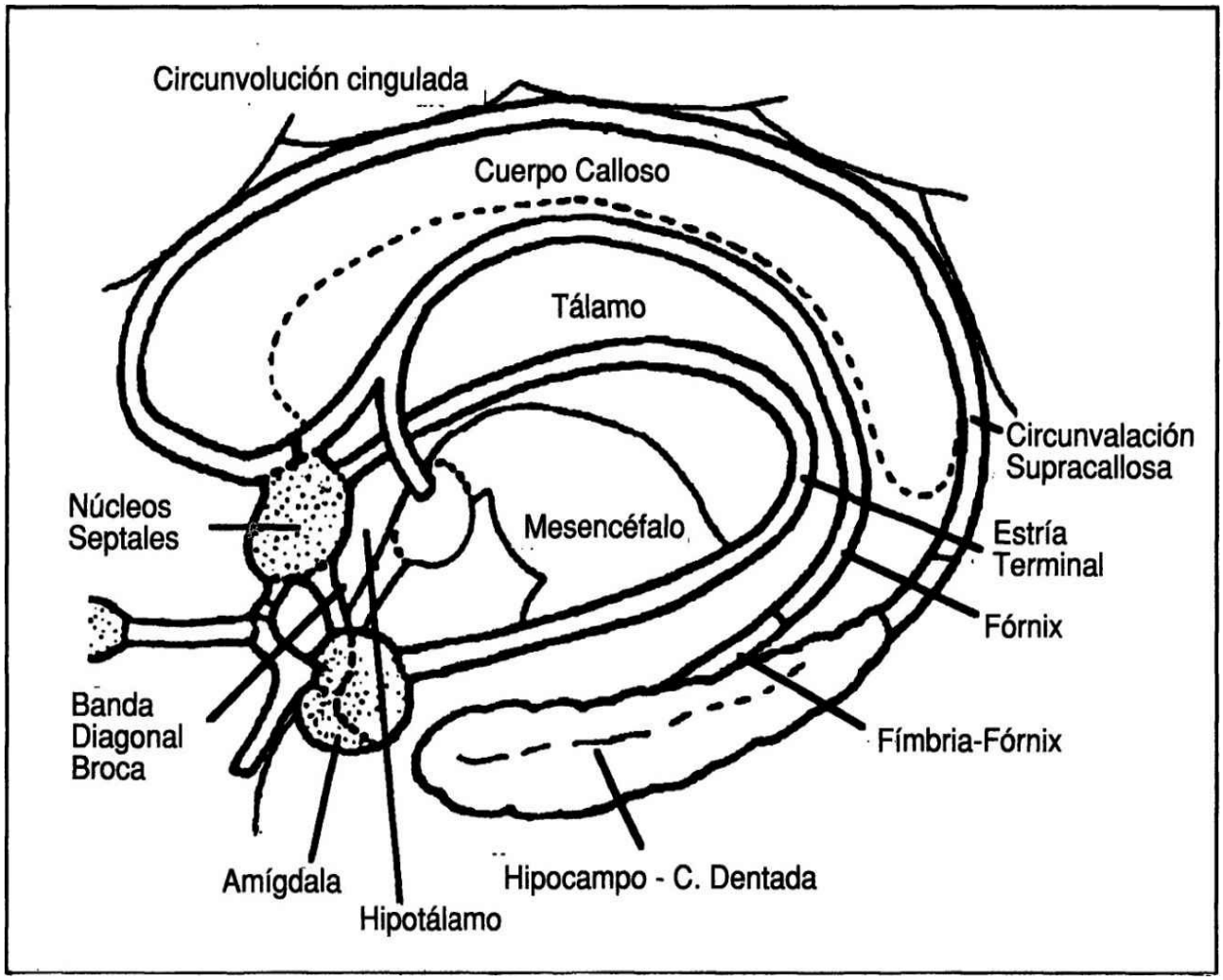


FIGURA 14.4. Estructuras anatómicas implicadas en la patología de la memoria.

Etiología

Entre las causas del síndrome amnésico pueden citarse la deficiencia de tiami-na, el traumatismo craneoencefálico (figura 14.5) y, con menor frecuencia, accidentes vasculares cerebrales, encefalitis y tumores que afecten al lóbulo temporal y a la región

del III ventrículo.

Tratamiento

Es fundamentamente etiológico: tratar de corregir la causa que ha originado el síndrome amnésico. No existen fármacos ni otras medidas terapéuticas para los síntomas de este trastorno.

Actuación de enfermería

- Vigilancia del paciente (cuando esté ingresado) para evitar fugas o extravíos.
- Ayudar a tranquilizar al paciente si se angustia al no poder recordar su propia identidad, situaciones o personas de su entorno familiar.
- Proporcionar información al paciente acerca de su identidad, nombre de sus familiares, lugar donde se encuentra.

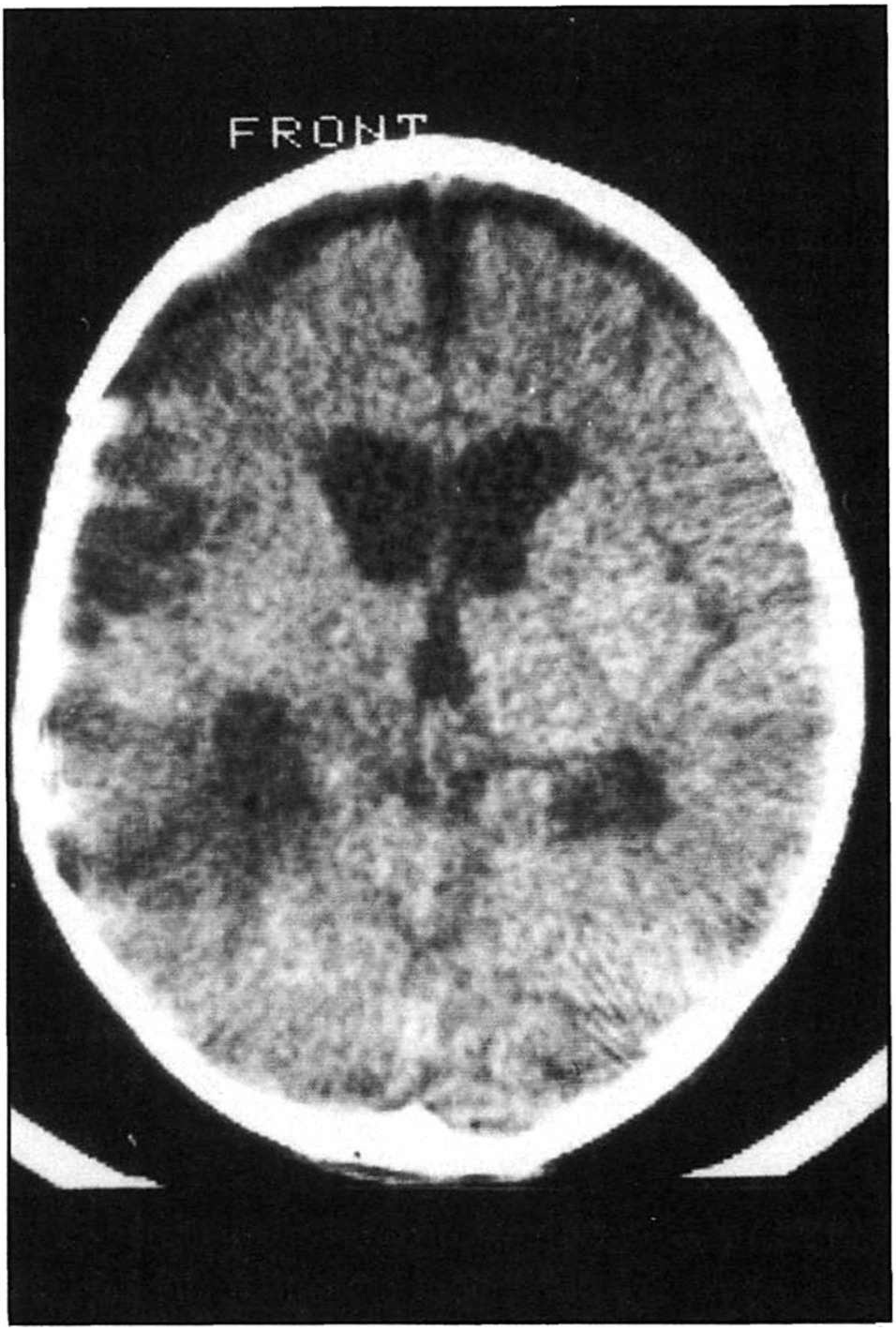


FIGURA 14.5. Atrofia cerebral difusa (aumento de los surcos y dilatación ventricular) y lesiones focales frontal y temporal izquierdas en un niño de tres años con traumatismo craneoencefálico grave por accidente de tráfico. El niño presentaba una afasia global síndrome de hiperactividad con trastorno atencional y marcados déficits de memoria.

14.6. Síndrome delirante orgánico

Es una alteración caracterizada por la presencia de delirios que pueden ser atribuidos a factores orgánicos específicos. En ocasiones acompañan al delirio leves alteraciones cognitivas, cambios afectivos y trastornos de la personalidad. Los delirios suelen ser de tipo persecutorio y están, por lo general, bien estructurados.

Para establecer el diagnóstico es preciso que no existan alteraciones del nivel de conciencia (como en el delirium), trastornos cognitivos graves (como en la demencia) ni alucinaciones (como en la alucinosis orgánica). La mayor dificultad para realizar el diagnóstico preciso es la similitud del cuadro clínico con las psicosis con manifestaciones paranoides.

Etiología

- Drogas de abuso (anfetaminas, drogas de diseño).
- Crisis epilépticas parciales complejas con foco temporal.
- Lesiones orgánicas cerebrales (por ejemplo, lesiones vasculares del lóbulo parietal no dominante).

Tratamiento

Es básicamente etiológico.

Actuación de enfermería

Dependerá de los síntomas concomitantes del trastorno fundamental. En general, una actitud amistosa y próxima al paciente puede resultar efectiva para mantenerle sosegado.

14.7. Alucinosis orgánica

Consiste en la presencia de alucinaciones persistentes o recurrentes, generalmente visuales o auditivas, que se presentan sin alteraciones del nivel de conciencia ni de las funciones cognitivas y sin trastornos del estado de ánimo ni ideas delirantes.

Etiología

- Drogas de abuso (alucinógenos) y, en menor medida, alcohol.
- Enfermedades de las vías sensoriales.
- Deprivación sensorial.
- Crisis epilépticas con foco temporal u occipital.

Tratamiento

- Etiológico, siempre que sea posible.
- Sintomático: los neurolépticos pueden ser útiles en algunos pacientes.

Actuación de enfermería

- El acercamiento al paciente debe realizarse con sumo cuidado, con tono de voz calmado y manteniendo contacto físico con él, por ejemplo, cogiéndole la mano.
- Si la compañía y el contacto físico son útiles, mantenerlos tanto tiempo como sea posible.
- Por el riesgo de autoagresión o daño a terceros en el transcurso de la alucinosis (especialmente en las de origen alcohólico) es preciso vigilar adecuadamente al paciente y proporcionar los medios necesarios para evitar las lesiones (objetos de plástico, restricción de movimientos, etc.)

14.8. Síndrome afectivo orgánico

La característica de este trastorno es una alteración del estado de ánimo con disminución de la vitalidad y la afectividad o, por el contrario, manifestarse con euforia leve. Pueden estar presentes también otras manifestaciones de un trastorno depresivo. El síndrome es consecuencia de una alteración neurológica o somática demostrada adecuadamente.

Etiología

- Fármacos (antihipertensivos como reserpina o alfa-metil-dopa) y beta-bloqueantes.
- Enfermedades sistémicas (hipotiroidismo).
- Infecciones víricas (gripe, mononucleosis, hepatitis).
- Enfermedades neurológicas (enfermedad de Parkinson).
- Terapia esteroidea y simpaticomiméticos: originan euforia.

Tratamiento

- Tratamiento etiológico de las enfermedades causantes del síndrome afectivo o retirada de los fármacos responsables del trastorno.

Actuación de enfermería

- Una actitud positiva y optimista por parte del personal de enfermería puede ayudar a generar una disposición favorable al tratamiento médico en el paciente.
- Vigilancia adecuada para prevenir posibles tentativas de suicidio.
- Controlar las acciones realizadas por el paciente en la fase de euforia (gastar dinero, indiscreciones, conducta social inadecuada, etc.).

14.9. Síndrome orgánico de la personalidad

Es un trastorno que comprende acusados cambios de la personalidad, de etiología orgánica definida y caracterizado por la afectación de las emociones, de las necesidades y de los impulsos y, en ocasiones, de los procesos cognitivos.

Entre las alteraciones emocionales se observa labilidad emocional (de la euforia a la ira o agresividad) o, por el contrario, apatía.

La falta del control de los impulsos puede llevar al paciente a realizar conductas delictivas (robos, manifestaciones obscenas, agresiones sexuales, etc.) o a descuidar la higiene o las pautas de comportamiento social generalmente aceptadas.

Puede presentarse también inconsistencia en las actividades que requieran períodos largos de atención o trastornos cognitivos con ideas paranoides y alteraciones del ritmo y flujo del lenguaje.

Etiología

- Afectación del lóbulo temporal.
- Psicocirugía (lobotomía o leucotomía).
- Traumatismo craneoencefálico.
- Crisis epilépticas con foco temporal o límbico.

Tratamiento

- Cuando sea posible, etiológico.
- No existe un tratamiento específico para las manifestaciones clínicas de este síndrome.
- En casos de agitación grave o de trastornos del comportamiento pueden utilizarse neurolépticos.
- En algunos pacientes (por ejemplo, epilépticos), la combinación de anticomiciales y la psicoterapia puede ser eficaz.
- Cuando todos los medios disponibles fracasan y existe grave riesgo de autolesiones o de daño a terceros puede intentarse (en casos muy seleccionados) la psicocirugía.
- En ocasiones puede ser necesario separar del hogar al paciente muy agresivo e intratable.

Actuación de enfermería

- Si el paciente está hospitalizado, extremar precauciones por el riesgo de agresión.
- Ayudarle a seguir las pautas de comportamiento social.
- Ayudar a la familia a resolver los conflictos de convivencia con el paciente.
- Proporcionar los cuidados necesarios siempre en relación con las necesidades que presente en la evolución del trastorno.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona, 1989.

AYUSO GUTIÉRREZ, J. L. y SALVADOR GARULLA, L.: *Manual de psiquiatría*. Interameri-cana McGraw-Hill. Madrid, 1992.

COOK, J. S. y FONTAINE, K. L.: *Enfermería psiquiátrica*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1989.

JUNQUÉ, C. y BARROSO, J.: *Neuropsicología*. Síntesis. Madrid, 1994.

KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J.: *Tratado de psiquiatría*, 2ª ed. Salvat. Barcelona, 1989.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor. Madrid, 1992.

RIGOL CUADRA, A.y UGALDE APALATEGUI, M.: *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Salvat. Barcelona, 1991.

TALBOTT, J. A.; HALES, R. E. y YUDOFSKY, S. C.: *Tratado de psiquiatría*. Áncora. Barcelona, 1989.

15

Trastornos debidos al consumo de alcohol

OBJETIVOS

- Conocer el concepto de alcoholismo.
- Conocer la clasificación, etiopatogenia y clínica de los alcoholismos.
- Saber establecer el diagnóstico de alcoholismo.
- Identificar las diferentes psicosis alcohólicas.
- Conocer las estrategias asistenciales en los alcoholismos a nivel ambulatorio y hospitalario.
- Saber qué posibilidades preventivas existen en los alcoholismos: primarias, secundarias y terciarias.
- Conocer las necesidades y cuidados físicos y psicológicos del enfermo afectado de una psicosis alcohólica, especialmente en sus fases de desintoxicación y deshabituación.
- Justificar y valorar las necesidades físicas y psicológicas del entorno familiar, social y laboral de los enfermos alcohólicos.

15.1. Concepto de alcoholismo

Hoy día los modelos más aceptados para explicar la instauración de la dependencia alcohólica son los válidos para las drogodependencias en general. En el capítulo 16, dedicado a ellas, quedan expuestos de forma genérica aspectos conceptuales, etiopatogénicos y de estrategias terapeúticas que pueden ser perfectamente aplicables a los alcoholismos. Queda clara, por tanto, la estrecha relación existente entre éstos y el resto de las drogodependencias.

No obstante, al ser el alcohol una droga institucionalizada y muy vinculada a nuestra cultura, queda justificado el que los problemas de su abuso sean expuestos en un capítulo independiente (para una mejor comprensión del mismo, es recomendable que el lector lea previamente el capítulo 16). A favor de este planteamiento también se pueden invocar los altos costes sanitarios y sociales de esta drogodependencia específica.

El uso de bebidas alcohólicas está muy extendido, y en España son pocas las personas que mantienen una abstinencia total. Los que así actuan suelen hacerlo por ideas religiosas o higiénicas y, algunos, por encontrarse precisamente en tratamiento antialcohólico, en cuyo caso se trata de enfermos estabilizados.

La mayor parte de la población española hace uso de bebidas alcohólicas de forma moderada, consumiendo como alimento cantidades que pueden ser meta-bolizadas sin peligro. Este uso resulta estadística y funcionalmente normal, por lo que no supone ninguna desadaptación física, psíquica o social, a pesar de poder incluir de forma excepcional, en un contexto recreativo o accidental, intoxicaciones etílicas agudas sin otras connotaciones patológicas.

Las cantidades consumidas por otra parte de la población son lo suficientemente altas como para comprometer la actividad laboral o social de los usuarios o su estabilidad física o psíquica. Se trata de conductas en el límite de lo patológico, que pueden tener un sentido prodrómico de una dependencia alcohólica, aunque durante muchos años tengan un carácter reversible. En este momento es cuando más valiosa puede resultar una detección precoz.

Finalmente, existe un grupo de población estimado de forma global entre un 5 y un 10% que presenta síntomas específicos de alcoholismo crónico.

Son varios los criterios utilizados para la definición de la enfermedad alcohólica, de ahí la existencia de algunas variaciones en las cifras de prevalencia.

Con frecuencia los criterios han hecho referencia al alcohol en sí mismo. Esta opinión se basa en los resultados de la investigación de los internistas que lograron demostrar la existencia de una relación inequívoca entre la cantidad de alcohol consumido en un tiempo suficiente y la incidencia de alteraciones hepáticas. En virtud de estos conocimientos, se estimó que la máxima cantidad metabolizable es de 1 gr de alcohol puro por Kg de peso y día. En la práctica, al aplicar este criterio, encontramos muchos falsos positivos, que, si bien son consumidores excesivos, no pueden ser considerados alcohólicos desde el punto de vista clínico, pues carecen del correlato psicobiológico específico de esta enfermedad. En todo caso, estos consumidores excesivos pertenecerían a un grupo de alto riesgo en el que siempre será oportuno realizar acciones de tipo preventivo.

Obviamente, con el tipo de bebida consumida o el tiempo de duración de la ingesta, tampoco puede fundamentarse una definición rigurosa del alcoholismo, aunque así lo han pretendido algunos autores.

Se han utilizado otros criterios de tipo clínico en los que se afirma la existencia de enfermedad alcohólica desde el momento en que la ingestión de alcohol produce algún tipo de complicación. En esta línea la OMS en 1951 definía:

> Se consideran alcohólicos aquellos bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol ha alcanzado tal grado que presentan un trastorno mental, o bien manifestaciones que afectan su salud física y mental o sus relaciones con los demás y su buen comportamiento social y económico o bien pródromos de los trastornos de este género. Todos ellos deben someterse a tratamiento.

En esta definición, además de una pormenorizada descripción de los posibles trastornos, aparece una noción fundamental, la de "dependencia". Este concepto, referido a la pérdida de libertad del enfermo ante la bebida, fue ampliado por Jellinek en 1960 cuando descubrió las dos formas en que dicha pérdida de libertad puede manifestarse en la práctica: pérdida de control o incapacidad de abstenerse.

En resumen, para conceptualizar o definir el alcoholismo habrá que, por un lado, analizar la cantidad de alcohol consumido, combinándola con la frecuencia en el beber. Además, se deberá valorar la posible dependencia a nivel psicológico o físico. Finalmente, habrá que estudiar los efectos producidos por el alcohol, tanto agudos (frecuencia de embriagueces) como crónicos, con sus manifestaciones biológicas, psicopatológicas, familiares, laborales, etc. Por estas razones resulta difícil, o casi imposible, formular una definición adecuada para el alcoholismo.

El mismo Jellinek lo explicaba de forma convincente: "Una definición unitaria del alcoholismo no es posible, porque existen varias especies de alcoholismos en plural".

Esta concepción pluralista es la que han desarrollado, además de Jellinek, otros autores, como Feuerlein en 1972, Alonso Fernández, en 1978 y Madden en 1979. También en esta línea se encuentra la definición propuesta por la *2ª* Asamblea Mundial de la Salud en 1976 y las presentadas por los criterios diagnósticos DSM-III de 1980 y DSM-III-R de 1987 de la American Psychiatric Association y otros catálogos diagnósticos. Cada una de las diversas modalidades de alcoholismo se debe a una serie de factores socioculturales e individuales que hacen difícil, por su misma pluralidad, una definición concreta que, de forma unívoca, sea válida y fiable para cada caso.

15.2. Clasificación de los alcoholismos

El alcoholismo, como el resto de las drogodependencias, resulta de la interacción

de dos factores: personalidad del consumidor y ambiente social. El consumo siempre es la resultante del binomio demanda-oferta. Los factores de personalidad favorecen la demanda y los sociales actúan fundamentalmente sobre la oferta, aunque algunos de ellos, de forma inespecífica, también pueden hacerlo sobre la demanda.

En 1960, Jellinek publicó una clasificación de los alcoholismos en la que se utilizó para nominarlos las cinco primeras letras del alfabeto griego:

- *Alcoholismo ALFA:*

  - Dependencia psicológica ya que el alcohol se utiliza para calmar los dolores somáticos o emocionales.
  - No se aprecia pérdida de control ni incapacidad de abstenerse.
  - Esta forma puede constituir un preludio del alcoholismo gamma.

  Este tipo de alcoholismo casi coincide con el que Alonso Fernández denomina *bebedor enfermo psíquico*, que utiliza el alcohol para reducir o exaltar los síntomas de enfermedad psíquica subyacente.

- *Alcoholismo BETA* (corresponde a una alcoholización de larga duración):

  - Complicaciones somáticas (cirrosis, polineuritis, etc.).
  - Existe un aumento de la tolerancia.
  - No se aprecia dependencia física ni psíquica.
  - Puede evolucionar hacia el tipo delta.

  En la clasificación de Alonso Fernández este tipo equivale al *bebedor alcoholizado*, siempre que se mantenga libre de dependencia, lo cual es raro.

- *Alcoholismo GAMMA:*

  - Aumento importante de la tolerancia.
  - Dependencia psicológica, que suele progresar hacia la física, apareciendo síndrome de abstinencia y/o pérdida de control.

  Para Alonso Fernández la característica definitoria de este tipo, que denomina *alcoholómano*, es el impulso a la embriaguez. Los factores de personalidad son los que más influyen en su génesis. Dentro de ellos pueden destacarse: inmadurez afectiva, deficientes relaciones sociales, desesperanza, etc. El alcohol es utilizado como droga dinamógena de forma irregular e impulsiva.

- *Alcoholismo DELTA:*

  - Incapacidad manifiesta de abstenerse. El enfermo no puede estar ni un

solo día sin beber.

– El resto de características son idénticas al alcoholismo gamma.

Se corresponde con el *bebedor excesivo regular* de Alonso Fernández, que este autor delimita como el que consume todos los días, de forma social y simpática, no pierde el control, pero tiene una manifiesta incapacidad de abstinencia.

- *Alcoholismo ÉPSILON*(conocido en Europa con el nombre de *dipsomanía):*

  – Consumo compulsivo y caótico de bebidas alcohólicas que es patológico por sí mismo o como síntoma de la enfermedad subyacente.

  – No aparece síndrome de abstinencia.

  En la clasificación de Alonso Fernández aparece este tipo como un *subgrupo del bebedor enfermo psíquico*.

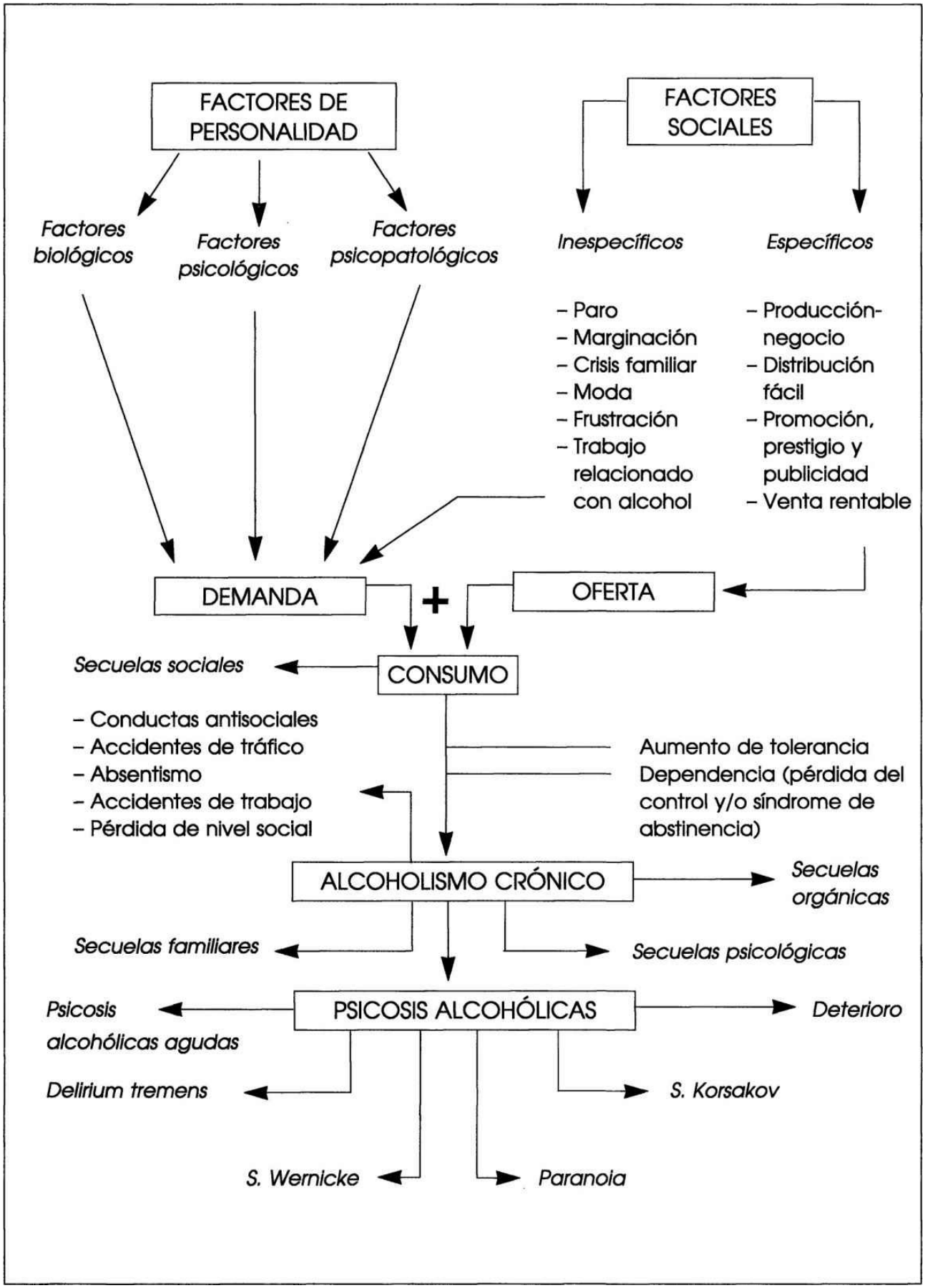
En resumen, ambas clasificaciones presentan en líneas generales la correspondencia reflejada en el cuadro 15.1.

CUADRO 15.1
Clasificación comparada de los alcoholismos

JELLINEK	ALONSO FERNÁNDEZ
Alcoholismo ALFA	Bebedor habitual enfermo psíquico
Alcoholismo BETA	Bebedor alcoholizado
Alcoholismo GAMMA	Bebedor alcoholómano
Alcoholismo DELTA	Bebedor excesivo regular
Alcoholismo ÉPSILON	Bebedor episódico enfermo psíquico

15.3. Etiopatogenia

En la figura 15.1 puede apreciarse cómo influyen los factores de personalidad y de tipo social propiciando la demanda y la oferta de alcohol, lo que facilita el consumo, que presenta unas secuelas sociales, independientemente de que se haya estructurado o no el alcoholismo crónico.


FACTORES DE PERSONALIDAD
FACTORES SOCIALES
Factores biológicos
Factores psicológicos
Factores psicopatológicos
Inespecíficos
Específicos
– Paro
– Marginación
– Crisis familiar
– Moda
– Frustración
– Trabajo relacionado con alcohol
– Producción-negocio
– Distribución fácil
– Promoción, prestigio y publicidad
– Venta rentable
DEMANDA
+
OFERTA
Secuelas sociales
CONSUMO
– Conductas antisociales
– Accidentes de tráfico
– Absentismo
– Accidentes de trabajo
– Pérdida de nivel social
Aumento de tolerancia
Dependencia (pérdida del control y/o síndrome de abstinencia)
ALCOHOLISMO CRÓNICO
Secuelas orgánicas
Secuelas familiares
Secuelas psicológicas
Psicosis alcohólicas agudas
PSICOSIS ALCOHÓLICAS
Deterioro
Delirium tremens
S. Korsakov
S. Wernicke
Paranoia

Fuente: Crespo, J.; Girón, S. y Martínez, J. M.

FIGURA 15.1. Etlopatogenia del alcoholismo.

Los alcoholismos alfa y épsilon están producidos esencialmente por factores psicopatológicos, aunque también estén potenciados y favorecidos por otros elementos socioculturales.

En el alcoholismo beta, puede afirmarse que el propio alcohol etílico y los factores biológicos, que permiten un aumento de la tolerancia, constituyen los elementos etiológicos fundamentales.

En el alcoholismo gamma, son los factores individuales, con el correlato de los rasgos de personalidad anteriormente mencionados, los que adquieren mayor importancia etiopatogénica.

Los factores socioculturales, tanto específicos como inespecíficos, son los responsables del alcoholismo delta. En él son secundarios otros elementos personales (falta de crítica o escaso nivel cultural) aunque también influyen en la génesis de este tipo de alcoholismo.

Dentro de los factores de personalidad resulta obligado señalar el conjunto de predisposiciones somáticas (sexo, raza, edad, dotación encimática, etc.) que pueden influir en la vulnerabilidad de un individuo al alcohol.

En un estadio final de la carrera alcohólica, tras 10 ó 20 años de abusos, una vez instaurada la dependencia y el incremento de la tolerancia, los distintos tipos de alcoholismo se refunden o fusionan bajo el cuadro de alcoholismo crónico, con sus correspondientes síntomas somáticos, psíquicos y sociales.

15.4. Clínica

En las manifestaciones clínicas del alcoholismo se pueden distinguir tres grupos diferenciados de síntomas: psicopatológicos y psiquiátricos, orgánicos, y sociofamiliares.

15.4.1. Síntomas psicopatológicos y psiquiátricos

Además del síndrome de dependencia, desarrollado a continuación, en los alcohólicos pueden apreciarse otros síntomas psiquiátricos inespecíficos que, debidamente asociados, pueden seguir el diagnóstico de la enfermedad:

- Trastornos del sueño con fenómenos ansiosos nocturnos.
- Disminución de la líbido, que puede llegar a la impotencia manifiesta.

- Síntomas depresivos primarios o secundarios al alcoholismo.

SÍNDROME DE DEPENDENCIA

Se trata de un cuadro que no es fácilmente reconocible y suele manifestarse en la práctica con pérdida de control o incapacidad de abstenerse.

La pérdida de control o incapacidad para detener la ingestión, que se prolonga hasta llegar a la embriaguez, es un síntoma de instauración rápida, prototipo definidor de algunos alcohólicos. Su aparición no tiene carácter general, alternándose en la mayor parte de los enfermos días de consumo controlado, más o menos normal, con otros en que aparecería un claro descontrol, lo que podría estar en relación con diversos factores psicológicos o situacionales. Este modelo de enfermo, que presenta una capacidad de abstinencia conservada, hace un uso del alcohol como droga psicoactiva consumiendo con frecuencia bebidas de alta graduación a solas. En los países nórdicos, no vitivinícolas, es donde más frecuentemente aparece este patrón patológico de uso.

Por otro lado, la dependencia puede manifestarse con incapacidad de abstenerse de consumir alcohol durante unos días seguidos. En esta modalidad de dependencia, de instauración más tardía, el enfermo suele consumir, acompañado y en ambiente agradable, bebidas de baja graduación (vino o cerveza). Intermitentemente se observa aparición de embriagueces que demuestran un aumento ocasional de la cantidad de alcohol ingerida, aunque ésta suele ser regular. Esta modalidad es generalmente más frecuente en los países latinos de tradición vinícola.

El síndrome de dependencia, que se presenta al reducir bruscamente el aporte de alcohol, puede manifestarse con síntomas psicológicos o físicos:

- *Dependencia psicológica*. En ella, los síntomas de deprivación son fundamentalmente ansiosos.
- *Dependencia física*. El cuadro clínico, dependiendo de la gravedad del caso, se caracteriza por temblor, sudoración, trastornos de la coordinación, parestesias, crisis comiciales, trastornos gastrointestinales y cardiocirculatorios, angustia, irritabilidad, modificaciones del estado de conciencia, trastornos del sueño, etc.

Cuando el cuadro está completamente desarrollado, es frecuente que el enfermo presente todas las mañanas, e incluso a medianoche, síntomas múltiples y graves, que mejoran con la ingesta de alcohol.

El gran síndrome de abstinencia puede ir acompañado de intensa ansiedad, temblores amplios, crisis convulsivas, alucinaciones y trastornos de la conciencia.

En la práctica, los dos prototipos de enfermos descritos –el que pierde el control y cuando bebe se emborracha, conservando la capacidad de abstinencia; y el que, por el contrario, bebe todos los días, no se emborracha, pero ha perdido la capacidad de abstenerse– suelen refundirse en un cuadro terminal de enfermo que bebe a diario de

forma más o menos caótica y que ha perdido la capacidad de abstención.

15.4.2. Síntomas orgánicos

Los síntomas del alcoholismo en el campo de la medicina son numerosos y variados:

- *Neurológicos*. La polineuritis alcohólica es una degeneración de los nervios sensoriomotores de las extremidades atribuida a la falta de vitamina Bl, que afecta principalmente a las extremidades inferiores.

  El temblor, que como queda dicho sobreviene durante la abstinencia, también aparece con un abuso alcohólico persistente. Al principio es reversible y se mitiga con el aporte de bebida. Más tarde es continuo e irreversible, afectando a la lengua, labios, párpados, cabeza, etc.
- *Digestivos*. El alcoholismo puede producir diversas lesiones hepáticas: esteatosis, hepatitis y cirrosis. También son frecuentes las pancreatitis alcohólicas y diversos trastornos gastrointestinales.
- *Cardíacos*. Los síntomas alcohólicos más llamativos son la miocardiopatía alcohólica, la hipertensión arterial y las arritmias.
- *Síndrome alcohólico fetal*. Producido en los hijos de alcohólicos, se caracteriza por diversas malformaciones (microcefalia, corazón, etc.), déficit de desarrollo y retraso mental.
- *Otros órganos*. El alcoholismo también puede ser el causante de diversas alteraciones a nivel hemático (leucopenias, macrocitosis, anemias), endocrinológico (hipoglucemias), genital (atrofia testicular), cutáneo (telangiectasias) y respiratorio (bronquitis y tuberculosis pulmonar).

15.4.3. *Síntomas sociofamiliares*

Al alcoholismo crónico pueden ser atribuidas diversas complicaciones en el terreno sociofamiliar. Desde el punto de vista laboral, son frecuentes los problemas por absentismo, bajo nivel de rendimiento, inestabilidad, degradación e incapacidad laboral.

La mayor parte de los enfermos presentan desajustes familiares importantes, llegando muchos a la separación y disgregación total. Especial atención merecen las repercusiones sobre los hijos, que suelen padecer trastornos de conducta, alteraciones psicopatológicas y mayor incidencia de alcoholismo que otros grupos.

Los problemas económicos y de tipo legal suelen contribuir a una pérdida de nivel social y a la degradación total del enfermo alcohólico.

15.5. Diagnóstico

En los servicios de psiquiatría, el diagnóstico de alcoholismo suele resultar sencillo, ya que normalmente son casos muy estructurados los que llegan a consulta. No ocurre así en medicina interna, donde los síntomas de la enfermedad alcohólica, al ser inespecíficos, han de ser relacionados con el abuso de bebidas alcohólicas.

Al no existir ningún signo o síntoma patognomónico, habrá que analizar y valorar aquellos datos que a nivel somático, psicológico o social, posean la suficiente expresividad diagnóstica.

Un método útil para la detección y diagnóstico de los alcoholismos lo constituyen los llamados marcadores biológicos. Con ellos se pretende captar aquellas anomalías hematológicas o bioquímicas que se asocian con los alcoholismos.

Los indicadores clínicos más utilizados son:

- Gamma-glutamil transpeptidasa. Enzima de dosificación en suero rápida y simple. Se consideran positivos los valores superiores a 40 UI.
- Volumen corpuscular medio. La macrocitosis es un estigma biológico frecuente en los alcoholismos.
- Otros exámenes utilizados, que refuerzan la especificidad de las pruebas anteriores son: hipercolesteronemia, leuconeutropenia, suero ictérico, trombopenias y aumento de las transaminasas.

El análisis de ciertos aspectos relacionados con las pautas de consumo, también puede ser útil en el diagnóstico de los alcoholismos.

A lo largo de la evolución de la enfermedad, el alcohólico suele modificar los modos y las pautas de consumo de bebidas. En este sentido, son frecuentes y significativas las variaciones en el ritmo de ingesta o graduación de bebidas, así como el comienzo de ingestiones solitarias o a escondidas.

El incremento de tolerancia del bebedor excesivo suele ir seguido de una disminución de la misma cuando la enfermedad se estructura. En este aspecto, el alcohol es significativamente distinto a las otras drogas dependígenas en las que se produce un ininterrumpido incremento de la tolerancia tras las instauración del hábito.

Desde la década de los cincuenta también se han realizado importantes esfuerzos para lograr cuestionarios que detecten precozmente el alcoholismo. Algunos de ellos se han mostrado como instrumentos de importante valor predictivo. Los más difundidos son el MAST utilizado en los EEUU, el KFA en el área de habla alemana y la prueba autoadministrable anglosajona CAGE. Estos cuestionarios, algunos de ellos validados en España, suelen incluir niveles de diagnóstico relacionados con la dependencia física, aspectos psicológicos y sociales.

15.6. Psicosis alcohólicas

Las psicosis alcohólicas suponen casi siempre un estadio terminal del alcoholismo crónico en el que se producen síntomas complejos y graves con alteración global de la personalidad.

PSICOSIS ALCOHÓLICAS AGUDAS

No tiene un carácter tan serio como el de otras psicosis alcohólicas. En este diagnóstico se incluyen todos los síndromes cerebrales agudos de dimensiones psicóticas, siempre que no tengan los rasgos del delirium tremens. Las más frecuentes son las embriagueces típica y patológica.

- *Embriaguez típica:* Puede sobrevenir no sólo en el transcurso de un alcoholismo crónico, sino en un individuo que por primera vez ingiere bebidas alcohólicas, o que lo hace ocasionalmente. Es un cuadro muy frecuente que ocasiona muchas consultas en los servicios de urgencias de los hospitales generales.

  Las manifestaciones de la embriaguez dependen de muchos factores, entre los que destacan la tolerancia individual, nivel de alcoholemia, constitución corporal, estructura psíquica y psicológica de la persona, estado emocional previo. etc. Habitualmente se producen cambios (desinhibición, labilidad emocional, locuacidad, etc.). También, en el sujeto embriagado pueden encontrarse los siguientes signos: incoordinación, marcha inestable, nistagmus y sudor facial. En casos graves, con alcoholemia superior a 2,5 por 1.000 pueden aparecer trastornos neurológicos importantes con deshi-dratación y depresión del centro respiratorio.
- *Embríagez patológica:* Se diferencia de la embriagez típica por la relativa velocidad con la que se instaura la inquietud o agitación psicomotora. Con frecuencia, la cantidad de alcohol consumida ha sido escasa. Suele cursar con conductas claramente agresivas o violentas remitiendo al cabo de unas horas tras un periodo de sueño y dejando amnesia lacunar.

DELIRIUM TREMENS

Se trata de un cuadro agudo caracterizado por una clínica psiquiátrica específica y semiología médica (neurológica y metabólica). Sólo se presenta en alcohólicos crónicos con dependencia física.

Desde el punto de vista psiquiátrico aparecen síntomas de obnubilación, desorientación, ilusiones y alucinaciones visuales de contenido zoópsico, delirio ocupacional, angustia, etc.

A nivel neurológico, los trastornos más llamativos son: temblor, disartria, crisis epilépticas y ataxia. Entre los síntomas metabólicos destaca la sudoración, que provoca deshidratación y sed. El cuadro se acompaña también de insomnio, fiebre, taquicardia e hipotensión arterial.

SÍNDROME DE WERNICKE

Se trata de una encefalopatía carencial debida al déficit de vitamina Bl o tiami-na. Por esta razón, no es una encefalopatía exclusiva del alcoholismo, pudiendo aparecer en otros estados carenciales. Se caracteriza por cuadro confusional con componentes amnésicos y trastornos visuales. Puede asociarse a la polineuritis.

PARANOIA ALCOHÓLICA

Es una enfermedad delirante, poco frecuente, difícil de distinguir de la aluci-nosis alcohólica. Se caracteriza por síntomas delirantes que habitualmente tienen contenidos celotípicos y, a veces, de persecución o de prejuicio. También se aprecian alucinaciones acústicas.

SÍNDROME DE KORSAKOV

Es un cuadro caracterizado por fabulación y polineuritis. A veces se presenta formando parte de la encefalopatía de Wernicke.

DETERIORO

Después de un período prolongado de alcoholismo crónico, algunos pacientes sufren psicosíndrome orgánico con desintegración de la estructura de su personalidad, labilidad emocional, trastornos de conducta y síntomas demenciales propios del daño cerebral crónico y difuso.

15.7. Estrategias asistenciales de los alcoholismos a nivel ambulatorio y hospitalario

Al abordar el tratamiento de cualquier enfermo alcohólico, en primer término, se hace necesario un enfoque médico con el que se logre la desintoxicación y en el que se utilizarán terapias preferentemente farmacológicas.

Una vez alcanzado este objetivo terapeútico, habrá que dar paso a otros enfoques psicológicos y sociofamiliares. En esta segunda etapa, que puede denominarse de deshabituación, los fármacos tienen escasa participación.

De esta forma, las acciones farmacológicas y socioterápicas resultan complementarias al integrarse en diversas proporciones a lo largo de las distintas fases del tratamiento.

Con frecuencia, la desintoxicación ha de hacerse en el medio hospitalario. El enfermo casi siempre hace el ingreso en fase aguda de su enfermedad, por lo que precisará de inmediatas atenciones de enfermería al presentar síntomas de desnutrición,

deshidratación, inquietud, etc. El plan de asistencia debe satisfacer las necesidades básicas de alimentos, líquidos y descanso.

Solucionar el síndrome de deprivación y mantener una abstinencia rigurosa de bebidas alcohólicas son los objetivos prioritarios de la desintoxicación a nivel ambulatorio u hospitalario.

El personal de enfermería ha de tener presente la facilidad de autoengaño del paciente alcohólico, su capacidad para falsear datos, para lograr bebidas alcohólicas a escondidas y, en general, para atribuir sus infortunios a cualquier circunstancia, menos a la verdadera.

Por estas y otras razones, el alcohólico ha sido considerado como un vicioso. Aún hoy día, aunque cada vez existe mayor tendencia a considerar la enfermedad alcohólica desde una perspectiva científica, persisten en amplios sectores actividades represivas y marginadoras en el enfrentamiento con el alcoholismo.

El personal de enfermería debe rechazar estas concepciones y considerar al alcohólico como un enfermo que precisa ayuda en las esferas orgánica, psicológica y sociofamiliar.

Con la deshabituación alcohólica se pretenden modificar los patrones de conducta del enfermo y lograr que aprenda a vivir sin la bebida. Existen en la actualidad diversos métodos que se integran en el complejo proceso rehabilitador.

Las técnicas aversivas, ya sea con apomorfina, cianamida cálcica o disulfirán, tienen una utilidad limitada, por lo que no se utilizan de manera sistemática.

Las técnicas socioterápicas (psicoterapias individuales, grupales, asociativas, etc.) permiten en un alto porcentaje la abstinencia y reinserción familiar, social y laboral del paciente, objetivo general del tratamiento, al cual no puede llegarse con simples planteamientos farmacológicos. Mención aparte merece la intoxicación aguda producida en una persona no dependiente. En esta situación el personal de enfermería deberá atender las constantes vitales, logrando un ambiente relajado y tranquilo, acostando al paciente sobre el lado izquierdo para evitar la aspiración de vómitos.

En los casos de agresividad puede resultar necesaria la sujeción mecánica, que evitará las complicaciones (depresión respiratoria) de una sedación. Cuando el paciente está en coma, es necesario el control del equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base.

En el campo de la prevención del alcoholismo, existe una serie de estrategias a distintos niveles que aparecen resumidas en el cuadro 15.2.

CUADRO 15.2
Estrategias preventivas en los alcoholismos

PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA
• *Promoción inespecífica de la salud:* Toda actividad que favorezca la salud comunitaria (deporte, urbanismo, etc.). • *Protección específica de la salud:* – Medidas legislativas que controlen la *oferta:* – Producción (aspectos fiscales). – Distribución. – Promoción (publicidad). – Venta (menores, hospitales, etc.). – Acciones y programas informativos y educativo-sanitarios específicos o no específicos que controlen la *demanda.*	• *Detección precoz* a través de: – *Síntomas* inespecíficos (anorexia, adelgazamiento, astenia, telangiectasias, pituitas matinales, vómitos, conjuntivitis, temblor, calambres, sudoración, etc.). – *Analíticas* (Gamma GT y VCM). – *Cuestionarios.* • *Diagnóstico precoz:* Labor de colaboración del profesional de enfermería con el equipo multidisciplinario. • *Tratamiento precoz especializado:* Realizado por el equipo multidisciplinario, en el que el profesional de enfermería desempeña funciones propias, delegadas y de colaboración.	• *Medidas socioterápicas:* – Limitación de incapacidades. – Rehabilitación. – Reinserción social. • *Coordinación y colaboración con asociaciones de enfermos rehabilitados.*

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ALONSO FERNÁNDEZ, F.: *Alcoholdependencia*. Pirámide. Madrid, 1992.

BOGANI, M.: *El alcoholismo. Enfermedad social*. Plaza y Janés. Barcelona, 1975.

FREIXA, F.; SOLER INSA, P. A. et al.: *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*. Fonta-nella. Barcelona, 1981.

GONZÁLEZ INFANTE, J. M. y CRESPO BENÍTEZ, J.: "Early detection and diagnosis of alcoholism", en *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Anthropos. Prensas Universitarias de Zaragoza. 1989.

SOLER INSA, P. A. et al.: *Trastornos por dependencia del alcohol. Conceptos actuales*. Laboratorios Delagrange. Barcelona, 1988.

16

Trastornos debidos al consumo de drogas

OBJETIVOS

- Conocer la historia natural del consumo de drogas.
- Conocer la etiología, clasificación y clínica en drogodependencias.
- Reconocer los criterios diagnósticos en drogodependencias.
- Saber qué estrategias preventivas primarias, secundarias y terciarias existen en drogodependencias, y cuál es el papel de enfermería.
- Dominar los instrumentos que se utilizan para la detección precoz.
- Saber modelos de intervención para el tratamiento de las drogodependencias.

16.1. Historia natural del consumo de drogas

Los trastornos derivados del consumo de drogas pueden ser entendidos de una forma válida y concreta desde la perspectiva ecológica del concepto de enfermedad, según la cual "cualquier enfermedad en el hombre es el resultado de un proceso dinámico en donde diferentes elementos ambientales y características propias del hombre entran en interacción y concluyen con la ruptura de un equilibrio llamado *salud"*.

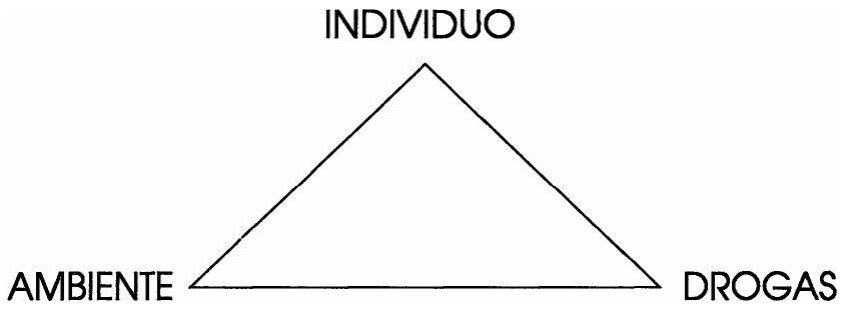
Dicho proceso puede tener su origen antes y durante la vida del ser humano; por tanto, la enfermedad y, en este caso, los problemas derivados del uso de drogas responden al fenómeno de adaptacion ecológica del organismo humano y a las condiciones sociales y económicas que faciliten o dificulten el proceso adaptativo.

Este proceso dinámico resultante de las múltiples interacciones entre ser humano, medio ambiente y drogas, que concluye a veces con manifestaciones clínicas, incapacidades y muerte, es lo que se conoce como la "historia natural del consumo de drogas" (figura 16.1).

Cabe distinguir dos períodos: prepatogénico y patogénico.

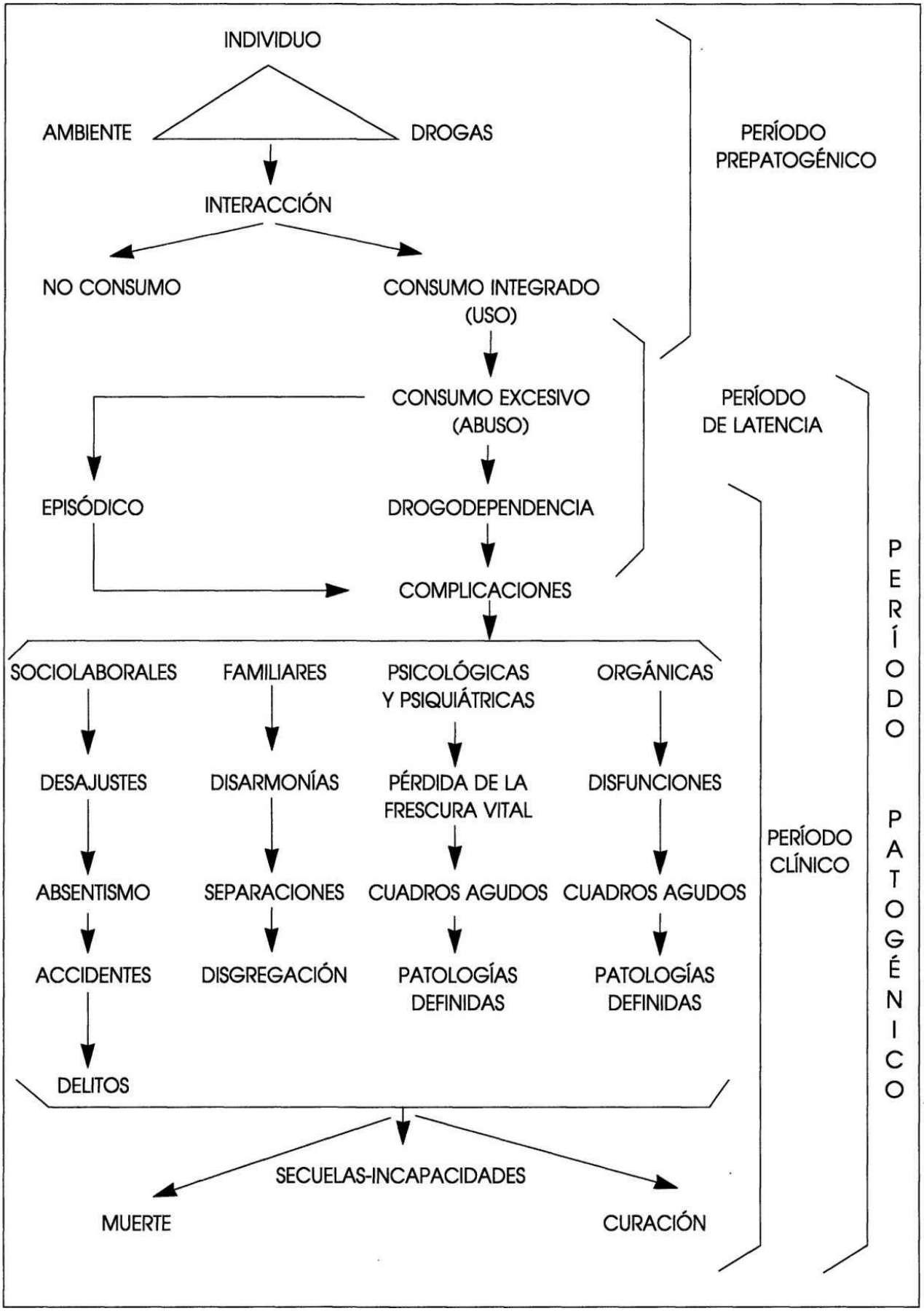
16.1.1. Período prepatogénico

En esta etapa de la historia natural, aún no se ha producido el consumo de drogas como tal, pero el individuo como ente social y generalmente en sus fases de infante, adolescente y joven, forma parte de la historia, al interrelacionarse con el medio ambiente y las drogas presentes en él. Existen, pues, tres elementos básicos interactuando en el período prepatogénico:



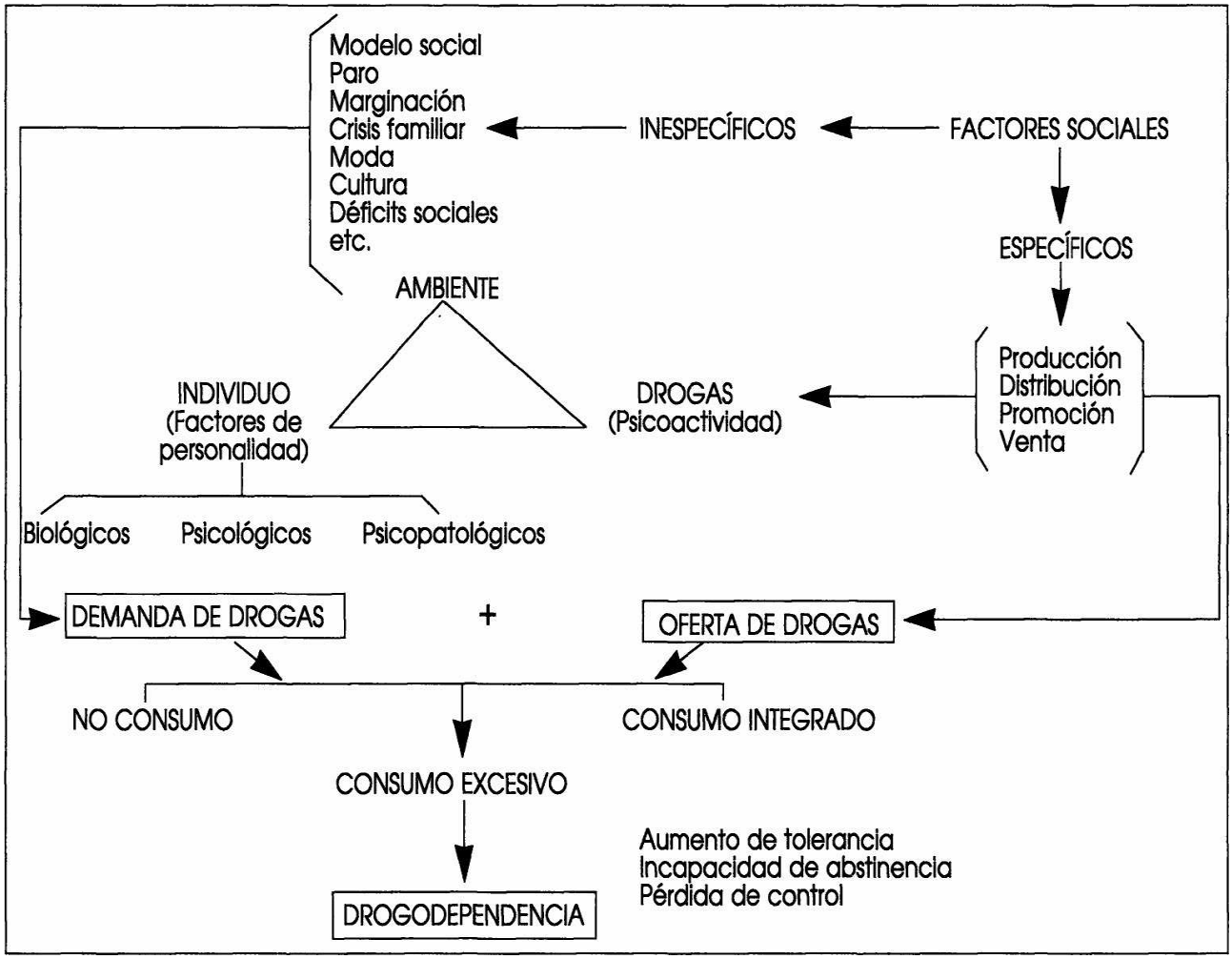
- *Individuo:* Unidad viviente somatopsíquica en constante evolución, en perpetuo devenir homeostático.
- *Medio ambiente:* Conjunto de condiciones e influencias externas favorecedoras del consumo de drogas.
- *Drogas:* Sustancias que, introducidas en el organismo por cualquier vía de administración, son capaces de modificar psicológicamente al individuo.

El proceso de consumo/no consumo de las diferentes drogas depende de las características de estos tres elementos, que agrupan una multitud de factores cuya presencia o ausencia incrementan la posibilidad de desarrollar el consumo de drogas (factores de riesgo) y constituyen los elementos básicos de la etiología del consumo de drogas (figura 16.2).


INDIVIDUO
AMBIENTE
DROGAS
INTERACCIÓN
NO CONSUMO
CONSUMO INTEGRADO (USO)
CONSUMO EXCESIVO (ABUSO)
EPISÓDICO
DROGODEPENDENCIA
COMPLICACIONES
SOCIOLABORALES
FAMILIARES
PSICOLÓGICAS Y PSIQUIÁTRICAS
ORGÁNICAS
DESAJUSTES
DISARMONÍAS
PÉRDIDA DE LA FRESCURA VITAL
DISFUNCIONES
ABSENTISMO
SEPARACIONES
CUADROS AGUDOS
CUADROS AGUDOS
ACCIDENTES
DISGREGACIÓN
PATOLOGÍAS DEFINIDAS
PATOLOGÍAS DEFINIDAS
DELITOS
SECUELAS-INCAPACIDADES
MUERTE
CURACIÓN
PERÍODO PREPATOGÉNICO
PERÍODO DE LATENCIA
PERÍODO CLÍNICO
PERÍODO PATOGÉNICO

Fuente: Crespo, J.; Girón, S. y Martínez, J. M.

FIGURA 16.1. Historia natural del consumo de drogas.



Fuente: Crespo, J.; Girón, S. y Martínez, J. M.

FIGURA 16.2. Etiología del consumo de drogas.

16.1.2. Período patogénico

Si los factores de la figura 16.2 coinciden en un individuo susceptible y en un momento determinado, se rompe el equilibrio ecológico anterior (no consumo) y aparece el consumo de drogas, comienza así el período patogénico.

Este período patogénico se inicia generalmente con una fase de consumo (uso) que acarrea excepcionalmente complicaciones (usos abusivos episódicos con fenómenos de

intoxicaciones y/o sobredosis). Por tanto, se asiste a un momento de la historia donde no se observan signos ni síntomas manifiestos. Esta fase inicial del período patogénico, que transcurre entre el momento de los primeros consumos de la droga y la aparicion de signos y síntomas de abuso-dependencia de la droga, se denomina *período de latencia* y puede durar meses y años y en muchos casos no se sobrepasa (uso de drogas integrado o normativo).

Cuando el consumo de drogas ha producido suficientes cambios orgánicos y psicosociales y son reconocibles por el propio individuo o por un observador adiestrado, se ha llegado al *período clínico* de la enfermedad, que es específico para cada tipo de droga. Se trata de un problema de drogodependencia, entendido como estado psíquico y a veces físico que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga. Dicho estado se caracteriza por cambios en la conducta del sujeto y un deseo irreprimible de tomar la droga de manera continua o periódica, para experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por su carencia.

La historia natural del consumo de drogas, que tiene su origen en el período prepatogénico, puede concluir con la curación (no consumo), incapacidades o con la muerte, dependiendo de hechos tales como: tipo de droga y vinculación establecida con ella, características del individuo, calidad de los servicios de atención y preventivos, condiciones socioculturales y el nivel de conocimientos que sobre la historia natural del consumo de drogas se tenga. Por ello, uno de los actuales objetivos de la Salud Pública es conocer a través de observaciones e investigaciones, las diferentes etapas o componentes de la historia natural, con el propósito de intervenir lo más tempranamente posible y antes que el deterioro de la salud siga su curso.

16.2. Clasificación de las drogas

Existen multitud de sustancias que cumplen los criterios de drogas; no obstante, para el desarrollo del tema se han escogido aquellas que en la actualidad inciden de alguna manera en la prestación de servicios de salud en nuestro medio. En el cuadro 16.1 se presenta su clasificación, en función del principal efecto que produce la droga sobre el sistema nervioso central, aunque ello suponga más un encasillamiento didáctico que estrictamente farmacológico.

CUADRO 16.1

Clasificación de las drogas en función de su efecto sobre el sistema nervioso central

DEPRIMEN SU ACTIVIDAD	ESTIMULAN SU ACTIVIDAD	ALTERAN CUALITATIVAMENTE SU ACTIVIDAD
• Derivados opiáceos: – Heroína – Metadona – Buprenorfina – Morfina • Alcohol etílico • Benzodiacepinas • Barbitúricos	• Cocaína • Anfetaminas • Xantinas: te, café, chocolate • Nicotina	• Derivados del cannabis • Alucinógenos • Disolventes volátiles

16.3. Principales efectos de la droga sobre el organismo y el comportamiento

Por su importancia clínica y sobre todo por la influencia sobre los servicios sanitarios, se describen a continuación los principales efectos de la heroína, la cocaína, las benzodiacepinas, la nicotina, los derivados del cannabis y los inhalables, utilizando para ello un esquema que permite reflejar los principales efectos del consumo de cada droga sobre el organismo y el comportamiento del sujeto en dos situaciones dadas, una cuando el individuo es consumidor esporádico de la droga (efectos a corto plazo) y otra cuando el consumo es ya habitual (efectos a largo plazo). El alcohol no se presenta por ser objeto de estudio en el capítulo 15 del libro.

CUADRO 16.2
Derivados opioides (heroína, buprenorfina, metadona)

	SOBRE EL ORGANISMO	SOBRE EL COMPORTAMIENTO
EFECTOS A CORTO PLAZO	• Indiferencia al dolor, supresión de los impulsos que llevan a aplacar el hambre, la satisfacción sexual y a responder a provocaciones con ira. • Intoxicación aguda: miosis, depresión respiratoria, espasmos gastrointestinales, menor agudeza sensorial, edema pulmonar, shock, convulsiones.	• Producen un estado de saciedad total de los impulsos. Puede resultar un estado muy placentero. Sensación de flotación. Tienen efectos euforizantes y sedantes. Alivian el miedo y la ansiedad. • Rápidamente se instaura una relación de dependencia, especialmente si se utiliza la vía intravenosa.
EFECTOS A LARGO PLAZO	• Anorexia, extreñimiento, impotencia, amenorrea, endocarditis bacteriana, hepatitis, abscesos, SIDA (algunos de estos efectos son debidos a la vía y circunstancias de la administración). • Dependencia física. • Tolerancia. • Síndrome de abstinencia: dolores, lagrimeo, piloerección, rinorrea, fiebre, midriasis, etc.	• Dependen en gran medida de la personalidad y circunstancias sociales que rodean al adicto. • Los efectos subjetivos durante un primer período son muy placenteros. Posteriormente lo que mueve más al adicto es no pasarlo mal y un intento de volver a conseguir los primeros efectos. • Aparecen comportamientos dirigidos a conseguir droga: hurtos, tráfico, etc.

CUADRO 16.3
Cocaína

	SOBRE EL ORGANISMO	SOBRE EL COMPORTAMIENTO
EFECTOS A CORTO PLAZO	• Estimulante. Sensación de disminución de la fatiga y del hambre. • Puede producir sensación de aumento de fuerza muscular y viveza mental. • Intoxicación aguda: midriasis, sequedad de boca, sudoración, fiebre, irritabilidad, temblores, espasmos, convulsiones, delirio paranoide, etc.	• Euforizante, sensaciones de viveza y desvelo. • En grandes dosis produce una intensa sensación de euforia y excitación que se suele acompañar de efectos mentales abigarrados. • En ocasiones fuerte desinhibición con conductas agresivas.
EFECTOS A LARGO PLAZO	• Delgadez, hepatopatía, psicosis cocaínica. • En consumos intravenosos: abscesos, hepatitis, SIDA, etc. • Dependencia física: muy discutida. • Tolerancia muy rápida. • Síndrome de abstinencia: discutido.	• Irritabilidad, agresividad, comportamientos antisociales graves, psicosis con clínica paranoide y alucinaciones zoomórficas. • Dependencia psíquica muy intensa. • Puede inducir conductas delictivas para conseguir la droga o sufragar los grandes gastos que ocasiona. • Depresiones cuando se deja el consumo.

CUADRO 16.4
Sedantes o hipnóticos (benzodiacepinas, barbitúricos)

	SOBRE EL ORGANISMO	SOBRE EL COMPORTAMIENTO
EFECTOS A CORTO PLAZO	• Deprime la actividad del sistema nervioso central. • Miorrelajación. • Inductor del sueño. • Intoxicación aguda: incoordinación psicomotriz, depresión respiratoria, relajación muscular marcada, estupor, coma y muerte.	• Sedación generalizada. • Disminuye la ansiedad. • Puede producir efectos similares a los del alcohol: desinhibición, conductas agresivas, etc. • Afecta el conducir, el manejo de maquinaria y la realización de tareas complejas.
EFECTOS A LARGO PLAZO	• Dependencia física. • Tolerancia cruzada con el alcohol (importancia en la clínica). • Síndrome de abstinencia: ansiedad, insomnio, anorexia, cefaleas, palpitaciones, calambres, dolores musculares, crisis convulsivas, muerte.	• Ansiedad crónica, irritabilidad, inestabilidad afectiva y riesgo de conductas suicidas. • Dependencia psíquica muy importante. • Se han relacionado con deterioros psicoorgánicos.

CUADRO 16.5
Tabaco

	SOBRE EL ORGANISMO	SOBRE EL COMPORTAMIENTO
EFECTOS A CORTO PLAZO	• Aumento del ritmo cardíaco y de la tensión arterial. • Irritación de las mucosas bucofaríngeas y respiratorias. • Intoxicación aguda: tos, faringitis, mareos, cefaleas, vómitos.	• Se inicia un aprendizaje que comienza con el consumo ocasional y que aumenta progresivamente en frecuencia. • Aumenta el número de situaciones en las que parece adecuado fumar.
EFECTOS A LARGO PLAZO	• Disminución de la memoria, cefaleas persistentes, fatiga, bronquitis, enfisema pulmonar, cánceres de pulmón, boca, laringe, etc. • Dependencia física. • Tolerancia. • Síndrome de abstinencia: fatiga muscular, insomnio, trastornos gastrointestinales, bulimia.	• Dependencia psicosocial muy fuerte. • Manifestaciones comportamentales derivadas de los momentos de abstinencia: irritabilidad, intolerancia, ansiedad, manifestaciones depresivas, etc.

CUADRO 16.6
Cannabinoides (marihuana, hachís)

	SOBRE EL ORGANISMO	SOBRE EL COMPORTAMIENTO
EFECTOS A CORTO PLAZO	• Aumento de las pulsaciones cardíacas. Hipotensión. • Enrojecimiento de los ojos. • Disminución de la fuerza muscular. • Intoxicación aguda: ideas paranoides, ilusiones, delirios, despersonalización, confusión, inquietud, excitación.	• En pequeñas dosis produce sensación de alegría o euforia con tendencia a hablar y reír, seguida de somnolencia y decaimiento general. • En dosis altas produce una alteración de la percepción del tiempo, alucinaciones, confusión mental y ansiedad.
EFECTOS A LARGO PLAZO	• Disminuye la fuerza muscular. • Cierto grado de inmunosupresión. • Similares complicaciones a las que produce el tabaco. • Dependencia física no demostrada. • Tolerancia poco acusada.	• Puede desencadenar un brote psicótico en sujetos predispuestos. • Produce dependencia psíquica moderada. • Memoria cada vez más debilitada.

CUADRO 16.7
Disolventes volátiles (colas, pegamentos, gasolina)

	SOBRE EL ORGANISMO	SOBRE EL COMPORTAMIENTO
EFECTOS A CORTO PLAZO	• Irritación de mucosa respiratoria, tos y fuerte halitosis. • Sensaciones de vértigo, embriaguez y euforia, seguidas de confusión, desorientación e incoordinación motora. • Intoxicación aguda: embriaguez, ilusiones, diplopia, cefalea, depresión respiratoria y riesgo de muerte por sofocación.	• Euforia marcada, pudiéndose acompañar de trastornos de la percepción y del juicio, alucinaciones, dificultades en el habla e ilusiones grandiosas. • En ocasiones aparecen manifestaciones agresivas atípicas.
EFECTOS A LARGO PLAZO	• Lesiones hepáticas, cerebrales, renales, hemáticas y cardíacas. • Gran tolerancia. • Dependencia física no demostrada. • La supresión brusca produce letargia, cefalea, malestar general, dolores abdominales, etc.	• Dependencia psicosocial muy importante. • Deterioro de la personalidad ya que asienta en individuos muy jóvenes. • Depresión. • Marcado retraimiento social con fácil incorporación a grupos marginales.

16.4. Criterios diagnósticos

La décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) es el referente actualmente más válido para entender y compartir los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de drogas en sus aspectos clínicos, docentes y administrativos.

16.4.1. Categorías diagnósticas más importantes

Dentro del capítulo V (F) de la CIE-10 se hallan recogidas en los códigos F10-F19 los principales trastornos debidos al consumo de drogas (cuadro 16.8).

Todos estos trastornos se deben al consumo de una o más drogas. La droga referida se especifica con el uso de los tres primeros caracteres (Flx), dejando el cuarto y quinto carácter para los cuadros clínicos concretos, que no siempre son aplicables a todas las drogas y que se describen posteriormente.

CUADRO 16.8
Categorías diagnósticas principales

F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.
F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.
F13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluida la cafeína).
F16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.
F17	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.
F18	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.

Para el diagnóstico de la droga principal deben usarse métodos de entrevista clínica con el propio individuo y/o con su familia, técnicas de análisis objetivos (muestras de orina y sangre) o cualquier otra fuente. Se usa el código F19 cuando el consumo es indiscriminado y concomitante de varias sustancias.

16.4.2. Pautas para el diagnóstico de los cuadros clínicos concretos

F1x.0 Intoxicación aguda

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo, la recuperación es completa.

Puede recurrirse al quinto carácter para indicar si la intoxicación aguda tiene alguna complicación.

F 1x.1 Consumo perjudicial

Es una forma de consumo que afecta ya a la salud física o mental. Las formas perjudiciales de consumo son a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. No deben diagnosticarse si está presente un síndrome de dependencia, un trastorno psicótico u otras formas específicas de trastornos relacionados con alcohol u otras sustancias psicotropas.

F1x.2 Síndrome de dependencia

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo de ingerir sustancias psicotropas, alcohol o tabaco.

El diagnóstico sólo debe hacerse si durante los doce meses previos, en algún momento o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

a) Deseo intenso.
b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo.
c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia.
d) Aumento de la tolerancia.
e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia, o para recuperarse de sus efectos.
f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar más con los códigos de cinco caracteres.

F 1x.3 Síndrome de abstinencia

Consiste en un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad, que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el

tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia.

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto carácter.

F 1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium

Se trata de un trastorno en el que un síndrome de abstinencia se complica con un delirium. Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. La triada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso.

Se utilizará un quinto carácter 0 ó 1 según sea no complicado o con convulsiones (F1x.30 o F1x.31).

F 1x.5 Trastorno psicótico

Por lo general, este trastorno se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, y se caracteriza por las alucinaciones vividas, falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia, trastornos psico-motores y estados emocionales anormales. Suele haber claridad de sensorio. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

El diagnóstico de trastorno psicótico puede concretarse más con el uso de un quinto carácter.

F1x.6 Síndrome amnésico

Se trata de un síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes. La memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos.

Los requisitos primarios para este diagnóstico son:

a) Trastornos de memoria para hechos recientes, trastornos del sentido de

tiempo.

b) Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y, en general, de las funciones cognoscitivas.

c) Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico de alcohol u otras sustancias psicotropas.

Aunque la confabulación puede ser marcada, no es necesariamente un requisito para el diagnóstico.

Flx.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotropas

Se trata de estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia. Este diagnóstico se puede subdividir utilizando el quinto carácter.

F 1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento

Se codifican aquí otros trastornos en los cuales el consumo de una sustancia puede identificarse como responsable directo del cuadro clínico que contribuye a dicha situación, pero en los que no se encuentran pautas suficientes para poder ser incluidos en ninguno de los trastornos precedentes.

F 1x.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación

16.5. Cuidados y atención de enfermería

La interrupción de la cadena de acontecimientos que constituye la historia natural del consumo de drogas es responsabilidad de todos los miembros de un equipo de salud, ya que las drogodependencias obedecen a múltiples causas o factores de riesgo cuyo control no puede ser abordado ni por una disciplina en particular ni por diferentes disciplinas desvinculadas entre sí.

Se ha considerado que los equipos de salud y, por tanto, los profesionales de enfermería deben estar capacitados para colocar barreras en diferentes puntos del *continuum* no consumo-dependencia de drogas. Estas barreras se denominan niveles de prevención y se agrupan de la siguiente forma:

1. Nivel de Prevención Primaria

2. Nivel de Prevención Secundaria
3. Nivel de Prevención Terciaria

16.5.1. Estrategias preventivas primarias

La prevención primaria se desarrolla durante el período prepatogénico de la enfermedad, va dirigida a las personas que aún no muestran ningún tipo de consumo y se impone como metas impedir la aparición de los problemas derivados del consumo, reducir las incidencias y disminuir la cantidad o calidad de los factores de riesgo.

Utiliza como estrategias fundamentales la promoción de la salud y la protección específica, y provee las medidas que se recogen en la figura 16.3.

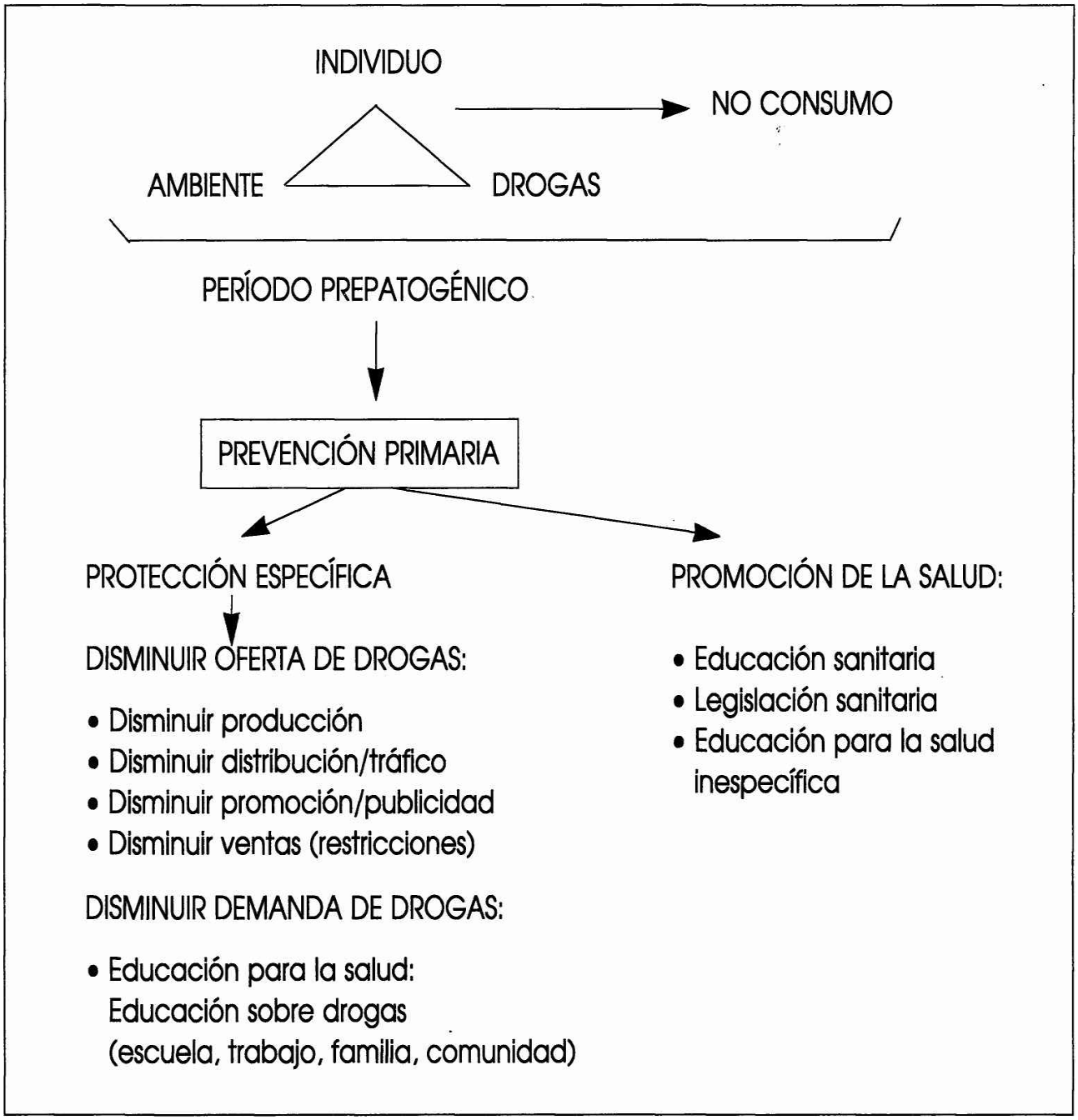


FIGURA 16.3. Prevención primaria: estrategias de intervención.

Las funciones que debe desarrollar el personal de enfermería son:

- *Función crítica:* A través de ella, el diplomado de enfermería discute, valora, analiza, argumenta y denuncia con el resto de subsistemas sociales.
- *Función modélica:* Por ser modelo de un estilo de vida saludable.
- *Función soporte:* Se lleva a cabo promoviendo y apoyando de forma directa, desde su posición personal y laboral, cambios de conducta individuales y

comunitarios.

- *Función educadora:* Se realiza sensibilizando, informando y educando objetivamente sobre las drogas.

16.5.2. Estrategias preventivas secundarias

Cuando las acciones de prevención primaria no han sido aplicadas o han sido deficientemente desarrolladas, es muy posible que se inicie el consumo de drogas y es necesario recurrir a la segunda barrera o nivel de prevención secundaria que se desarrolla en la fase patogénica de la enfermedad en su período de latencia.

Durante el período de latencia los objetivos fundamentales serán: identificar personas o grupos de alto riesgo, limitar incapacidades o secuelas, generar un clima propicio para la aceptación de las medidas diagnósticas y terapeúticas precoces y encauzar correctamente los casos detectados. Para ello se deben poner en marcha las medidas expuestas en la figura 16.4.

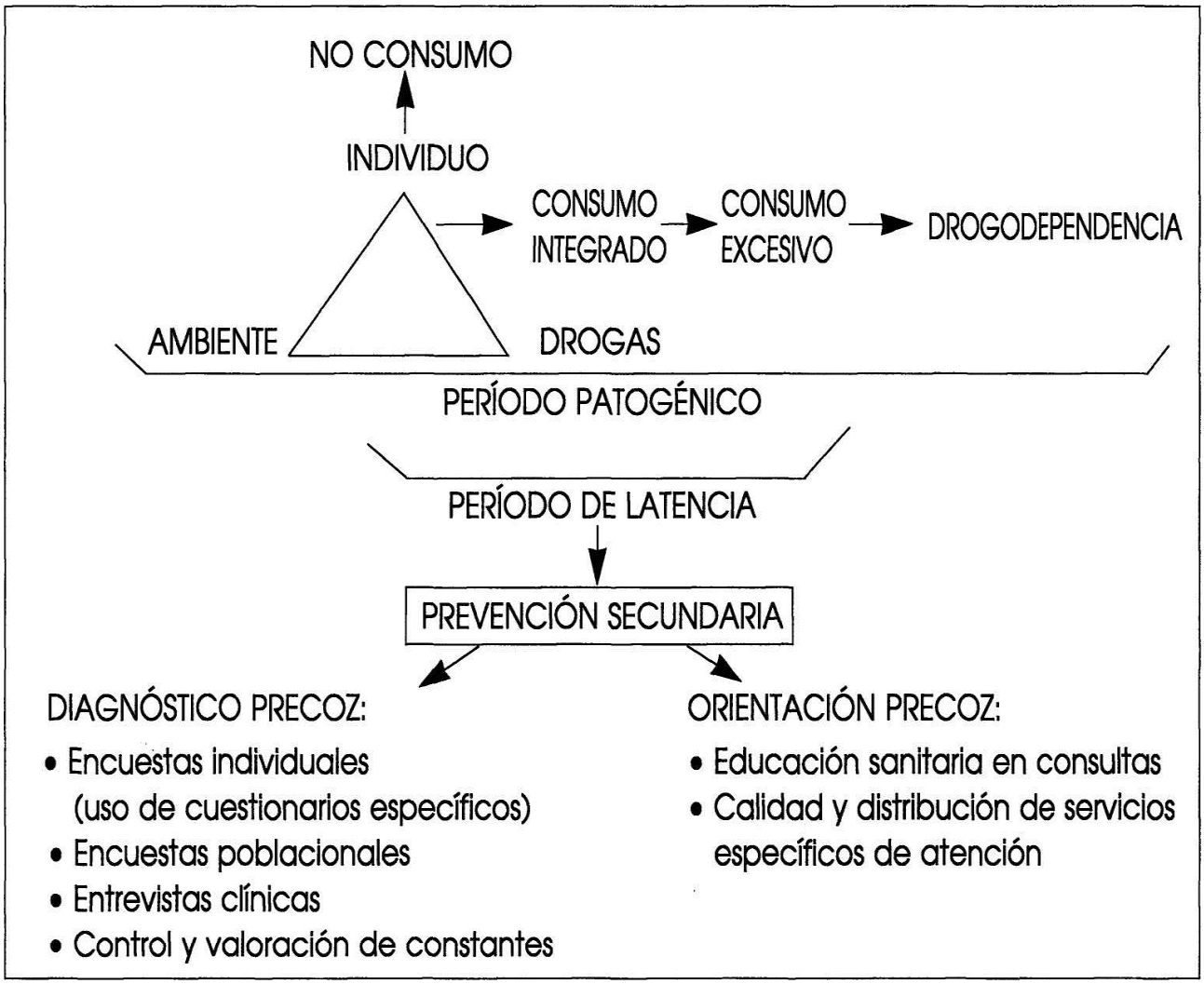


FIGURA 16.4. Prevención secundaria: estrategias de intervención.

La prevención secundaria incluye en parte los cuidados y atenciones propios del tratamiento de un drogodependiente, y provee medidas a caballo entre los niveles secundario y terciario de intervención.

De forma resumida, el personal de enfermería desarrolla en este nivel las siguientes funciones:

- Crítica
- Modélica
- Soporte
- Educadora
- *Detectora:* Detectando precozmente los problemas derivados del consumo de drogas y encauzándolos de forma correcta.

16.5.3. Posibilidades preventivas terciarias

Las propias características del consumo y dependencia de drogas, sumado al fracaso de las medidas preventivas anteriores, hace que se asista con demasiada frecuencia a la presencia de secuelas, incapacidad y muerte, y por ello debe contarse con el tercer nivel de prevención o prevención terciaria.

Este nivel está dado por el conjunto de medidas encaminadas al tratamiento y rehabilitación del drogodependiente.

En las figuras 16.5 y 16.6 se desarrollan de forma amplia las posibilidades terapeúticas en drogodependencias. Sin lugar a dudas encontrará el lector algunas lagunas y simplificaciones, dado que se ha atendido de forma prioritaria al papel que debe desempeñar el personal de enfermería en el tratamiento de la drogodependencias.

A continuación se comentan las distintas acciones del proceso terapeútico, siguiendo las secciones de la figura 16.5:

A) Ya se ha comentado que el uso de drogas no sólo produce drogodependencias. En muchas ocasiones el uso o abuso esporádico puede dar lugar a alguna complicación, bien de orden somático, bien psíquico, que se nos pueda presentar como urgencia en cualquier servicio de salud. Igualmente, el debut clínico de una drogodependencia puede ser la aparición de un cuadro de intoxicación aguda, una sobredosis, o un síndrome de abstinencia.

En cualquiera de estos casos la intervención sanitaria va dirigida, específicamente, al tratamiento de la complicación. Sin embargo hay que destacar que, en el caso de que la complicación emerja de una drogodependencia, la intervención en sí puede ser de suma importancia para que el individuo inicie un programa de tratamiento. Por ello será

preciso realizar entrevistas dirigidas a:

1. Evaluar si hay o no una drogodependencia (historia clínica, toxicológica y métodos de *screening)*.
2. Orientar adecuadamente al individuo y a su familia a la realización de un programa terapeútico especializado.

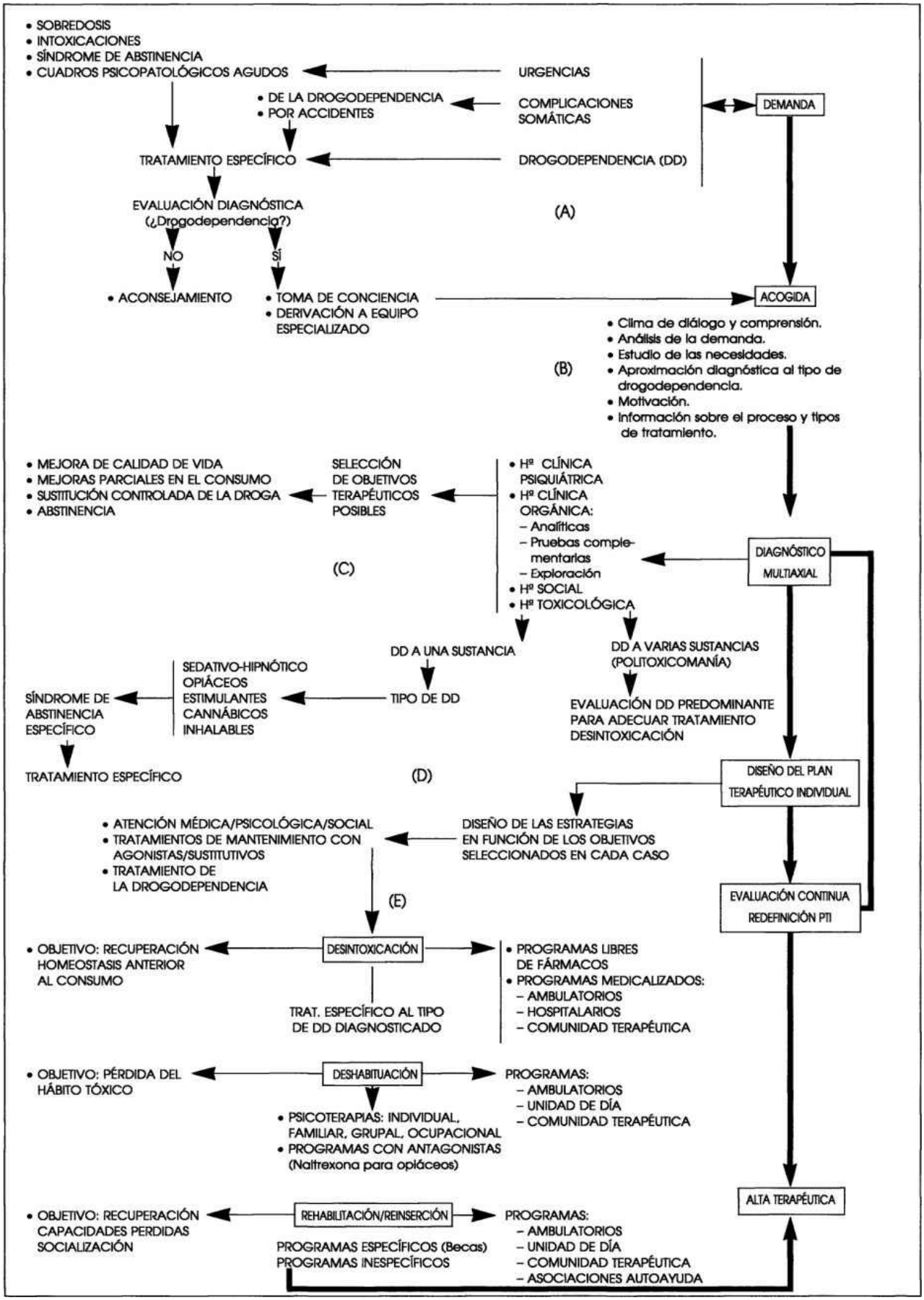

• SOBREDOSIS
• INTOXICACIONES
• SÍNDROME DE ABSTINENCIA
• CUADROS PSICOPATOLÓGICOS AGUDOS
URGENCIAS
• DE LA DROGODEPENDENCIA
• POR ACCIDENTES
COMPLICACIONES SOMÁTICAS
DEMANDA
TRATAMIENTO ESPECÍFICO
DROGODEPENDENCIA (DD)
EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA (¿Drogodependencia?)
(A)
NO
SÍ
• ACONSEJAMIENTO
• TOMA DE CONCIENCIA
• DERIVACIÓN A EQUIPO ESPECIALIZADO
ACOGIDA
• Clima de diálogo y comprensión.
• Análisis de la demanda.
• Estudio de las necesidades.
(B)
• Aproximación diagnóstica al tipo de drogodependencia.
• Motivación.
• Información sobre el proceso y tipos de tratamiento.
• MEJORA DE CALIDAD DE VIDA
• MEJORAS PARCIALES EN EL CONSUMO
• SUSTITUCIÓN CONTROLADA DE LA DROGA
• ABSTINENCIA
SELECCIÓN DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS POSIBLES
• Hª CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
• Hª CLÍNICA ORGÁNICA:
– Analíticas
– Pruebas complementarias
– Exploración
• Hª SOCIAL
• Hª TOXICOLÓGICA
(C)
DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL
DD A UNA SUSTANCIA
DD A VARIAS SUSTANCIAS (POLITOXICOMANÍA)
SEDATIVO-HIPNÓTICO
OPIÁCEOS
ESTIMULANTES
CANNÁBICOS
INHALABLES
TIPO DE DD
SÍNDROME DE ABSTINENCIA ESPECÍFICO
EVALUACIÓN DD PREDOMINANTE PARA ADECUAR TRATAMIENTO DESINTOXICACIÓN
TRATAMIENTO ESPECÍFICO
(D)
DISEÑO DEL PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUAL
• ATENCIÓN MÉDICA/PSICOLÓGICA/SOCIAL
• TRATAMIENTOS DE MANTENIMIENTO CON AGONISTAS/SUSTITUTIVOS
• TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA
DISEÑO DE LAS ESTRATEGIAS EN FUNCIÓN DE LOS OBJETIVOS SELECCIONADOS EN CADA CASO
(E)
EVALUACIÓN CONTINUA REDEFINICIÓN PTI
• OBJETIVO: RECUPERACIÓN HOMEOSTASIS ANTERIOR AL CONSUMO
DESINTOXICACIÓN
• PROGRAMAS LIBRES DE FÁRMACOS
• PROGRAMAS MEDICALIZADOS:
– AMBULATORIOS
– HOSPITALARIOS
– COMUNIDAD TERAPÉUTICA
TRAT. ESPECÍFICO AL TIPO DE DD DIAGNOSTICADO
• OBJETIVO: PÉRDIDA DEL HÁBITO TÓXICO
DESHABITUACIÓN
PROGRAMAS:
– AMBULATORIOS
– UNIDAD DE DÍA
– COMUNIDAD TERAPÉUTICA
• PSICOTERAPIAS: INDIVIDUAL, FAMILIAR, GRUPAL, OCUPACIONAL
• PROGRAMAS CON ANTAGONISTAS (Naltrexona para opiáceos)
ALTA TERAPÉUTICA
• OBJETIVO: RECUPERACIÓN CAPACIDADES PERDIDAS SOCIALIZACIÓN
REHABILITACIÓN/REINSERCIÓN
PROGRAMAS:
– AMBULATORIOS
– UNIDAD DE DÍA
– COMUNIDAD TERAPÉUTICA
– ASOCIACIONES AUTOAYUDA
PROGRAMAS ESPECÍFICOS (Becas)
PROGRAMAS INESPECÍFICOS

FIGURA 16.5. Tratamiento de las drogodependencias.

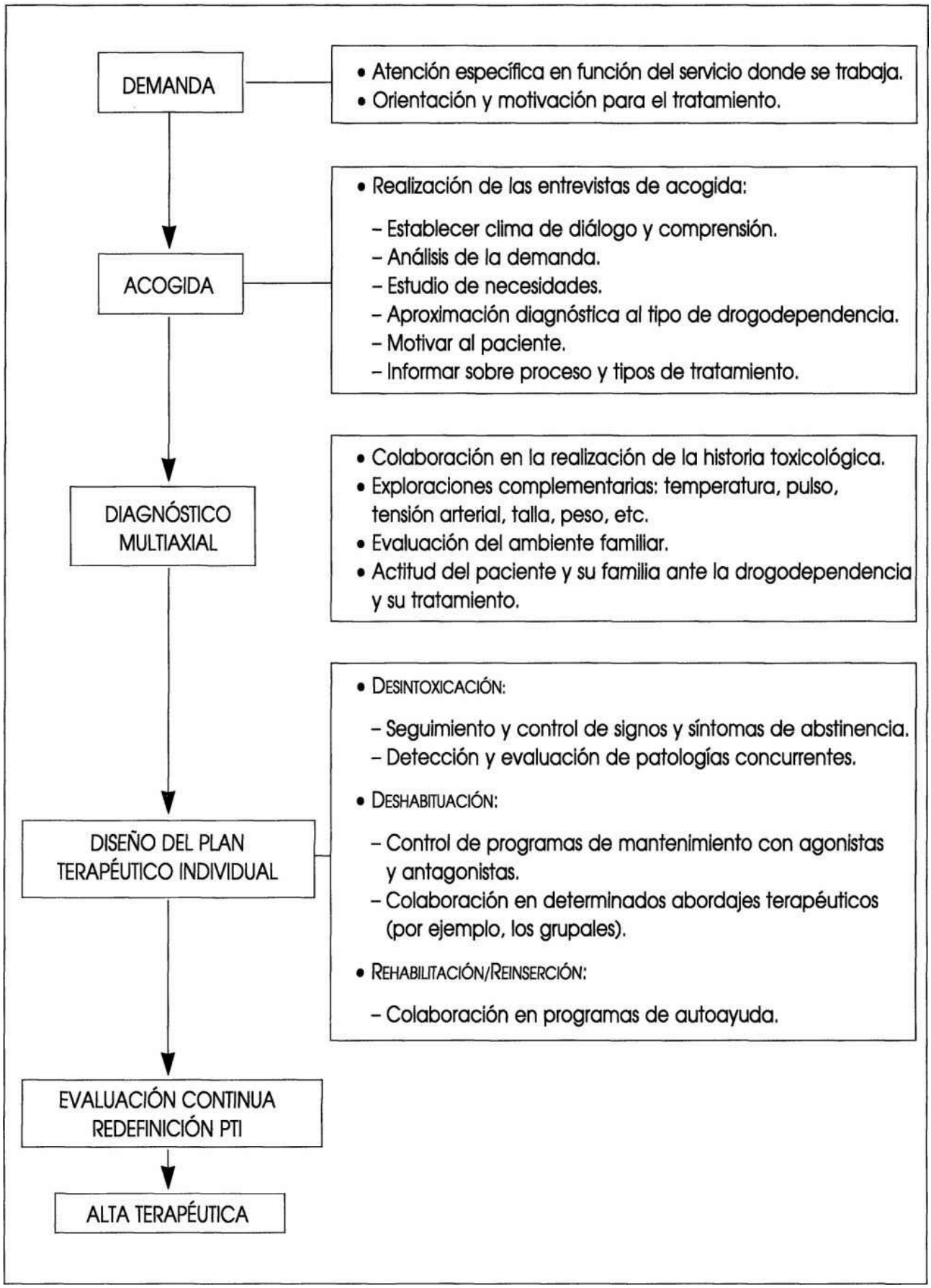

DEMANDA
• Atención específica en función del servicio donde se trabaja.
• Orientación y motivación para el tratamiento.
ACOGIDA
• Realización de las entrevistas de acogida:
– Establecer clima de diálogo y comprensión.
– Análisis de la demanda.
– Estudio de necesidades.
– Aproximación diagnóstica al tipo de drogodependencia.
– Motivar al paciente.
– Informar sobre proceso y tipos de tratamiento.
DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL
• Colaboración en la realización de la historia toxicológica.
• Exploraciones complementarias: temperatura, pulso, tensión arterial, talla, peso, etc.
• Evaluación del ambiente familiar.
• Actitud del paciente y su familia ante la drogodependencia y su tratamiento.
DISEÑO DEL PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUAL
• DESINTOXICACIÓN:
– Seguimiento y control de signos y síntomas de abstinencia.
– Detección y evaluación de patologías concurrentes.
• DESHABITUACIÓN:
– Control de programas de mantenimiento con agonistas y antagonistas.
– Colaboración en determinados abordajes terapéuticos (por ejemplo, los grupales).
• REHABILITACIÓN/REINSERCIÓN:
– Colaboración en programas de autoayuda.
EVALUACIÓN CONTINUA REDEFINICIÓN PTI
ALTA TERAPÉUTICA

FIGURA 16.6. Cuidados de enfermería en el tratamiento de las drogodependencias.

Para lograr este segundo objetivo resulta imprescindible que el enfermo tome conciencia de la drogodependencia, único camino que le llevará a motivarse para la realización de un tratamiento. Estas tareas pueden ser asumidas por el personal de enfermería.

B) Una vez logrado que el enfermo acceda al tratamiento, el primer contacto con el servicio es la *acogida*. En ella se realizarán tantas entrevistas como sean necesarias para lograr:

- Analizar la demanda del paciente y su familia.
- Estudiar sus necesidades actuales, estratificándolas y priorizándolas.
- Crear un clima terapeútico cuyas coordenadas básicas serán la posibilidad del diálogo y la comprensión de la situación.
- Hacer una primera aproximación al tipo de drogodependencia que presenta el paciente.
- Ofrecer información sobre el proceso y los tipos de tratamiento disponibles.

Estas funciones pueden ser desempeñadas por el profesional de enfermería de un equipo multidisciplinar especializado en drogodependencias.

Las funciones de los profesionales en un equipo multidisciplinar son, ciertamente, complementarias, y en algunos aspectos, compartidas. De ahí que el enfermero tenga unas funciones propias, por su profesión, y otras asumibles por su pertenencia al equipo y que no son específicas de su función profesional.

C) La primera parte de la intervención en tratamiento de drogodependencias es la realización de un concienzudo estudio clínico multiaxial cuyo objetivo es poner en claro cuáles serán las metas terapeúticas a seguir. El estudio se realiza en los siguientes niveles:

- Historia clínica psiquiátrica
- Historia clínica patología orgánica
- Historia social
- Historia toxicológica

De cada una de ellas se extraen conclusiones relativas a la situación actual y a la dinámica que la ha generado. Ello permite diseñar una actuación determinada para cada caso: el plan terapeútico individual. Pero antes de comentar dicho plan es conveniente destacar cuáles son los objetivos generales posibles y cómo marcarlos y seleccionarlos

para cada caso.

E. Mejías señala cuatro objetivos terapeúticos posibles que se pueden elegir en función de:

- Características de la demanda.
- Necesidades objetivas.
- Necesidades subjetivas.
- Necesidades individuales.

Así, en casos donde no hay petición de tratamiento para la drogodependencia, sí se puede ofrecer, al menos, mejorar la calidad de vida del individuo. En caso de haber demanda, pero fuertemente condicionada por necesidades subjetivas o individuales, puede elegirse como objetivo lograr mejoras parciales en el consumo. En cambio, si hay petición clara pero poca energía para afrontar la abstinencia, puede ofrecerse como objetivo el cambio controlado de la droga por algún tipo de sustitutivo farmacológico. Por último, el objetivo terapeútico más amplio es el logro de la abstinencia de la droga.

Durante la realización de la historia toxicológica es preciso definir claramente cuál es el cuadro toxicológico del individuo, de forma que la selección de objetivos terapeúticos posibles se complicará aún más en los casos de politoxicomanía (dependencia o abuso de más de una droga). La dependencia a una sola droga facilitará, dentro de lo difícil que resulta el tratamiento, el abordaje del síndrome de abstinencia durante la desintoxicación, dado que está bien descrito y hay fórmulas farmacológicas para su tratamiento.

Existen cinco grandes tipos de drogodependencia por el tipo de cuadro de abstinencia:

1. A sedativo-hipnóticos (barbitúricos, tranquilizantes, hipnóticos, alcohol).
2. A opiáceos-narcóticos (heroína, morfina, opio).
3. A estimulantes (cocaína, anfetaminas).
4. A cannábicos (hachís, marihuana, grifa).
5. A inhalables (colas y pegamentos).

El problema de la politoxicomanía reside en no saber bien qué estilo de síntomas y signos de abstinencia presentará el paciente y cuál será su tratamiento más adecuado. Como aproximación se debe pensar que la sustancia base de la drogodependencia sobre la que se insertan los otros consumos, será la que dé predominio de síntomas durante la desintoxicación, pero esto es de una lógica discutible. Así, el tratamiento de desintoxicacion deberá ir abordando los síntomas más complejos y graves de la abstinencia. El papel del profesional de enfermería en esta fase se podría resumir en la realización del proceso de atención de enfermería (figura 16.6).

D) El Plan terapeútico Individual (PTI) es el conjunto de estrategias diseñadas

para la consecución de los objetivos marcados. Conviene insistir en la necesidad de que el objetivo elegido surja de un *pacto* entre paciente y equipo terapeútico. No va a tener demasiada validez que el equipo decida de forma unilateral lo que le conviene al paciente, pues, en definitiva, se trata de su vida.

Dependiendo del objetivo elegido y pactado, el equipo podrá suministrar:

- Atención médica, psicológica y social para lograr la mejora en la calidad de vida o mejorar parcialmente el consumo.
- Tratamiento con sustitutivos (caso de los opiáceos –metadona–, de algunos sedativo-hipnóticos y de la nicotina).
- Tratamiento para la abstinencia: desintoxicación, deshabituación y rehabilitación/reinserción; fases que se exponen separadamente en beneficio de la didáctica, pero que en la realidad están solapadas unas con otras.

En la figura 16.5 se especifican los objetivos de cada fase, el tipo de programa de atención y la metodología utilizada.

Hay que destacar la importancia del papel del profesional de enfermería en las desintoxicaciones (control y seguimiento de los síndromes de abstinencia), en el tratamiento con antagonistas y agonistas durante la deshabituación y su colaboración en diferentes estructuras de intervención psicoterapeútica.

E) Durante el desarrollo del PTI van a ir surgiendo diferentes dificultades que pueden hacer necesario el cambio del plan. De ahí que sea precisa la evaluación continua de los objetivos, por si hubiera que readaptar todo esta estrategia en beneficio de la meta final: *el alta terapéutica*.

Para esta fase el profesional de enfermería incorpora a las funciones antes descritas la *función terapéutica*, llevando a cabo acciones de atención y cuidados de enfermería.

16.6. Prácticas docentes de enfermería en drogodependencias

Los alumnos de enfermería deberán conocer las distintas actuaciones preventivas, saber utilizar los instrumentos para la detección precoz y ser capaces de aplicar diferentes tratamientos. A continuación se indican las prácticas mínimas imprescindibles para conseguir estos objetivos:

A) Deducir maneras de actuar en prevención primaria:

- Asistir a cursos específicos de educación para la salud en el campo de las drogodependencias.
- Valorar materiales escritos y audiovisuales para la prevención de las drogodependencias.

- Conocer la legislacion sanitaria y general sobre drogas.
- Deducir instrumentos para la prevención primaria, tras conocer lo utilizado habitualmente.

B) Utilizar los instrumentos para la detección precoz:

- Asistir a la entrevista clínica de detección y orientación precoz.
- Conocer y utilizar los cuestionarios diagnósticos en drogodependencias.

C) Aplicar modelos de intervención para el tratamiento de las drogodependencias:

- Asistir a un centro especializado en tratamiento de drogodependientes.
- Conocer el funcionamiento de programas de rehabilitación/reinserción: programas laborales, asociaciones de autoayuda, talleres ocupacionales, etc.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

FREIXA, F.; SOLER INSA, P. A. et al: *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*. Fonta-nella. Barcelona, 1981.

VARENNE, G.: *El abuso de las drogas*. Guadarrama. Madrid. 1973.

KRAMER, J. F. y CAMERON, D. C.: *Manual sobre dependencia de las drogas*. OMS. Ginebra, 1975.

OLIEVENSTEIN, C. L.: *La drogue*. Éditions Universitaires. París, 1970. (Trad.: *Las drogas*. Studium. Madrid, 1971.)

OUGHOURLIAN, J. M.: *La persona del toxicómano*. Herder. Barcelona, 1977.

17

Trastornos neuróticos

OBJETIVOS

- Definir los principales conceptos relacionados con alteraciones neuróticas.
- Relacionar factores predisponentes de los mismos.
- Proporcionar criterios clínicos de identificación y clasificación.
- Conocer estrategias de intervención terapéutica.
- Planificar cuidados generales de enfermería a partir de patrones de salud alterados y diagnósticos reconocidos.

17.1. Concepto de trastorno neurótico

Los *trastornos neuróticos* se caracterizan por una alteración mental relativamente duradera o recurrente cuyo síntoma fundamental es una respuesta más o menos específica de ansiedad, sin que exista una etiología o factor orgánico demostrable. En el DSM-III-R (1989), estos trastornos se incluyen en los denominados trastornos por angustia (con o sin crisis de ansiedad o pánico). En este capítulo se analiza bajo el epígrafe de trastornos neuróticos los siguientes cuadros: trastornos fóbicos, trastornos

obsesivo-compulsivos, crisis de ansiedad o pánico, estados de ansiedad generalizada, trastornos disociativos y trastornos de adaptación. No se incluyen los trastornos por estrés postraumático, por ser éstos objeto de un estudio más detallado en el capítulo siguiente.

17.2. Trastornos fóbicos

Son estados caracterizados por un miedo intenso, persistente e irracional ante un objeto, actividad o situación específica, el cual produce malestar en el individuo y puede interferir su funcionamiento social y laboral (Talbott y cols., 1989). El individuo reconoce este miedo como desproporcionado respecto a la peligrosidad real del estímulo fóbico, pero se siente incapaz de controlarlo y tiende compulsivamente a evitarlo.

A pesar de existir varias clasificaciones respecto a las fobias, el DSM-III-R divide dicho trastorno en tres subtipos: agorafobia, fobia social y fobia simple, dejando constancia de que en su mayor parte son complicación de un trastorno por angustia. Aunque la mayoría de fobias empiezan en la niñez, las agorafobias y las fobias sociales suelen presentarse con más frecuencia al final de la infancia o principio de la adolescencia (cuadro 17.1).

17.2.1. Agorafobia

Se caracteriza por un miedo notable a encontrarse en lugares o situaciones de los cuales pueda ser difícil (o embarazoso) escapar o en las que no es fácil obtener ayuda en el caso de que aparezcan repentinamente síntomas que pudieran ser incapacitantes o extremadamente embarazosos. Los temores más característicos son el uso de transportes públicos (autobuses, trenes, metros, aviones), encontrarse entre la multitud, teatros, túneles, puentes, ascensores, grandes almacenes, etc.

Muchos casos de agorafobia empiezan con crisis de angustia espontáneas. Si las crisis continúan suele desarrollarse una ansiedad anticipatoria caracterizada por un sentimiento de aprensión, en relación a la ocasión y consecuencias de la futura crisis. Para hacer frente a la ansiedad que produce esta situación, a menudo el individuo insiste en que algún miembro de la familia o amigo le acompañe siempre que sale de casa.

Los síntomas más frecuentemente temidos o experimentados dependen de la gravedad del caso, y una de las principales complicaciones en algunos individuos es la ingesta de alcohol u otras drogas para aliviar la ansiedad.

CUADRO 17.1
Descripción y características de los trastornos fóblcos

	AGORAFOBIA	FOBIA SOCIAL	FOBIA SIMPLE
DESCRIPCIÓN	• Miedo de sentirse alejado de una persona o lugar seguro, especialmente en situaciones que implican riesgo de incapacidad.	• Miedo irracional y persistente a situaciones en las que el sujeto es el centro de atención de otras personas.	• Miedo irracional y persistente a un objeto o situación.
CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN	• Miedo a estar solo, a los túneles, puentes, ascensores, transportes públicos, teatros, grandes almacenes. • Síntomas de ansiedad. Progresiva limitación de las actividades diarias habituales.	• Miedo irracional y persistente a ser observado por los demás y actuar de forma humillante o embarazosa. • Malestar significativo (síntomas de ansiedad) y reconocimiento de la irracionalidad del miedo.	• Miedo a objetos fóbicos particulares (frecuentemente animales) y situaciones fóbicas (frecuentemente espacios cerrados o alturas). • Malestar significativo (síntomas de ansiedad) y reconocimiento de la irracionalidad del miedo.
ACTUACIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA	• Procurar seguridad y comodidad al paciente. • No trivializar la fobia del paciente aunque parezca ridícula. • En un primer momento, aceptar las estrategias de afrontamiento del paciente (reducen la ansiedad) en lugar de intentar modificarlas. • No dejar que el paciente se aísle completamente. Puede aumentar el pensamiento fóbico y el miedo. • En fobias sociales, donde el paciente tiene un gran temor a las críticas, proporcionar un ambiente aceptable con refuerzos positivos. • Proporcionar *feedback* al paciente sobre su conducta, estrategias que utiliza y factores de estrés que le afectan. • Animar al paciente a que participe y continúe en tratamientos prescritos (desensibilización, farmacología, etc.).		

17.2.2. Fobia social

Suele presentarse cuando el individuo se halla expuesto a la observación por parte de los demás. Se caracteriza por un miedo irracional a ser observado, a ser humillado o a encontrarse en situaciones embarazosas (Gross, 1991).

En estos casos es también frecuente que aparezca una ansiedad anticipatoria

(palpitaciones, temblor, sudoración, tartamudeo, etc.), recordando síntomas experimentados anteriormente, cuando el individuo se ve ante la necesidad de entrar en este tipo de situaciones o bien cuando intenta evitarlas.

Algunos ejemplos de fobias sociales son el miedo a hablar o actuar en público, utilizar lavabos públicos, escribir o comer en presencia de los demás, etc. El individuo suele ser consciente de que el miedo se debe a que los otros puedan detectar signos de ansiedad (tartamudeo, temblor de manos, etc.) en la situación fóbica. Aunque generalmente un determinado individuo suele tener una sola fobia social, ésta puede presentarse junto con pánico u otras fobias simples. En ocasiones, según el grado de intensidad y frecuencia, el deterioro profesional y social puede llegar a extremos muy graves.

17.2.3. *Fobia simple*

Conocidas también con el nombre de *fobias específicas*, son las más comunes en la población general. Se caracterizan por el temor a un estímulo circunscrito, ya sea un objeto, una situación o una actividad. Las fobias más frecuentes son un miedo persistente e irracional a los animales, particularmente perros, serpientes, insectos, ratones, etc., y existe un deseo impulsivo de evitarlos. Otros miedos pueden ser debidos a la visión de sangre, lesiones tisulares, espacios cerrados, viajes aéreos, etc.

Cuando el individuo se encuentra enfrentado repentinamente al estímulo fóbico, siente sensación de miedo y experimenta síntomas idénticos a los de la crisis de angustia. Los síntomas desaparecen cuando el estímulo fóbico es retirado. En la fobia simple el miedo no suele provenir del estímulo fóbico en sí mismo, sino de las supuestas terribles consecuencias derivadas del contacto con él. A pesar de que la mayoría de pacientes con fobia simple reconocen la inocuidad del estímulo fóbico, la incapacitación puede ser considerable cuando aquél es común y no puede ser evitado (por ejemplo, ascensores, aviones, etc.).

Valoración de los trastornos fóbicos

Es importante tener en cuenta el estímulo que provoca el miedo, qué es lo que siente (síntomas) el individuo al experimentarlo y qué hace para evitarlo.

Tratamiento de las fobias

Desde el punto de vista psicoterapeútico, se ha utilizado con éxito la relajación, la desensibilización y la inhibición recíproca. Las benzodiacepinas y los antidepresivos han demostrado también resultados satisfactorios en algunos estudios.

17.3. Trastornos obsesivo-compulsivos

Según el DSM-III-R la sintomatología esencial que caracteriza este tipo de trastornos son obsesiones y/o compulsiones.

Las *obsesiones* son ideas, pensamientos, imágenes, rumiaciones, generalmente de carácter agresivo, sexual o religioso, que irrumpen insistentemente y de manera impulsiva en la conciencia del individuo. Son experimentadas como algo absurdo, indeseado, inaceptable e incontrolable y van acompañadas de un deseo compulsivo a resistirse. Las obsesiones más comunes son pensamientos repetidos de contaminación (por ejemplo, infectarse cuando se estrecha la mano para saludar) y de duda (preguntarse repetidamente si ha llevado a cabo determinada acción).

Las *compulsiones* son conductas repetitivas y aparentemente finalistas que se efectúan de forma estereotipada, con la intención de producir o impedir algún acontecimiento o situación futuras. Por lo general, el individuo reconoce la falta de sentido de la conducta y no obtiene ningún placer en llevar a cabo la actividad, aunque su realización puede reducir por sí misma la tensión.

Las compulsiones más frecuentes son el lavado de manos, contar, limpiar, comprobar y tocar. El paciente se siente empujado a actuar incluso contra el deseo de evitarlo y cuando intenta resistirse, experimenta un aumento de tensión.

Estos trastornos se inician generalmente en la adolescencia o al principio de la edad adulta, pero también pueden hacerlo con anterioridad. La teoría psicodiná-mica plantea como posibles causantes de estos trastornos el aislamiento, ciertos factores psicogenéticos (preocupación por la limpieza, ambivalencia) y un tipo de pensamiento mágico. Sin embargo, la teoría del aprendizaje relaciona la ansiedad del obsesivo con un estímulo condicionado.

Aunque en el DSM-III-R los TOC constituyen un apartado de los trastornos de ansiedad, la sintomatología que los caracteriza (similar a los trastornos depresivos) ha inducido a un replanteamiento de la clasificación por parte de algunos autores, considerando su posible ubicación dentro de los trastornos del estado de ánimo.

Valoración del trastorno obsesivo-compulsivo

Anotar temas que aparecen regularmente en la entrevista o en posteriores encuentros, preocupaciones recurrentes, comportamientos repetitivos o de evitación (por ejemplo, evitar estrechar la mano a personas extrañas, utilizar baños públicos, etc.), interés excesivo por el orden o la limpieza, y en general, cualquier otro síntoma característico de ansiedad.

Tratamiento de las obsesiones y compulsiones

Además de una psicoterapia de apoyo, la farmacoterapia ha demostrado en varias ocasiones efectos positivos utilizando un antidepresivo tricíclico, la clomi-pramina, así como los inhibidores de la mono amino oxidasa (IMAO). En los últimos tiempos, nuevos antidepresivos (fluoxetina, fluvoxamina) parecen ofrecer resultados prometedores en ciertos trabajos publicados.

Igualmente, son destacables los trabajos sobre modificación de conducta realizados

por Baer y colaboradores (1987). Estos trabajos, han conseguido demostrar la reducción de conductas ritualistas y compulsivas a niveles ínfimos tras un programa de entrenamiento por ordenador (portátil), el cual ofrece un *feedback* continuo al sujeto de su conducta compulsiva.

CUADRO 17.2
Descripción y características de los trastornos obsesivo-compulsivos

DESCRIPCIÓN	• Preocupación continua por pensamientos e impulsos recurrentes que el individuo rechaza, pero que a la vez resultan irresistibles. Pueden aparecer independientemente o combinados.
CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN	• Ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes que invaden la conciencia del sujeto e intenta suprimirlos o ignorarlos.
	• Conductas repetitivas y estereotipadas que se realizan de forma impulsiva para evitar algún acontecimiento o situación.
	• Obsesiones y compulsiones se acompañan de síntomas de ansiedad e interfieren la rutina habitual del individuo.
ACTUACIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA	• Permitir al paciente explicar los problemas que le causan ansiedad.
	• Identificar modelos de conducta o resistencias del paciente que pudieran ser causa de sus sentimientos y compulsiones.
	• En principio y siempre dentro de unos límites, conceder al paciente suficiente tiempo para realizar la actividad ritualista. Recordar que imponerle su abandono por la fuerza, puede aumentar su ansiedad.
	• Cuando la conducta compulsiva perturbe su funcionamiento psicosocial, comenzar a marcar límites siempre con una actitud positiva.
	• Hacer saber al paciente que conoce su comportamiento y que su interés es encontrar juntos una solución.
	• Para evitar un aumento de ansiedad y lograr que el paciente se sienta seguro, cambiar lo menos posible su entorno y explicar las razones de los cambios necesarios.
	• Recordar que los comportamientos ritualistas pueden reducir la autoestima del paciente. Para aumentarla,

	conviene demostrar interés por su conducta no ritualista y sus logros en cualquiera de los campos personales o profesionales.

17.4. Otros trastornos de ansiedad

La ansiedad puede entenderse como un estado emocional en el cual se experimenta una sensación de preocupación, inseguridad, aprensión y premonición (Gross, 1991). Estas sensaciones pueden experimentarse súbitamente, es decir, representar una reacción emocional a corto plazo o pueden persistir y afectar el desarrollo de la personalidad.

Además de los trastornos fóbicos y obsesivo-compulsivos antes descritos, otros trastornos importantes que tienen como base fundamental la ansiedad son: el pánico o crisis de angustia y la ansiedad generalizada.

17.4.1 Crisis de angustia (pánico)

Representan la ansiedad en su forma más intensa aunque suelen durar pocos minutos. Pueden presentarse de forma impredecible (por ejemplo, cuando el individuo realiza alguna actividad rutinaria como leer o comer) o ir asociadas a determinadas situaciones estresantes (separarse de la familia, empezar una profesión, pérdida de una relación interpersonal). Se caracterizan por un sentimiento brusco e intenso de aprensión, terror y catástrofe inminente. Generalmente aparecen manifestaciones de expectación aprensiva, vigilancia, tensión motora e hiperactividad vegetativa.

Los síntomas objetivos más comunes durante uno de estos ataques son: disnea, palpitaciones, sensaciones de ahogo, mareo, vértigo, parestesias, sudoración, temblor, miedo a morir o cometer cualquier cosa descontrolada durante la crisis.

Es frecuente que en estos trastornos el individuo desarrolle un miedo anticipa-torio de desamparo o pérdida de control y se haga reticente a quedarse solo o permanecer en lugares públicos lejos de casa.

17.4.2. Ansiedad generalizada

El DSM-III-R la describe como un estado persistente de ansiedad durante por lo menos seis meses, sin los síntomas específicos que caracterizan a los otros trastornos por ansiedad (fóbicos, obsesivo-compulsivos o crisis de ansiedad).

Por lo general, las causas y manifestaciones de ansiedad que conducen a este cuadro varían de un individuo a otro, sin embargo, la mayoría refieren alteraciones de tipo físico, emocional, cognitivo y social. Una de las mayores complicaciones de este

trastorno es el abuso de alcohol y fármacos (barbitúricos y ansiolí-ticos), utilizados por el individuo para vencer la ansiedad.

Valoración del trastorno de ansiedad

Es importante registrar signos y síntomas objetivos (característicos de ansiedad física) y descripciones subjetivas del propio sujeto (sentimientos de incomodidad, pensamientos, interrupciones a lo largo del día, etc.). Igualmente, debe observarse el estado de alerta o aprensión de la persona ansiosa.

Tratamiento general de la ansiedad

Persigue reducirla y prevenirla para que no se convierta en pánico y haga más funcional y saludable la vida de la persona afectada. Para conseguirlo se utiliza farmacoterapia (sobre todo en situaciones graves), psicoterapia o una combinación de ambas.

Los psicofármacos más utilizados en estos casos son las benzodiacepinas (de acción rápida o lenta, corta o larga, según el efecto que se desea conseguir), los betabloqueantes y los antidepresivos. La imipramina (un antidepresivo) y el alpra-zolam (una benzodiacepina) se han mostrado muy eficaces en las crisis de pánico.

Las técnicas psicoterapeúticas persiguen fundamentalmente modificar el comportamiento del individuo y resolver sus conflictos internos. Las más utilizadas, además de la relajación y la psicoterapia de apoyo, son la desensibilización sistemática (a través de una exposición y control gradual de los estímulos ansiógenos) y el condicionamiemnto operante (proporcionando premios o refuerzos positivos cada vez que el paciente obtiene una respuesta apropiada).

CUADRO 17.3
Signos y síntomas de ansiedad

ESFERA FISIOLÓGICA	• Disnea, sensación de ahogo, parada respiratoria
	• Aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial
	• Palpitaciones, dolor precordial
	• Mareos, vértigos, desvanecimientos, sensación de inestabilidad
	• Distermias (oleadas de calor y frío)
	• Sudoración intensa

	• Fatiga, dolores musculares, temblores, hipertonía
	• Adormecimiento y hormigueo en los miembros
	• Sequedad de boca
	• Trastornos gástricos, naúseas, vómitos
	• Diarrea, estreñimiento, poliuria
	• Cefaleas y migrañas
	• Pesadillas, insomnio
	• Sarpullidos y picores en la piel
ESFERA COGNITIVA	• Excesiva vigilancia, sobrerreacción a estímulos
	• Dificultad para concentrarse, indecisión
	• Disminución de la percepción sensorial
	• Olvidos frecuentes, bloqueos mentales, confusión
	• Concentrarse en detalles (…/…)
	• Hipersensibilidad a las críticas
	• Anticipación de displacer, baja autoestima
	• Indiferencia para cosas importantes
	• Frustración, sentimientos de desvalimiento
	• Sentimientos de culpa o desesperanza
	• No encontrar sentido a la vida
	• Sensación de catástrofe inminente
	• Preocupación exagerada por el futuro
	• Miedo a la muerte o al fracaso
	• Pensamientos irreales
ESFERA SOCIAL	• Irritación o frialdad con familiares o amigos
	• Inhibición o agresión
	• Incapacidad de adaptación
	• Aprensión cuando se está en grupos

	de gente
	• Comportamientos que demandan atención
	• Miedo a perder el control en situaciones sociales
	• Sentimientos de ser olvidado, tristeza, soledad
	• Apatía, aburrimiento, nerviosismo
	• Alienación de los demás

Fuente: Gross, 1991 y Labrador et al., 1987. Modificado.

17.5. Trastornos disociativos

La base fundamental de estos trastornos radica en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la memoria y la identidad.

En la producción del trastorno disociativo entran en juego varios factores psicológicos, resultado de anteriores alteraciones en el curso del crecimiento y desarrollo (Kaplan y Sadock, 1987). Este trastorno puede originarse también a partir de acontecimientos psicosociales muy estresantes para el individuo en los que ha existido amenaza física o de muerte (muerte de un ser querido, combate de guerra, abuso físico o sexual, etc.).

Según el DSM-III-R se consideran trastornos disociativos, aparte de los inespecíficos: la amnesia y fuga psicógenas, la personalidad múltiple y la despersonalización (cuadro 17.4).

17.5.1. Amnesia y fuga psicógenas

La *amnesia psicógena* es una incapacidad repentina para recordar información personal importante, que es demasiado intensa para ser explicada a partir del olvido ordinario, sin que haya trastorno mental orgánico demostrable. A menudo el paciente tampoco identifica a personas que conoce bien. Con excepción de los tiempos de guerra, esta alteración suele darse con más frecuencia en adolescentes y mujeres jóvenes.

CUADRO 17.4

Descripción y características de los trastornos disociativos

	AMNESIA Y FUGA PSICÓGENAS	PERSONALIDAD MÚLTIPLE	DESPERSONALIZACIÓN
DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN	• Incapacidad para recordar datos personales relevantes, acontecimientos acaecidos en un período de tiempo dado u objetos que son familiares. Cuando se acompaña de olvido de la propia identidad y abandono repentino e inesperado del hogar, se conoce como *fuga psicógena*.	• Convivencia de dos o más personalidades distintas en un mismo individuo. Cada una de ellas domina la conducta de forma periódica. Las personalidades pueden ser exactamente opuestas y la transición de una a otra ocurre en segundos o minutos.	• Alteración de la percepción o de la experiencia del Yo, acompañada de extrañeza e irrealidad personal. Sensación de falta de control sobre la conducta o el lenguaje. El individuo puede considerar su conducta y sus procesos mentales como ajenos a él.
ACTUACIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA	• Proporcionar al paciente un entorno seguro. Empezar la relación confirmando su identidad. • Repetirle que no se encuentra solo para resolver su problema. • Analizar los factores de estrés que influyen en el paciente y la valoración que hace de ellos. • Identificar creencias erróneas, percepciones equivocadas y objetos no realistas. • Ayudar al paciente a describir su percepción de sus relaciones con otras personas. • Observar y anotar los cambios de comportamiento del paciente. • Orientarle hacia la realidad. • Ayudarle en la higiene y aseo personales y animarle a que cuide su aspecto físico. • Reforzar las conductas positivas del paciente. • Utilizar el sistema de apoyo familiar y social para la exploración y tratamiento del paciente.		

El grado de alteración funcional experimentada durante el período amnésico varía según la gravedad del acontecimiento estresante. Su duración suele ser breve con una terminación abrupta en horas o días (Bulbena, 1991), aunque se han descrito algunos casos que pueden durar meses o años. Esta amnesia puede estar localizada en un período concreto o abarcar toda la vida del individuo.

La actitud de los amnésicos ante su situación varía ampliamente desde la desorientación total a la *belle indeference*. Algunos individuos pueden mostrarse distantes y retraídos, con dificultad de realizar cálculos simples o tareas memorísticas corrientes;

otros, sin embargo, pueden aparecer alegres y manifestar que es mejor no recordar (Talbott y cols., 1989).

Un trastorno próximo a la amnesia psicógena es la *fuga psicógena*. En este caso el individuo, además de olvidar su identidad previa, suele abandonar los lugares familiares y viaja sin rumbo desplazándose de lugar o población. En algunas ocasiones, la persona afectada puede adaptar otro nombre o identidad y cometer actos violentos o criminales. Esta alteración, que suele durar pocos días, puede estar desencadenada por la ingesta de alcohol elevada.

17.5.2. Personalidad múltiple

Se caracteriza por la existencia en el mismo individuo de dos o más personalidades distintas, cada una de ellas dominante en un momento particular. Se entiende por *personalidad* un patrón de comportamiento relativamente estable dentro de un contexto de amplia variedad de situaciones sociales y personales (Gross, 1991). Aunque suele iniciarse el problema en la infancia, no suele ser diagnosticado antes del final de la adolescencia.

Según el DSM-III-R son factores predisponentes en la aparición de este trastorno los malos tratos infantiles y los trastornos emocionales graves.

La personalidad múltiple incluye alteraciones de la memoria y la identidad, y la gravedad de las alteraciones varía en función de la naturaleza de las personalidades existentes y sus relaciones. Cada personalidad es una unidad integrada con su memoria, pautas de conducta y relaciones sociales propias que pueden no conocerse o ser compañeras constantes. Pueden encontrarse personalidades totalmente opuestas unas de otras no sólo en comportamiento y actitud, sino también en cuanto a sexo, edad, raza o clase social. Cada una se comporta de acuerdo a sus características y pueden distinguirse entre ellas por la forma como responden a los problemas.

La personalidad original y las subpersonalidades suelen ser conscientes de tener episodios de amnesia o distorsiones de memoria y tiempo, pero no suelen aportar esta información voluntariamente, por miedo a ser acusados de enfermos mentales o mentirosos.

17.5.3. Despersonalización

Se caracteriza por una alteración en la percepción o experiencia del Yo. Tal como lo describe Mellor (1988), es un fenómeno subjetivo de la experiencia de uno mismo y del entorno. Esta experiencia se caracteriza por un sentimiento de extrañeza o de irrealidad del propio cuerpo y del entorno y va acompañada de un estado emocional displacentero.

Durante esta experiencia, el individuo puede experimentar que sus extremidades cambian de tamaño, que los objetos se distorsionan en su forma y volumen e incluso puede percibirse a sí mismo desde cierta distancia, como si estuviera contemplando una muñeca mecánica. Generalmente siente que no tiene control sobre su conducta o lenguaje y pueden aparecer algunos tipos de anestesia sensorial.

Se consideran factores predisponentes, además de la fatiga y el estrés intenso, el dolor o malformaciones físicas, la meditación (sobre todo en personas introspectivas que tienden a centrarse en sus fallos e inseguridades) y la recuperación de una intoxicación por sustancias.

17.5.4. Otros trastornos disociativos

Ocasionalmente una persona puede presentar síntomas que sugieren un trastorno disociativo pero que no satisfacen los criterios de las alteraciones anteriores, en situaciones de trance (por ejemplo, en mediums espiritistas, tras un lavado de cerebro o adoctrinamiento sectario o terrorista) o de sonambulismo.

Valoración de los trastornos disociativos

En primer lugar, es importante descartar causas orgánicas ya que muchas alteraciones emocionales y enfermedades orgánicas tienen síntomas semejantes a los trastornos disociativos.

Para la identificación del problema deben tenerse en cuenta la personalidad del paciente y fundamentalmente los cambios de comportamiento. Hay que averiguar si sufre sonambulismo, estados de trance, pérdida de memoria, sensación de irrealidad o desprendimiento del entorno, miedo a volverse loco o alteración de la percepción subjetiva del tiempo.

Tratamiento de los trastornos disociativos

Encontrar una terapia específica efectiva no suele ser fácil en estos casos (especialmente en la personalidad múltiple), sin embargo parece que la psicoterapia puede ayudar a identificar el conflicto o amenaza que alimenta la ansiedad del paciente.

Desde la psicofarmacología, se han utilizado ansiolíticos como agentes paliativos de los síntomas ansiosos y antidepresivos para tratar los síntomas depresivos asociados.

17.6. Trastornos de adaptación

Suponen una reacción inadaptada a un suceso de estrés psicosocial identificable, que se presenta durante los tres meses siguientes a la aparición del foco estresante. Se espera que el trastorno remita eventualmente, tras la desaparición del estrés, o se alcance un nuevo nivel de adaptación.

Según las indicaciones del DSM-III-R, un criterio para diagnosticar el trastorno de adaptación es que su duración no sea mayor de seis meses.

La respuesta se considera inadaptada porque altera y a veces incapacita el funcionamiento social y laboral, o también porque los síntomas o conductas que presenta el individuo son excesivos respecto a la reacción habitual o esperable frente al factor de estrés.

El factor productor de estrés puede ser único (divorcio, muerte de un ser significativo, enfermedad física) o múltiple. Puede afectar a un solo individuo (enfermedad), presentarse en el medio familiar (divorcio), afectar a un grupo (agresiones por motivos raciales) o a la comunidad (catástrofes naturales). Las respuestas al estrés pueden ser también recurrentes, como ocurre en las dificultades temporales de los negocios, o continuas, como sucede en la enfermedad crónica.

No hay que olvidar además que algunas reacciones de estrés se encuentran asociadas a etapas específicas del desarrollo, como el inicio escolar, casarse, la paternidad, fracasar en las metas profesionales, que abandone la familia el último hijo o la jubilación.

El trastorno puede aparecer a cualquier edad y además de los factores específicos, la vulnerabilidad del individuo puede aumentar si existe un trastorno de personalidad o un fracaso mental orgánico.

La intensidad del estrés no es suficiente para predecir la gravedad del trastorno. El momento de aparición, su duración y el contexto vital en que se mueve la persona (normas y valores culturales o grupales, sistema de apoyo, etc.) desempeñan un papel importante en las respuestas desproporcionadas a las situaciones de estrés.

Las manifestaciones del trastorno, aunque variadas se circunscriben a alteraciones del estado de ánimo, de la conducta o de ambas a la vez. De acuerdo a la sintomatología predominante, el DSM-III-R clasifica estos trastornos en nueve tipos, descritos brevemente en el cuadro 17.5.

CUADRO 17.5

Resumen de lo dosificación e identificación de los trastornos de adaptación según el DSM-lll-R

TRASTORNO ADAPTATIVO	SÍNTOMAS PREDOMINANTES
• Con estado de ánimo deprimido.	• Estado de ánimo depresivo, llanto y desesperación.
• Con estado de ánimo ansioso.	• Nerviosismo, preocupación e

	inquietud.
• Con síntomas emocionales mixtos.	• Combinación de depresión, ansiedad u otras emociones.
• Con alteración de la conducta.	• Violación del derecho de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad. Por ejemplo, ausencias sin permiso, vandalismo, conducta temeraria, etc.
• Con alteración mixta de las emociones y conducta.	• Combinación de la perturbación de rasgos afectivos (depresión, ansiedad) y conductuales (engaño, peleas, vandalismo, etc.).
• Con inhibición laboral (o académica).	• Inhibición del funcionamiento laboral o académico en un individuo cuyo rendimiento anterior había sido adecuado.
• Con retraimiento social.	• Retraimiento social sin un estado de ánimo deprimido o ansioso significativo.
• Con síntomas físicos.	• Lumbalgia, cefalea, astenia y otros síntomas dolorosos de menos de seis meses de duración.
• No especificado en otros apartados.	• Existe una reacción desadaptativa en respuesta al estrés no clasificable bajo otros trastornos adaptativos. Por ejemplo, un paciente diagnosticado de cáncer que se niega a creer la malignidad del diagnóstico y rechaza el tratamiento.

Valoración del trastorno de adaptación

Identificar la presencia real de factores de estrés, manifestaciones de ansiedad, tristeza generalizada y llanto frecuente, conductas socialmente inadaptadas o censuradas (peleas, engaños, vandalismo, etc.), cambio deficitario en el funcionamiento laboral o académico, retraimiento social, etc.

Tratamiento del trastorno de adaptación

La intervención de crisis a través de psicoterapia individual o grupal parece ser el tratamiento electivo. En ocasiones, los tranquilizantes menores (benzodiacepi-nas) son útiles para tratar la ansiedad que suele presentarse en estos trastornos.

17.7. Proceso de atención de enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) puede entenderse como un método sistemático y organizado de trabajo que, de acuerdo con un enfoque determinado, es utilizado para administrar cuidados de enfermería individualizados frente a una alteración real o potencial. Es, por tanto, un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible (Alfaro, 1988).

Este proceso consta fundamentalmente de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El logro u optimización de cada una de ellas depende en gran medida del rigor y precisión de las anteriores. Es difícil (o imposible) administrar cuidados apropiados y eficaces, si antes no han sido planificados en función de un diagnóstico; y éste sólo es posible una vez realizada una valoración precisa de la información (datos) obtenida sobre la persona afectada y su entorno. De ahí la importancia de la primera fase o *valoración*.

Esta valoración permite ya en un principio detectar el funcionamiento de los patrones generales de salud y evidenciar problemas reales o factores de riesgo para que aparezcan disfunciones. Los *patrones funcionales de salud* constituyen un sistema de valoración desarrollado por Gordon (1982), basado en la función del organismo. Su objetivo es orientar a los profesionales de enfermería en la recogida de datos para determinar el estado de salud y funcionamiento de un individuo o grupo (Carpenito, 1990).

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD SEGÚN M. GORDON

1. Patrón de percepción-control de la salud.
2. Patrón nutricional-metabólico.
3. Patrón de eliminación.
4. Patrón de actividad-ejercicio.
5. Patrón de sueño-descanso.
6. Patrón cognitivo-perceptivo.
7. Patrón de autopercepción.
8. Patrón de rol-relación.
9. Patrón de sexualidad-reproducción.
10. Patrón de control y adaptación al estrés.
11. Patrón de valores-creencias.

El funcionamiento de estos patrones puede ser positivo o eficaz, alterado o con riesgo de alteración. La identificación del funcionamiento de cada uno de ellos favorece también la elección de diagnósticos de enfermería, criterios de resultados y planificación de actuaciones precisas para mantener los patrones positivos o cambiar los alterados e

ineficaces.

Aunque es evidente que un mismo problema puede alterar el funcionamiento de más de un patrón, existen problemas o alteraciones concretas que, por sus características intrínsecas, hacen más vulnerable el funcionamiento de determinados patrones; esto es lo que ocurre con los trastornos neuróticos.

Atendiendo a los factores causantes de estos trastornos y a la problemática antes expuesta, podría deducirse que la mayor probabilidad de disfunción o ineficacia al presentarse alguno de estos trastornos se encuentra en los siguientes patrones:

- Percepción y control de la salud.
- Actividad-ejercicio.
- Sueño-descanso.
- Cognitivo-perceptivo.
- Autopercepción.
- Rol-relaciones.
- Control y adaptación al estrés.

En función de las características que definen la alteración de estos patrones y los factores de riesgo (fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, de situación y de maduración), pueden formularse los diagnósticos de enfermería y a partir de ellos planificar los cuidados oportunos para mantener o restablecer el equilibrio funcional.

Con objeto de consolidar unos fundamentos científicos sólidos y unificar criterios en la profesión de enfermería, defendemos la utilización de taxonomías diagnósticas científicamente probadas y reconocidas. Por este motivo y por su ajuste en la utilización de los patrones de salud, se sugieren las categorías y diagnósticos propuestos por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), reconocidos por la OMS y constantemente revisados por profesionales de distintas nacionalidades. Un ejemplo de ellos (aunque no necesariamente los únicos) para los trastornos neuróticos, puede encontrarse en el cuadro 17.6.

Una vez identificados los problemas de salud, patrones alterados y formulados los diagnósticos de enfermería, la planificación de cuidados debe realizarse de forma individualizada para cada usuario o grupo de población, teniendo en cuenta el factor o factores responsables de la alteración o disfunción. No obstante, con objeto de favorecer un ejemplo práctico y puesto que determinados problemas de salud presentan características definitorias comunes para un gran número de personas, en el cuadro 17.7 se presenta un ejemplo de planificación general para uno de los principales diagnósticos de enfermería relativo a los trastornos neuróticos: la ansiedad.

CUADRO 17.6

Categorías diagnósticas de enfermería relativas a los trastornos neuróticos, agrup según patrones funcionales de salud y posibles factores

PATRÓN	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	POSIBLE FACTOR DE RIESGO
• Percepción y control de la salud	• Alteración en el mantenimiento de la salud • Riesgo de lesión	• Conductas secundarias a factores de estrés/ ansiedad *Ejemplo*: en ansiedad generalizada • Deficiencias motoras o sensoriales • Falta de atención a los riesgos ambientales *Ejemplo*: en trastornos disociativos
• Actividad-ejercicio	• Dificultades para el entretenimiento	• Cambios en el estilo de vida *Ejemplo*: en agorafobia
• Sueño-descanso	• Alteración en el patrón del sueño	• Trastornos en el estilo de vida *Ejemplo*: en trastornos obsesivo-compulsivos
• Cognitivo-perceptivo	• Alteración en el bienestar	• Varios
• Autopercepción	• Ansiedad • Temor • Trastorno en la percepción de sí mismo	• Amenaza real o imaginaria *Ejemplo*: en todos los trastornos neuróticos • Amenazas generalmente reales del entorno *Ejemplo*: en fobias sociales y simples • Trastornos de memoria y percepción *Ejemplo*: en trastornos disociativos
• Rol-relaciones	• Afectación en las relaciones sociales	• Trastornos psiquiátricos de ansiedad en general
• Control y adaptación al estrés	• Incapacidad individual de adaptación	• Factores de estrés internos o ambientales *Ejemplo*: en todos los trastornos neuróticos

CUADRO 17.7
Planificación general de cuidados de enfermería para el diagnóstico de ansiedad

DEFINICIÓN	Estado en el que un individuo o grupo experimenta sentimientos de inquietud (aprensión) y activación del sistema nervioso autónomo como respuesta a amenazas vagas e inespecíficas (Carpenito, 1990).
FACTORES ETIOLÓGICOS O DE RIESGO	Amenaza real o imaginaria en la percepción de sí mismo (especificar).
CARACTERÍSTICAS	Cualquiera de los síntomas presentes en el cuadro 17.3.
OBJETIVOS/CRITERIOS DE RESULTADOS	La persona deberá: • Reconocer su propia ansiedad y sus patrones de adaptación o afrontamiento. • Experimentar un aumento en su nivel de bienestar fisiológico y psicológico. • Utilizar estrategias eficaces de afrontamiento.
ACCIONES DE ENFERMERÍA	*a)* Valorar el nivel de ansiedad (leve, moderado, grave) de la persona. En casos graves o pánico, donde la ansiedad compromete el funcionamiento corporal de la persona, avisar inmediatamente a otro profesional especialista (psiquiatra, psicólogo) o más cualificado. *b)* Proporcionar seguridad y bienestar: • Evitar la ansiedad recíproca. Recordar que la ansiedad se comunica de forma interpersonal. • Presentarse a la persona y permanecer junto a ella siempre que sea posible. • Comunicar comprensión: presencia tranquila, contacto, hablar lenta y tranquilamente, permitir que llore o exprese sus sentimientos, etc. • No exigir respuestas o decisiones precipitadas. • Disminuir la estimulación sensorial (ruidos, luz, visitas, etc.). *c)* Una vez que la persona esté más tranquila, ayudarle a tomar conciencia de su ansiedad para iniciar la resolución del problema: • Analizar conjuntamente las situaciones que provocan ansiedad. • Pedir a la persona que describa lo que experimenta antes de sentirse ansiosa. Es útil para identificar el tipo de ansiedad y la posterior terapia a utilizar. • Determinar las estrategias habituales de adaptación o afrontamiento. Preguntar "¿Qué hace normalmente cuando se enfada o se siente ansiosa?". • Detectar los efectos negativos o destructivos de las estrategias actuales y comentarlos con ella. (.../...)

ACCIONES DE ENFERMERÍA	• Ayudarle a reevaluar su percepción de las cosas y expectativas: – Si son realistas. – Si es posible satisfacerlas. – El efecto que producen en su relación con los demás, etc. *d)* Reducir o eliminar las estrategias problemáticas e intentar cambiarlas por otras más funcionales y saludables: • Discutir el problema con el resto de profesionales del equipo para lograr una terapia congruente. • Consultar la necesidad de tratamiento farmacológico. • Comentar con la persona las consecuencias de su conducta inadaptada. • Reconocer que los síntomas deben ser molestos pero asegurar que pueden mejorar o superarse. • Establecer límites claros (decirle exactamente lo que se espera de ella) ante las exigencias o conductas poco racionales, o las pretensiones de manipulación. • Al plantear límites, evitar que puedan entenderse como un desafío. • Aportar refuerzos sobre la realidad actual. Identificar logros positivos y animarle a que utilice las estrategias saludables. • Frente a la identificación de una estrategia negativa, sugerir siempre otra positiva, e iniciar su aprendizaje. Por ejemplo: – Participar en algún ejercicio físico. – Baños calientes y masajes. – Técnicas de respiración y relajación muscular. – Entrenamiento en resolución de problemas y autocontrol, etc.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ALFARO, R.: *Aplicación del proceso de enfermería*. Doyma. Barcelona, 1988.

KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J.: *Tratado de psiquiatría*. Salvat. Barcelona, 1989.

PELLETIER, L. R.: *Enfermería psiquiátrica. Estudio de casos, diagnóstico y planes de cuidado*. Doyma. Barcelona, 1990.

STUART, G. W. y SUNDEEN, S. J.: *Enfermería psiquiátrica*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1992.

VALLEJO RUILOBA, J.: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 3ª ed. Salvat. Barcelona, 1991: 321-368 y 387-403.

18

Trastornos psicofisiológicos debidos a situaciones estresantes

OBJETIVOS

- Definir la relación mente-cuerpo y el concepto de estrés.
- Conocer la génesis y las características del estrés grave y sus consecuencias.
- Definir los trastornos psicofisiológicos e identificar los más frecuentes e importantes.
- Conocer las estrategias terapéuticas del personal de enfermería en las situaciones de estrés.
- Conocer los cuidados de enfermería precisos en el abordaje terapeútico multidisciplinar de los trastornos psicofisiológicos.
- Conocer las necesidades físicas y psicológicas del paciente estresado y de su entorno.
- Valorar y atender las necesidades físicas y psicológicas del enfermo con trastornos psicofisiológicos.
- Establecer las prioridades en el enfoque asistencial de estos casos.

18.1. Definición de la relación mente-cuerpo

El reconocimiento tanto a nivel filosófico como científico de la unidad funcional mente-cuerpo fue una de las condiciones que permitieron el origen de la medicina psicosomática. El modelo biomédico actual se consolidó a finales del siglo XIX. Dificultades metodológicas e ideológicas de la época y el propio modelo biomédico retrasaron el estudio y abordaje de los aspectos psicosociales de la enfermedad.

En el segundo cuarto del siglo XX se dieron tres circunstancias que facilitaron el nacimiento y desarrollo de la medicina psicosomática:

1. Freud, Cannon, Paulov y Wolff abrieron líneas que permitieron investigar las interacciones entre lo psicosocial y lo fisiológico en el hombre.
2. V. Weizsacker, con su "Medicina de la totalidad", Tournier, con su "Medicina de la persona", y Balint, con su "Medicina centrada en el paciente" recogieron y formularon el descontento por la despersonalización de la medicina y proclamaron la necesidad de conducirla hacia formas más globales y personalizadas.
3. Los avances de las ciencias naturales, especialmente de la física y la biología, plantearon cuestiones epistemológicas que desbordaron el marco reduccionista clásico.

Más recientemente, en 1974, la OMS propuso el abordaje holístico y ecológico en la práctica y enseñanza de las Ciencias de la Salud.

Se inicia, pues, una etapa donde la práctica de la medicina se realiza según un enfoque bio-psico-social, concediéndose importancia a factores psicológicos y sociales tanto en la génesis de la enfermedad, como eslabones de la cadena multi-causal, cuanto en el desarrollo y evolución de la misma.

18.2. Concepto actual del estrés

Las primeras versiones médicas del estrés fueron realizadas por Cannon en 1932. Este autor descubrió que cuando se desequilibra el organismo, debido a la acción de agentes nocivos, se ponen en marcha una serie de mecanismos tendentes a recuperar el equilibrio perdido.

Años más tarde Hans Selye descubrió la existencia de un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas desencadenadas frente a los más variados agentes nocivos, englobándolas bajo el nombre de *síndrome general de adaptación*. Selye identifica tres fases secuenciales:

- Fase de alarma

- Fase de resistencia
- Fase de agotamiento.

En cada fase analizó el tipo de activación fisiológica puesta en marcha para enfrentarse al estímulo agresor.

Asimismo aplicó el término *estrés* a su síndrome general de adaptación, siendo su principal aportación poner de manifiesto que lo fundamental en el estrés es su carácter de reacción inespecífica, que expresa el esfuerzo adaptativo frente a un problema, "independientemente de cuál sea este problema". El principal inconveniente de este enfoque del estrés es su excesivo énfasis en lo orgánico, obviando una participación más activa del sujeto en su globalidad.

Este inconveniente se subsanó con el desarrollo de las teorías neuroendocrinas del estrés y de las teorías de la emoción, que van concediendo importancia a la actividad emocional como principal agente responsable de las reacciones suscitadas en el organismo. Estas teorías dieron paso a las teorías cognitivas de la emoción, como la de Lázarus (1966). Lo importante de ellas es que introducen la evaluación que el individuo realiza tanto de la situación como de los recursos psicológicos y sociales que tiene para afrontarlas.

Así pues, ante cualquier situación que exija un esfuerzo adaptativo del individuo, la respuesta psicofisiológica que se genera dependerá de:

- Evaluación que el individuo realiza de la situación.
- Evaluación que realiza de los recursos personales y sociales.

De esta forma se explicaría la variabilidad de respuestas observadas ante idénticas situaciones, así como que situaciones percibidas como amenazadoras por un individuo sean neutrales e incluso placenteras para otros.

En esta conceptualización del estrés es el sujeto, y no sólo su organismo, quien interviene para adaptarse. De ahí que el término *adaptación* haya sido gradualmente sustituido por el de *estrategias de afrontamiento*.

Siguiendo este enfoque, el *estrés* puede definirse como un conjunto de reacciones psicofisiológicas producidas en el individuo cuando éste percibe su entorno como amenazante. Se trata, por tanto, de una situación adaptativa que capacita a los sujetos a enfrentarse a las situaciones conflictivas.

18.3. Génesis y características del estrés grave

El estrés, tomando como referencia la definición anteriormente expuesta, puede ser considerado como beneficioso, pues capacita al sujeto para enfrentarse y adaptarse a las situaciones conflictivas.

El estrés es un proceso negativo cuando llega a tener carácter inadaptativo, produciendo una respuesta ineficaz o excesiva, tanto en intensidad como en frecuencia.

En la génesis del estrés grave influyen la cualidad y cantidad del agente estresante y la respuesta provocada en el individuo.

A) Cualidad y cantidad del agente estresante

La influencia del agente estresante ha sido puesta de manifiesto a través de numerosos trabajos que intentaban establecer correlaciones entre acontecimientos estresantes y la aparición de síntomas o enfermedades. A partir de ellos se han elaborado escalas y cuestionarios que pretenden analizar, a través de estudios retrospectivos, si la acumulación de acontecimientos vitales se relacionan con la génesis de enfermedades.

Dentro de este tipo de escalas la más conocida es la desarrollada por Holmes y Rahe en 1967, que incluye cuarenta y tres ítems referidos a posibles sucesos estresantes con distintos valores cada uno (por ejemplo: fallecimiento del cónyuge, 95; matrimonio, 55; compra de casa, 38).

Recientemente Labrador (1992) ha elaborado una escala alternativa adaptada a la población española, que recoge la importancia subjetiva que cada situación estresante tiene para cada persona.

No obstante, el uso de estas escalas es objeto de continuas controversias (Pay-kel, Ross y Mirowsky) por una serie de razones:

- Se supone que todos los acontecimientos son estresantes, con independencia de si son agradables o desagradables. No obstante, los cambios deseables parecen ser menos estresantes que los indeseables, o al menos no están relacionados con el desarrollo posterior de consecuencias negativas asociadas al estrés.
- Los valores que otorgan a los diferentes sucesos son, a veces, poco significativos dado que cada uno de éstos puede ser vivido de manera distinta por cada individuo.
- Se cuestiona también si los ítems escogidos son representativos de las situaciones de estrés más habituales en el medio de la persona que responde al cuestionario.

Además de la acumulación de acontecimientos vitales en un corto intervalo de tiempo, se consideran como estresantes aquellas situaciones que se viven a diario como irritantes, frustrantes o desagradables (tráfico intenso, comida no relajada, etc.). Diversos trabajos, como el de Kanner y colaboradores (1981), han encontrado que existe una mayor relación entre estos acontecimientos estresantes diarios de menor intensidad y el desarrollo de trastornos psicofisiológicos asociados al estrés, que entre éstos y los acontecimientos vitales.

Asimismo, se incluyen todas aquellas situaciones que generan tensión crónica mantenida (mala relación de pareja mantenida durante mucho tiempo, estar en paro durante varios meses, etc.). A estas situaciones se les atribuye un alto valor en cuanto a generadoras de estrés grave por su intensidad y persistencia.

B) Respuesta provocada en el individuo

El otro factor que debe tenerse en cuenta en el análisis del estrés grave es el modo en que el individuo responde al agente estresante.

Según lo expuesto anteriormente, entre el estímulo y la respuesta, median dos procesos importantes (figura 18.1):

- Evaluación primaria o percepción que el individuo realiza del estímulo y valor estresante que le atribuye.
- Evaluación secundaria o capacidad de afrontamiento del sujeto, determinada por sus recursos personales y sociales.

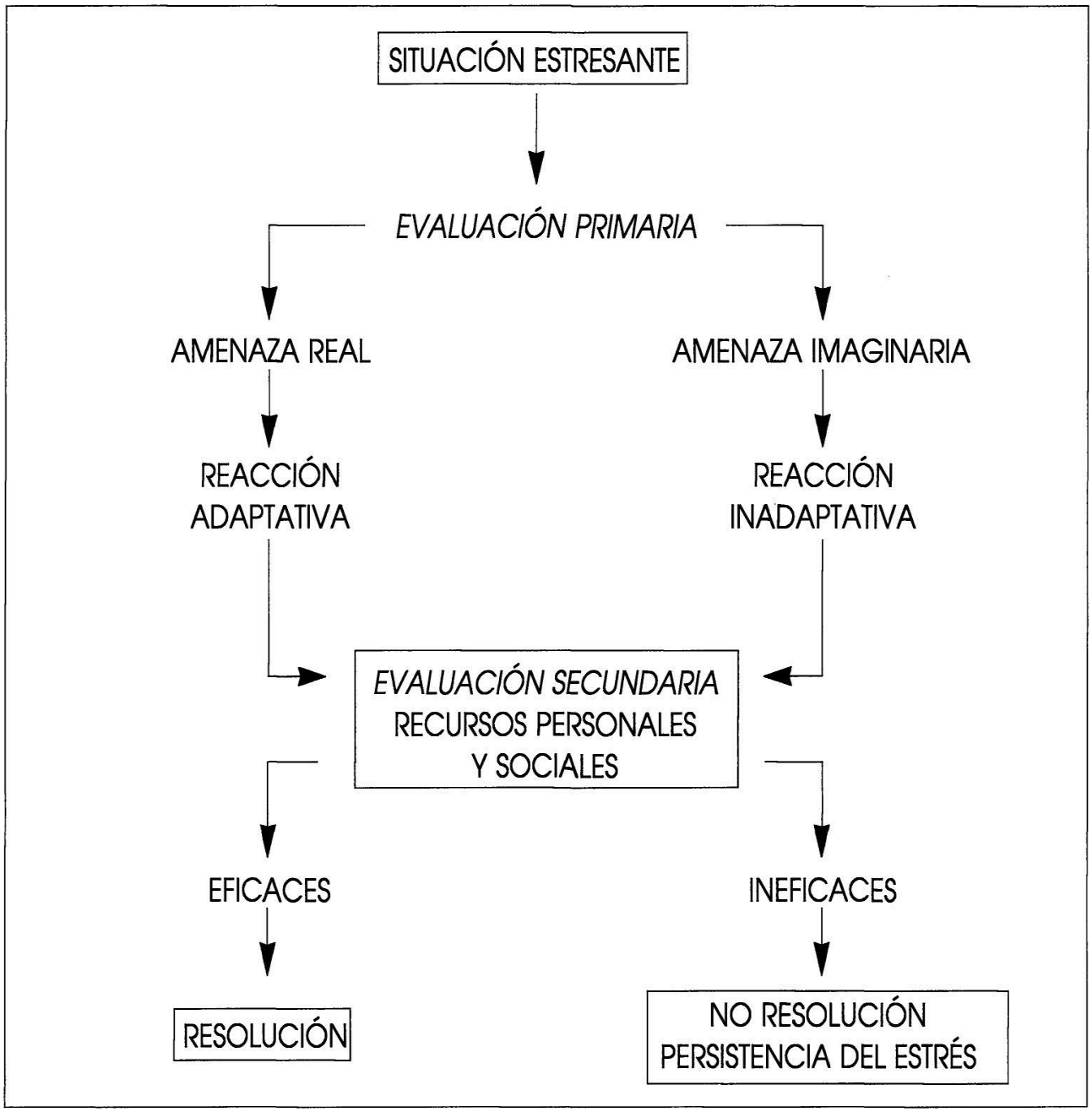


FIGURA 18.1. Proceso generador del estrés grave.

EVALUACIÓN PRIMARIA

Interviene influyendo en el grado de adecuación o inadecuación de la respuesta de estrés de la siguiente forma:

- Si la situación supone una amenaza real para el individuo y el individuo la percibe como tal, la respuesta de estrés *tiene función adaptativa*.
- Si la situación no supone una amenaza real para el individuo, pero es percibida como amenazante, la respuesta de estrés no es útil, siendo inadecuada, y por tanto *carece defunción adaptativa*.

Cuando el individuo responde de forma estereotipada ante situaciones estresantes no reales, se genera un alto nivel de estrés, que se mantiene permanentemente al no servir para solucionar amenazas simbólicas, existentes sólo en la mente del individuo.

EVALUACIÓN SECUNDARIA

También influye en el grado de eficacia de la respuesta, dependiendo de dos factores:

- *Recursos personales del individuo*. Las estrategias de afrontamiento utilizadas por el individuo pueden ser adecuadas o inadecuadas, ayudando a solucionar la situación estresante en el primer caso y siendo ineficaz en el segundo.
- *Recursos sociales*. Si el individuo cuenta con apoyo social adecuado (familia, trabajo…), las situaciones amenazantes serán afrontadas más eficazmente, soportando menor nivel de estrés.

En conclusión, el *estrés grave* puede considerarse como el estado que surge cuando la respuesta de estrés suscitada en el individuo es demasiado frecuente, intensa o duradera, ya sea por acumulación de acontecimientos vitales, percepción estereotipada de situaciones amenazantes o utilización de estrategias de afrontamiento inadecuadas. De esta forma, los llamados órganos diana se ven afectados y se produce el agotamiento de los recursos y la aparición de trastornos psicofisiológicos.

18.4. Consecuencias del estrés grave

Para comprender los trastornos psicofisiológicos que se derivan del es-trés grave, es preciso analizar previamente los ejes fisiológicos que intervienen en la respuesta de estrés. Básicamente se distinguen tres ejes fisiológicos (figura 18.2):

- Eje I: Neural.
- Eje II: Neuroendocrino.
- Eje III: Endocrino.

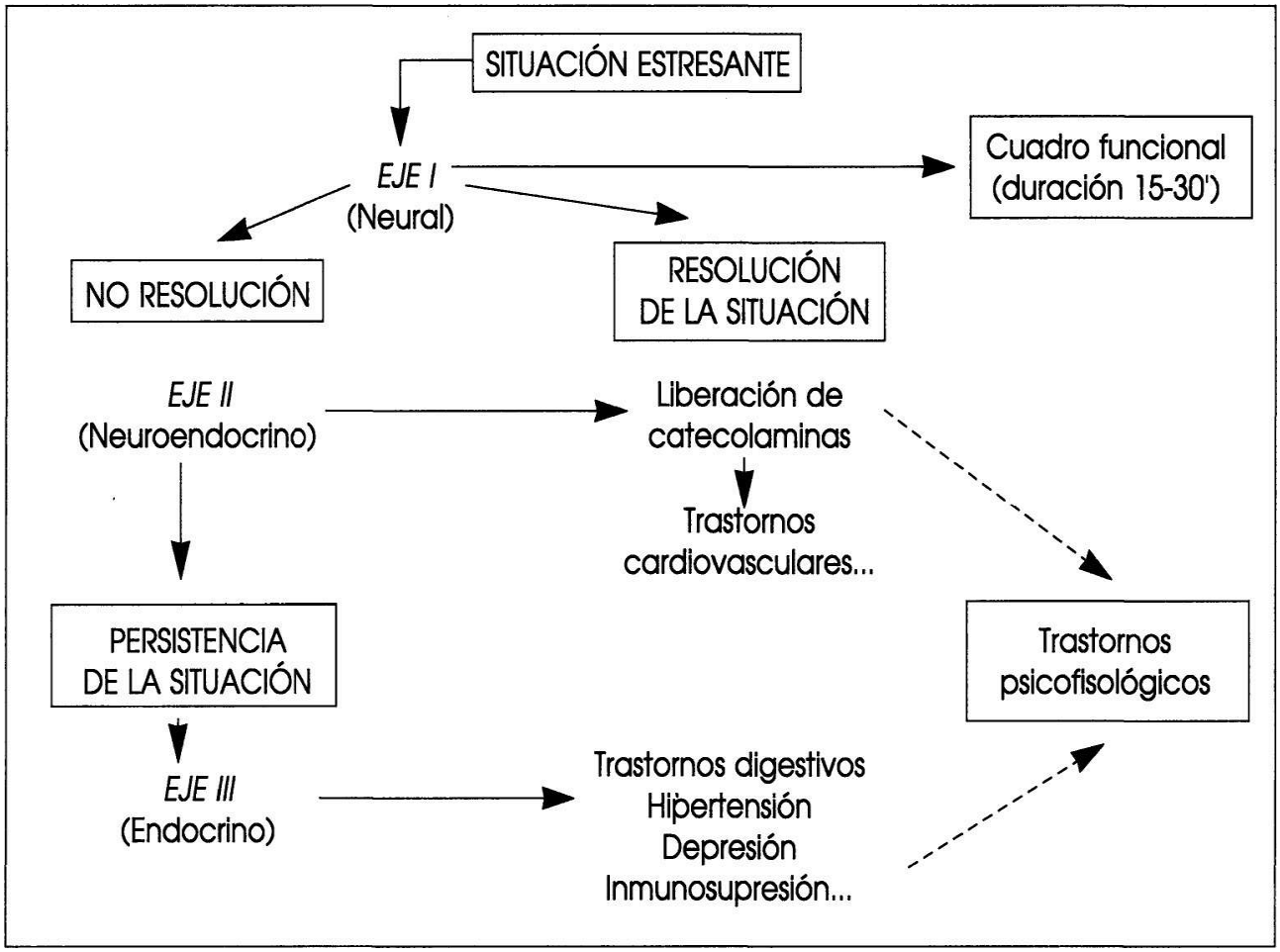


FIGURA 18.2. Ejes fisiológicos que intervienen en la respuesta de estrés.

EJE I: NEURAL

Este eje parece dispararse de manera inmediata siempre que se percibe una situación como estresante, provocando la activación del *sistema nervioso simpático* (que genera una sintomatología característica de los cuadros de ansiedad aguda: aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca, de la presión arterial, de la liberación de glucosa, etc.), así como la activación del *sistema nervioso motor*, encargado de regular el nivel de tensión de los músculos y de ejecutar los distintos movimientos del organismo.

Esta activación se irá reduciendo de forma lenta (15 a 30 minutos) si la situación estresante desaparece. El eje I no puede mantener el nivel de activación tan alto durante mucho tiempo, por lo que si la situación estresante persiste entra en funcionamiento el eje II.

Por consiguiente, la activación de este primer eje no suele provocar trastornos psicofisiológícos, ya que la activación no es mantenida.

El cuadro clínico producido sería el llamado *cuadro funcional*, que se caracteriza fundamentalmente por su reversibilidad y por carecer de daño orgánico obje-tivable.

Solamente en el caso de que la activación de los órganos diana fuese excesivamente intensa o el estado de alguno de estos órganos fuera precario, se podría producir algún tipo de trastorno (por ejemplo, infarto de miocardio).

EJE II: NEUROENDOCRINO

Este eje es más lento en su activación que el anterior y necesita unas condiciones de estrés mantenidas. Su puesta en marcha implica la activación de la médula suprarrenal con la secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina). Esta liberación produce un resultado similar al referido anteriormente con la activación del eje I, siendo su función prolongar el nivel de activación del organismo ante la persistencia de la situación amenazante.

Una activación excesivamente intensa, repetida o duradera del eje II facilita la aparición de trastornos psicofisilógicos derivados de fallos de los órganos activados. Dado que este eje incide eminentemente sobre el sistema cardiovascular, la mayoría de los trastornos afectan a este sistema (infarto de miocardio, angina de pecho, hipertensión, arritmia cardíaca, etc.).

EJE III: ENDOCRINO

Este tercer eje, más lento que los anteriores, y de efectos más duraderos, requiere para su activación una situación de estrés mucho más mantenida e intensa. Ésta suele producirse cuando el individuo no sabe cómo seguir enfrentándose a la situación de estrés, no teniendo otro remedio que soportarla. Sus efectos negativos más importantes son la depresión, el sentimiento de indefensión, la pasividad, la percepción de falta de control, la inmunosupresión y los síntomas de tipo gastrointestinal, etc.

La puesta en marcha de este eje implica la movilización de las hormonas de la corteza suprarrenal, del crecimiento, tiroidea y vasopresina.

En conclusión, la activación del eje I es responsable de la aparición de los cuadros funcionales, mientras que los ejes II y III son los implicados en la génesis de los trastornos psicofisiológicos, produciendo daño orgánico objetivable.

A estos trastornos tradicionalmente se les ha denominado enfermedades psi-cosomáticas, psicosomatosis, trastornos somatomorfos o trastornos somatofor-mes. En nuestra opinión, el término psicosomático es uno de los más confusos de la medicina, utilizado con frecuencia de forma vaga e imprecisa. No es raro aplicarlo como sinónimo de psicógeno, histérico o imaginario. También, en ocasiones, se refiere a un talante o

manera de abordar el estudio de la enfermedad. Por todo ello, preferimos englobarlos bajo el nombre genérico de *trastornos psicofisiológicos*.

18.5. Trastornos psicofisiológicos

Como se ha visto en el apartado anterior, la etiología de los trastornos psicofisiológicos es una situación estresante que a su vez origina o exacerba una patología orgánica demostrable o un proceso fisiopatológico.

Para que una persona desarrolle trastornos psicofisiológicos son necesarios los siguientes factores:

- Existencia de una situación estresante persistente.
- El trastorno desencadenado, que suele evolucionar por brotes, se desarrolla con una patología física objetivable o un proceso fisiopatológico conocido.
- El individuo suele presentar cierta predisposición biológica (hereditaria, constitucional, etc.).

En el cuadro 18.1 se resumen por aparatos los trastornos psicofisiológicos más frecuentes e importantes. Se trata de enfermedades muy diversas cuyo estudio corresponde a distintas asignaturas. El único aspecto importante que conviene destacar es su etiología psicógena, que por otro lado no tiene por qué ser exclusiva, pudiendo concurrir otros factores etiopatogénicos.

CUADRO 18.1
Trastornos psicofisiológicos más frecuentes e importantes

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES	• Úlcera péptica • Colitis ulcerosa
TRASTORNOS CARDIOVASCULARES	• Hipertensión arterial
TRASTORNOS DERMATOLÓGICOS	• Prurito • Psoriasis • Acné
TRASTORNOS RESPIRATORIOS	• Síndrome de hiperventilación • Asma bronquial
TRASTORNOS ENDOCRINOS	• Diabetes mellitus
TRASTORNOS INMUNITARIOS	• Cáncer • Alergias
TRASTORNOS SEXUALES	• Dispareunia • Vaginismo • Impotencia • Frigidez

18.5.1. Trastornos gastrointestinales

El tracto gastrointestinal es una de las localizaciones más frecuentes de los síntomas somáticos de desencadenamiento psicógeno. Los efectos del sistema nervioso autónomo son rápidamente reflejados en forma de sintomatología gastrointestinal.

ÚLCERA PÉPTICA

Es una erosión de la mucosa que recubre el estómago o el duodeno. Se desconoce su etiología. Es uno de los trastornos psicosomáticos clásicos. Está muy influido por el estrés (primera causa de enfermedad en la Segunda Guerra Mundial). En la actualidad la padece el 6-15% de la población general, con un predominio de los varones de 3 a 1. Se da sobre todo en hombres entre 45-55 años. El exceso de trabajo y la preocupación por "llegar más alto" se relacionan con el desarrollo de úlceras. Los factores emocionales son más importantes en la duodenal que en la gástrica. Las investigaciones demuestran un aumento de la secreción gástrica, vasodilatación y motilidad en presencia de ansiedad, resentimiento y frustración.

COLITIS ULCEROSA

Es una inflamación de la mucosa del intestino grueso. Suele iniciarse en adultos jóvenes o personas de mediana edad. Parece existir una relación familiar.

18.5.2. Trastornos cardiovasculares

Estos trastornos son la causa de muerte más frecuente en el mundo occidental.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es una elevación persistente de la tensión arterial por encima de los 140/90 mm Hg. Un 15% de la población sufre hipertensión en algún momento de su vida.

Los individuos con historia familiar de hipertensión tienden a presentar respuestas cardiovasculares y emocionales (ansiedad) intensas frente a tareas cognitivas frustrantes.

Las personas de sociedades que están sufriendo cambios radicales o las que se desplazan o apartan de su sociedad habitual tienen más riesgo de hipertensión. También presentan mayor prevalencia los que viven en condiciones socioeconómicas precarias o estresantes. Pueden producirla la ira y la hostilidad reprimidas, pero no por sí solas. Debe existir una diatesis biológica necesaria para que aparezca el trastorno. Un estrés crónico, como el de los trabajos de alta responsabilidad o riesgo, puede llevar a una excitación

crónica del sistema simpático y vasoconstricción, lo que conduciría a hipertensión en los sujetos sensibles.

18.5.3. Trastornos dermatológicos

La piel es el órgano más visible y sirve de intermediario físico entre el individuo, sus contactos sociales y su ambiente. La piel es muy reactiva a los estados emocionales.

Por su importante relación con la apariencia, la piel está intimamente ligada a la autoestima y a la autoimagen. La importancia de los factores psicológicos en estos trastornos se comprueba debido a que durante los meses de verano (se enseña más la piel) los problemas psicológicos debidos a la piel se agudizan.

PRURITO

El picor normal o leve es normal y el estrés psicológico al que normalmente está sometido el individuo así como sus rasgos generales de personalidad influyen en el grado de atención que el paciente le preste. Una persona ansiosa puede rascarse para descargar su tensión o su agresividad.

PSORIASIS

Es una dermatosis crónica que produce lesiones rojizas, plateadas y escamosas. Existe una tendencia hereditaria. El estrés emocional puede agravarla.

18.5.4. Trastornos respiratorios

HIPERVENTILACIÓN

Es un incremento de la ventilación más de lo necesario. Se suele deber a la ansiedad, el individuo puede no darse cuenta de que la frecuencia o profundidad de su respiración está alterada.

ASMA

Es una constricción de los bronquios que da como resultado dificultades respiratorias. Los síntomas pueden ser desencadenados por muchos estímulos (aire frío, alérgenos, infecciones, irritantes y emociones).

El trastorno o contratiempo emocional es uno de los factores de riesgo que pueden

desencadenar un ataque de asma en los individuos susceptibles.

78.5.5. *Trastornos endocrinos*

DIABETES MELLITUS

Trastorno metabólico asociado a la deficiencia de insulina. El ajuste psicoso-cial está estrechamente relacionado con el control de la diabetes. El estrés psicológico importante puede intervenir en la aceleración del inicio de la diabetes o en las exacerbaciones.

18.5.6. Trastornos inmunitarios

Los estados psicológicos y el estrés pueden aumentar o disminuir la efectividad del sistema inmunitario. Así, los acontecimientos vitales estresantes y la soledad pueden disminuir la actividad de los linfocitos T. Esta disminución está relacionada específicamente con la aflicción, el duelo y la depresión.

ALERGIAS

El estrés psicosocial que afecta al funcionamiento de los linfocitos T y B puede alterar la susceptibilidad del individuo a la alergia o la gravedad de la misma.

CÁNCER

Los acontecimientos estresantes preceden a menudo al inicio de ciertos tipos de cáncer. Los individuos depresivos, los incapaces de expresar sus emociones (especialmente la ira), son más propensos a desarrollar cáncer.

18.5.7. Trastornos sexuales

Dentro de los trastornos sexuales, los factores psicológicos que afectan al estado físico se centran en las disfunciones sexuales, por lo que las parafilias no van a ser nombradas aquí.

Las disfunciones sexuales se caracterizan por inhibición del deseo sexual o de los cambios psicofisiológicos que caracterizan el ciclo de la respuesta sexual.

La gran importancia de los factores psicológicos en estos trastornos se comprueba

en que se pueden adquirir después de un período de funcionamiento normal, debido a algún estímulo ambiental o producirse sólo en determinadas situaciones o con determinadas parejas.

Los factores que predisponen a las disfunciones sexuales adquiridas son la ansiedad, los estándares subjetivos demasiado altos sobre rendimiento sexual (sensación de no cumplir con un concepto general mal definido de normalidad) y una sensibilidad excesiva respecto al rechazo real o imaginado de la pareja sexual.

Cualquier actitud negativa hacia la sexualidad predispone a las disfunciones sexuales y esta actitud puede ser debida a experiencias particulares, a conflictos internos o a los valores culturales rígidos.

DISPAREUNIA

Este trastorno es un dolor genital persistente o recurrente antes, durante o después de la relación sexual. No está provocado nunca únicamente por factores biológicos sino que los factores psicológicos desempeñan un papel muy importante.

VAGINISMO

Consiste en la aparición persistente o recurrente de un espasmo involuntario de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere en el coito.

IMPOTENCIA

Es un fracaso parcial o total, persistente o recurrente del hombre, en mantener la erección hasta el final de la actividad sexual. Puede acompañarse de la falta de la sensación subjetiva de excitación y de placer durante la actividad sexual.

FRIGIDEZ

Tiene las mismas características que el trastorno anterior, en este caso para la mujer.

18.5.8. *Artritis reumatoide*

Es un trastorno inflamatorio de etiología desconocida que afecta a las articulaciones. Se da en un 1% de la población general y es más frecuente en las mujeres

(3 a 1). Existe una elevada proporción de casos con distrés emocional y trastornos psiquiátricos entre los pacientes con artritis reumatoide y sus familiares. En individuos con fuerte vulnerabilidad biológica a la artritis sería suficiente un leve estrés emocional para desencadenar los síntomas.

18.5.9. Obesidad

La obesidad está muy relacionada con los trastornos emocionales. Hay una alta correlación entre psicopatología y obesidad en las personas muy obesas. Sufren trastornos psicológicos sobre todo en su autoimagen y sus relaciones sexuales y de pareja. (Nunca se miran al espejo, evitan los contactos y actividades sociales, atribuyen lo malo que les ocurre a su sobrepeso.)

La implicación social de la obesidad es muy grande. Existe una actitud discriminatoria hacia las personas obesas, insensibilidad y crueldad hacia su problema. Unos de los factores más determinantes para la obesidad son los sociales. Variables como ser un país desarrollado o no, religión o clase social a la que se pertenece, influyen en este problema.

En los países desarrollados existe una relación inversa entre clase social y obesidad (6 veces más obesos en la clase social baja que en la alta en EEUU).

Existe una forma reactiva de obesidad, son las personas que comen más cuando están preocupadas, tensas o ansiosas. Se produce la obesidad también después de la muerte de un familiar y en situaciones de soledad. Estas personas reaccionan con depresión y comiendo mucho a las agresiones y otras emociones.

Las personas que se convierten en obesas padecen trastornos en las funciones psicológicas. Esto se ve sobre todo en los adolescentes, que sufren graves problemas para aceptar su imagen corporal, no tienen iniciativa ni autonomía, y controlan poco sus sentimientos y acciones.

18.6. Estrategias terapéuticas del personal de enfermería en las situaciones de estrés

Dado que el profesional de enfermería realiza su actividad en un ambiente altamente estresante y suele estar en contacto directo con personas estresadas, debe conocer y utilizar estrategias que permitan afrontar adecuadamente estas situaciones, pudiendo realizar una intervención eficaz en los siguientes aspectos:

- *Recogida de datos:* En ella ha de realizar una evaluación de los factores estresantes en el propio paciente (hospital, cambio de horario, separación del ambiente familiar, enfermedad, métodos diagnósticos, etc.). Para todo ello el

personal de enfermería utilizará la entrevista, autoinformes del paciente y la observación posterior.

Posteriormente puede evaluar las conductas de afrontamiento empleadas por el sujeto así como sus recursos sociales. Con todos estos datos se obtendrá una valiosa información que ayudará a predecir el nivel de estrés soportado por el enfermo.

- *Aplicación de técnicas que aliviarán la tensión:* El personal de enfermería puede llevar a cabo técnicas de relajación, de control de la respiración, de distracción, etc.

Con estas estrategias podrá ayudar al paciente a enfrentarse a las situaciones estresantes que tanto influyen en la génesis y evolución de los trastornos psicofisiológicos.

18.7. Cuidados y atención de enfermería

Debido a la variedad de los trastornos psicofisiológicos que, como se ha visto, afectan a distintos órganos, cabe distinguir:

A) Cuidados y atenciones específicos del órgano afectado

Cada trastorno psicofisiológico (colitis ulcerosa, psoriasis, asma bronquial, etc.) requiere unos cuidados y atenciones espeqíficos que dependerán en cada caso del tipo de patología y nivel de afectación. A veces se trata de situaciones urgentes que incluso comprometen la vida del paciente.

La seguridad, respiración, ingesta y eliminación han de ser atendidas de forma absolutamente prioritaria antes de hacer ninguna otra valoración de necesidades. Una úlcera péptica sangrante o una crisis asmática aguda deberán ser atendidas en los aspectos físicos, relegando otras actuaciones para más adelante.

Los cuidados específicos de cada uno de los trastornos psicofisiológicos son múltiples y variados. Estas enfermedades, además del factor psicológico, presentan en proporciones variables otros elementos etiológicos y son estudiadas en asignaturas diversas. Por esta razón resulta imposible sistematizar actuaciones en terrenos tan dispersos como los cardiovasculares, dermatológicos, gastrointestinales, respiratorios, endocrinos, inmunitarios, etc.

B) Cuidados y atenciones genéricos en las reacciones de estrés y trastornos psicofisiológicos

Una vez resueltos los aspectos urgentes específicos de cada situación, al personal de enfermería le corresponde prestar especial atención a la relación con el paciente. Una adecuada relación favorecerá las acciones psicoterápicas, que también se dividen en

específicas e inespecíficas.

La *psicoterapia específica* pretende modificar a través de distintas estrategias sistematizadas la percepción, ideación, sentimientos y conducta del enfermo. Aunque la ejecución de este tipo de terapia no corresponde al personal de enfermería, éste sí debe conocer la estrategia empleada en cada caso, informar al psicotera-peuta de los cambios de conducta observados en los enfermos y apoyar a éstos.

En toda relación del personal sanitario con los enfermos existen unas acciones psicoterápicas implícitas que dependen de diversos factores pero que ejercen su acción aunque la enfermedad que sufra el paciente no tenga origen psíquico. Se trata de una *psicoterapia inespecífica*, que sin olvidar el rigor científico de la asistencia, y sin caer en curanderismo, pretende que el paciente logre una comprensión de lo que le ocurre y llegue a aceptar sus limitaciones con el mayor grado de libertad y responsabilidad.

En el supuesto de estrés y de trastornos psicofisiológicos en los que el origen del proceso tiene componente psíquico, estos aspectos alcanzarán su máxima expresión, pudiendo ser el personal de enfermería, auténtica vanguardia de la asistencia sanitaria, un agente muy eficaz, desarrollando las técnicas y actuaciones descritas.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

PIRAS, N.: *La psicosomática hoy*. Paz Montalbo. Madrid, 1975.

LABRADOR, F. J.: *El estrés: nuevas técnicas para su control*. Temas de Hoy. Madrid, 1992.

LAZARUS, R. S. y FOLKMAN, S.: *Stress appraisal and copin*. Springer, Nueva York. (Trad.: *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca. Barcelona, 1986.)

19

Trastornos de la conducta alimentaria

OBJETIVOS

- Conocer las alteraciones más prevalentes de la conducta alimentaria: obesidad primaria, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.
- Conocer la etiopatogenia, características clínicas y diagnóstico de los trastornos alimentarios.
- Adquirir los conocimientos necesarios para intervenir en el tratamiento de estos trastornos.
- Desarrollar las aptitudes necesarias para aplicar los planes de cuidados y atención de enfermería necesarios en este tipo de pacientes.

19.1. Trastornos de la conducta alimentaria

Por razones didácticas se tratará en primer lugar de la obesidad primaria, cuya situación científica en el ámbito de la enfermería psiquiátrica e incluso de la psicología o de la psiquiatría está aún por definir. Sin embargo, por su elevada preva-lencia y por la importancia de la comprensión de los fenómenos implicados en su desarrollo, resulta

conveniente abordarla en primer lugar. Posteriormente se tratarán la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, que son trastornos que están inter-relacionados entre sí.

19.2. Obesidad primaria

La *obesidad* se define como el exceso de grasa corporal, que se manifiesta habitualmente como un exceso de peso en relación a la talla y estructura corporal. Medir esto puede ser complejo, pues influyen factores raciales, sociales, familiares y personales en esta definición. No siempre el exceso de peso es debido a una obesidad, puesto que el concepto de obesidad se aplica exclusivamente a la situación de sobrepeso por exceso de grasa corporal; y no, por ejemplo, al debido a un incremento de la masa muscular.

19.2.1. Evaluación de la obesidad

La evaluación de la obesidad tiene un elevado interés clínico dada la asociación entre este trastorno y otras patologías, como la arterioesclerosis, la diabetes tipo II, los trastornos cardiovasculares, etc. Dado que la obesidad es en esencia un incremento del porcentaje de grasa corporal, los métodos más fiables para su evaluación requieren una valoración diferenciada para el peso debido a la masa grasa corporal, que para el peso magro o masa libre de grasa; sin embargo, los más usados en clínica por su facilidad de aplicación y comodidad son los métodos antropométricos.

A) Métodos de evaluación antropométricos

El exceso de grasa o de peso suele referirse a unas tablas de peso ideal que varían en función de la talla, estructura corporal, sexo y edad. Las más usadas son las de la Metropolitan Life Insurance Company, o en nuestro país las de Alastrué y colaboradores (1982) para adultos, o las de Balwin y Wood para jóvenes.

Una fórmula indirecta para evaluar la proporción de grasa corporal es la medida en mm con la ayuda de un caliper de un pliegue cutáneo, bien el tricipital, el bicipital, el abdominal, el subescapular, el del bíceps, o el suprailiaco. Como es obvio, este método no sirve para evaluar la grasa visceral, y es fácil cometer errores en la medición, existiendo además diferencias en la distribución de la grasa corporal de unos sujetos a otros (cuadro 19.1).

CUADRO 19.1
Medida del pliegue cutáneo tricipital (mm)

	VARONES				MUJERES			
Pth	20-24 años	25-29 años	30-39 años	40-49 años	20-24 años	25-29 años	30-39 años	40-49 años
5	4,88	4,27	5,69	4,77	11,69	11,94	13,25	14,69
50	13,43	12,52	13,06	12,14	22,36	23,32	23,78	26,33
95	21,99	20,76	20,43	19,50	33,02	34,69	34,31	37,97

Fuente: MODIFICADO DE ALASTRUÉ Y COIS., 1983.

Existen además otros métodos antropométricos que relacionan el peso con la estatura de diversa manera, de entre los cuales los más conocidos son los que aparecen en el siguiente cuadro:

MÉTODOS ANTROPOMÉTRICOS

MÉTODOS ANTROPOMÉTRICOS	
• Índice de masa corporal Body Mass Index (BMI) o Índice de Quetelet	= peso/(altura en metros)
• Índice ponderal de Rohrer	= peso/(altura)
• Índice ponderal	= $peso^{(1/3)}$/talla
• Índice de Broca: peso ideal	= talla en cm – 100
• Índice de peso relativo	= peso real x 100/peso ideal

B) Otros métodos de evaluación de la obesidad

Entre los métodos usados para medir de forma precisa la masa libre de grasa, se utilizan los siguientes:

- Evaluación del agua corporal total:
  - Mediante agua tritiada.
  - Mediante dilución de potasio.

- Evaluación de la excreción de metabolitos musculares:
  - El músculo es el 30-50% de la masa magra.
  - La excreción de creatitina es debida en 98% al músculo.
- Hidrodensitometría por pesado mediante inmersión en agua.
- Impedancia o conductividad eléctrica corporal.

Otros métodos para la valoración de la masa grasa se basan en los siguientes procedimientos:

- Ultrasonido.
- Tomografía axial computarizada.
- Antropometría.

*19.2.2. **Cla**sificación y prevalencia de la obesidad*

El peso normal de un individuo se situaría entre el 90 y el 110% de su peso ideal según las tablas anteriormente citadas. Entre 110 y 120% se hablaría de sobrepeso, por encima de 120 de obesidad y por encima de 130% de obesidad mórbida, comenzando a aparecer las complicaciones patológicas asociadas a la obesidad (hipertensión, diabetes, cardiopatías, etc.); por encima de 140% se habla de obesidad moderada y finalmente por encima de 200% se habla de obesidad severa (con riesgo elevado de muerte súbita).

CUADRO 19.2

Clasificación de la obesidad

TIPO DE OBESIDAD	VARIACIÓN SOBRE EL PESO NORMAL
Peso normal	90-110 %
Sobrepeso	111-120 %
Obesidad	>120 %
Obesidad mórbida leve	131-140 %
Obesidad mórbida moderada	141-150 %
Obesidad mórbida severa	151-200 %
Obesidad mórbida extrema	>200 %

Es evidente que una alteración tan frecuente como la obesidad tiene varias causas. Las más conocidas, pero no las más frecuentes, son las obesidades endocrinas, por alteraciones de diversos factores hormonales (insulinomas, déficits gonadales, enfermedad de Cushing, hipotiroidismos, etc.).

Otras causas incluyen las obesidades de origen psicótico, las yatrógenas, etc. Aquí se analizan las de origen endógeno o primarias, en las que influyen tan sólo factores

dietéticos socioculturales o una predisposición genética (la forma más frecuente de obesidad).

La obesidad presenta distintas características en los sexos femenino y masculino. En las mujeres, la grasa se suele acumular en la parte inferior del cuerpo (obesidad ginoide); mientras que en los hombres el acumulo se realiza especialmente en el tronco por encima de la cintura (obesidad androide). La morbilidad (asociación a otras patologías médicas, especialmente de tipo cardiovascular) de la obesidad androide es mayor que la de la obesidad ginoide. La forma de evaluar este tipo de obesidad es observando la distribución de la grasa corporal. Existen dos patrones de distribución:

- Patrón ginoide: grasa depositada en caderas, glúteos y piernas.
- Patrón androide: grasa depositada en abdomen.

Este patrón se define por la relación entre los perímetros de la cintura y de la pelvis, de forma que en los dos sexos aparecen distintas distribuciones:

MUJERES	> 0,8 = obesidad androide (escasa).
	< 0,8 = obesidad ginoide (frecuente).
VARONES	> 0,9 = obesidad androide (frecuente).
	< 0,9 = obesidad ginoide (escasa).

La obesidad es más frecuente en las mujeres que en los hombres, y predomina por encima de los 35 años. Las cifras de prevalencia en España se sitúan en torno a un 20-30% de los adultos y un 9-30% de los niños. Predomina más en las clases sociales bajas y aumenta en relación inversa a la inteligencia, siendo más frecuente en personas con retraso mental y rara en las más inteligentes.

Si se hace una evaluación de la prevalencia de obesidad, entendiendo por tal el sobrepeso del 20% por encima del valor máximo del rango de peso normal para talla, sexo y edad, el 4% de los varones y el 10% de las mujeres padecen obesidad; si el criterio es el 20% por encima del valor medio del rango de peso normal, el 14% de los hombres y el 24% de las mujeres presentan obesidad. En estas tasas de prevalencia, además del sexo y la edad, influyen la raza, la inteligencia y educación, y factores socioeconómicos, con mayor afectación de la raza negra y de los grupos con menor dotación cultural y socioeconómica.

19.2.3. Causas de la obesidad

La obesidad es un desequilibrio entre los ingresos y los gastos energéticos. Los obesos lo son porque comen más o han comido más *calorías* (unidad de energía nutricia) que las que gastan. Existen diversas variables que influyen en el equilibrio energético: la ingesta calórica, la composición de los alimentos, las reservas energéticas, y el gasto calórico descompuesto en sus tres componentes básicos, metabolismo basal, actividad

física y termogénesis.

A) La obesidad como exceso de ingesta calórica

La obesidad es siempre el resultado de un desequilibrio en la ecuación del balance energético:

Ingesta calórica = gasto calórico +/– cambios en reservas

Es obvio que para que alguien llegue a ser obeso, debe en algún momento de su vida haber ingerido más calorías de las que gastó. Pero la causa de todos los tipos de obesidad no está necesariamente en un exceso de ingesta. El trastorno puede deberse a pequeñas alteraciones en el gasto energético, o incluso teóricamente a una dificultad para utilizar las reservas, lo que daría lugar a un fenómeno de acumulación creciente.

La cuestión de si los obesos comen más que los individuos con normopeso ha sido ampliamente investigada, y si bien la mayor parte de los estudios epidemiológicos en los que se realiza un autorregistro de la ingesta muestran que la mayor parte de los obesos comen menos que los delgados, esto se debe probablemente a que subestiman inconscientemente lo que comen, o bien tienden inconscientemente a comer menos cuando se hallan sometidos a sistemas de registro. Los estudios que se centran en la evaluación del gasto energético muestran que está elevado en los obesos, y por tanto es forzoso que coman más para mantener el balance energético.

En el inicio de su trastorno los obesos comen más de lo que precisan por su gasto calórico, lo que es debido a un incremento del apetito; si bien no se ha podido determinar si este incremento del apetito es primario y por tanto causal de la obesidad, o bien es secundario al incremento de la masa corporal. Se sabe que los obesos tienen más apetito que los sujetos con normopeso, pero es que para mantener un peso equilibrado, aunque sea en un nivel excesivo, deben comer más. Dado que gastan más energía que los sujetos con normopeso y se suelen mantener estables en un peso excesivo, resulta obvio que esto es el resultado de un exceso de la ingesta.

B) La obesidad como consecuencia de un menor gasto calórico

Como ya se ha visto, el gasto calórico es la suma de las calorías gastadas en el metabolismo basal, en la actividad física y en la termogénesis. El metabolismo basal es responsable de la mayor parte (75%) del gasto energético; sin embargo, las modificaciones del mismo son escasas, y tiene poco interés en el equilibrio metabólico-calórico. Contra lo que pudiera parecer se ha observado que está incrementado en los obesos, y por tanto no está claro que sea un factor causal de la obesidad, o al menos no lo es de mantenimiento.

La actividad es el componente del gasto calórico que más varía de unos individuos a otros, y además sobre el que podemos influir con mayor facilidad. Basta con incrementar la actividad lo suficiente para generar un déficit energético y perder peso, o

viceversa. Sin embargo esto no es fácil, ya que un incremento de la actividad genera a medio plazo una mayor ingesta. Este incremento no se produce de forma inmediata, y así se ha visto que el ejercicio previo a la ingesta, de hecho, reduce la misma.

Los obesos tienen un nivel inferior de actividad física que los sujetos con nor-mopeso, especialmente una vez que la obesidad está ya instaurada, y por otra parte el sedentarismo es indudablemente una de las causas de obesidad, especialmente si se mantienen unos niveles de ingesta similares a cuando se realiza una actividad física intensa.

La termogénesis, a pesar de oscilar dentro de unos márgenes bastante estrechos, es el factor diferencial más importante entre sujetos delgados y los obesos. En éstos se ha demostrado una menor termogénesis que en los sujetos con nor-mopeso, siendo ésta la causa del mayor ahorro energético. El origen de esta menor termogénesis probablemente tiene que ver con una disminución de los sistemas de neurotransmisión noradrenérgico y dopaminérgico.

C) La obesidad como una enfermedad hereditaria

La obesidad se presenta en forma familiar, afectando a varios miembros de un mismo clan. La obesidad en los hijos tiene una correlación de 0,25 con la obesidad de uno de los dos padres, sugiriendo una herencia de tipo poligénico. También sugiere una herencia poligénica la presencia de obesidad en diversos tipos de alteraciones cromosómicas. De los estudios con gemelos y de la mayor concordancia entre gemelos monozigotos que entre dizigotos, se deduce un componente hereditario de 0,8 (superior al que existe en la esquizofrenia o en la hipertensión, de 0,6).

Por otra parte, es indudable la influencia de factores ambientales en la génesis de la obesidad. Algunos estudios sugieren que se hereda una predisposición a desarrollar obesidad, ante la presencia de una alimentación rica en grasas. Se heredaría la forma de distribución corporal de la grasa y la proporción de masa grasa total en las zonas subcutáneas.

D) La obesidad como consecuencia de una dieta inadecuada

En la figura 19.1 se observa que quizás por razones genéticas, o simplemente como consecuencia de los cambios metabólicos que ocurren en la obesidad, o como consecuencia de una ingesta excesiva de grasas, el sistema de control por retroalimentación negativa que la insulina tiene sobre la secreción del péptido inhibidor gástrico (PIG) se anula. La consecuencia es la presencia de hiperinsuli-nemia en los obesos, que oscila entre 2 y 10 veces la de un sujeto normal.

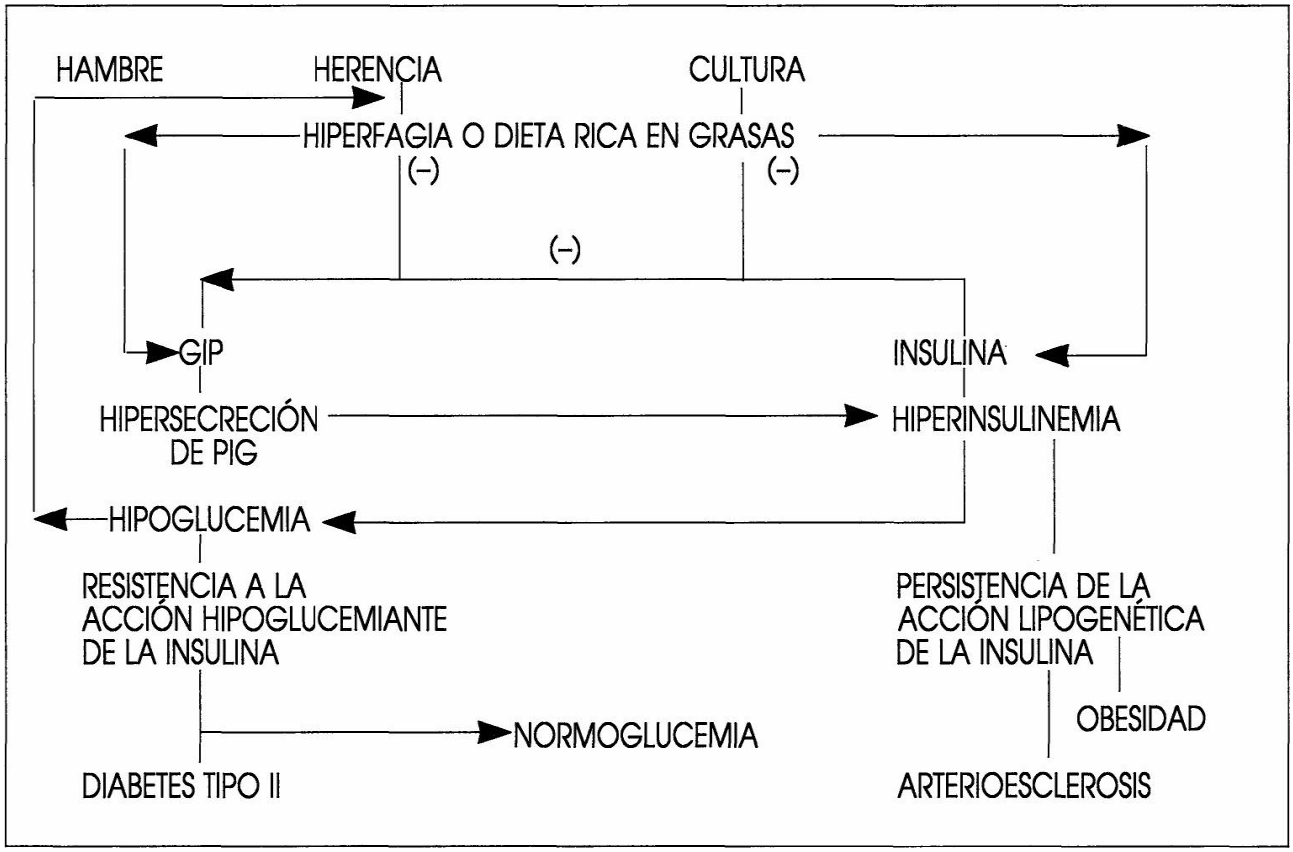


FIGURA 19.1. Causas de la obesidad.

La inexistencia de ese circuito de control conduce a una hipersecreción del PIG y ésta, a su vez, a una hiperinsulinemia. La excesiva secreción de insulina es la causante de la patología que se desarrolla en la obesidad, ya que produce hipoglucemia, que a su vez induce una mayor sensación de hambre y dado que la glucosa es imprescindible para el correcto funcionamiento neuronal, existen mecanismos de control para evitar estas situaciones, apareciendo precozmente resistencias a la acción hipoglucemiante de la insulina, con lo que se restablece la normoglucemia.

Pero al persistir la hiperinsulinemia, y no aparecer resistencias a sus efectos sobre la síntesis de lípidos, se produce una *hiperlipidemia* e *hipercolesterolemia*, que conducen a la *arterioesclerosis* precoz; y además se incrementan las reservas grasas generando o incrementando la obesidad. Finalmente, la hipersecreción de insulina puede acabar agotando la reserva pancreática y conducir a una *diabetes tipo II*

Si al parecer uno de los factores causales de la obesidad puede ser la composición de la dieta, especialmente el exceso de ingesta de grasas, cabe preguntarse si existe una composición de la dieta que tenga efectos preventivos o terapéuticos. Algunos datos epidemiológicos apuntan al hecho de que las dietas ricas en carbohidratos (más del 69%), y pobres en grasa serían las más recomendables en este sentido.

Una de las causas por las que las dietas grasas favorecerían la obesidad podría

también residir en un mejor aprovechamiento energético. En los seres humanos se ha observado una reducción en la termogénesis en obesos con dietas *isocalóricas* (con igual cantidad de calorías) pero ricas en grasas.

En conclusión, a pesar de los numerosos estudios sobre el tema, aún hay puntos oscuros respecto a las causas de la obesidad. Por un lado hay evidencia de factores hereditarios de tipo multigénico que predispondrían al desarrollo de la obesidad, pero esta predisposición precisaría para ponerse de manifiesto la existencia de un período de *hiperfagia* (exceso en la ingesta calórico) o al menos de una dieta rica en grasas.

La realidad es que se sabe que los obesos para llegar a serlo pasan por estos períodos, pero se desconoce la causa. Puede que se trate de factores psicológicos o socioculturales o, más aún, factores también heredados, asociados a la preferencia por la ingesta de grasas. Finalmente, se sabe que los obesos tienden a comer mayor cantidad de calorías por unidad de tiempo, aunque se desconoce si esto sería uno de los factores causales o una consecuencia de la obesidad.

19.2.4. Características psicosociales de la obesidad

Puede resultar difícil distinguir entre las características psicosociales que pueden ser causales de la obesidad, de aquellas otras que son consecuencia de la misma. Es evidente que la concepción social actual de la obesidad es negativa y que los obesos son víctimas de la presión social. También lo son los pacientes con bulimia o anorexia nerviosa. Nos limitaremos por tanto a reseñar aquellas características que se asocian a la obesidad, sin analizar su posible causalidad en la génesis de ésta.

A) Obesidad, sexo, cultura, edad, ritmo de crecimiento y lugar en la fratria

La obesidad es más frecuente en la mujer, en las clases sociales bajas, en los medios culturales relacionados con la "comida basura" *(junk-food* o comida rápida típica de las cafeterías), y con mayor prevalencia por encima de los 35-40 años. Se relaciona con el ritmo de crecimiento en las mujeres jóvenes. Cuanto más rápido ha sido el ritmo de crecimiento durante la infancia, mayor probabilidad de presentar obesidad durante y después de la pubertad. También hay una mayor prevalencia en hijos únicos o en los menores.

B) Obesidad y ansiedad-depresión

Hay numerosos estudios acerca de los niveles de ansiedad y el estado anímico de los obesos. Los estudios que evalúan a los obesos que acuden a consulta por su obesidad muestran que tienen niveles de ansiedad o depresión elevados. Pero esto no representa a todos los obesos, y los estudios acerca de los obesos que no acuden a consulta muestran

resultados opuestos, sugiriendo que los obesos con niveles elevados de *ansiedad* o *depresión* tendrían mayor tendencia a consultar que los no ansioso-depresivos.

La conclusión de todo ello es que hay datos suficientes para afirmar que los sujetos delgados son en realidad más ansiosos que los obesos; y que sólo en las mujeres jóvenes la obesidad se correlaciona con estados depresivos, lo que es debido sin duda a la presión social existente sobre la mujer en torno a su imagen corporal.

C) Obesidad e imagen corporal

Una de las características más llamativas de los obesos son las diferencias existentes en la apreciación de su imagen corporal, según sea el sexo del obeso. Los hombres obesos adultos tienen una imagen de sí mismos más delgada que la real; mientras que las jóvenes adolescentes suelen presentar el fenómeno opuesto. El resultado obvio es que las mujeres acuden con mucha mayor frecuencia a las clínicas a tratarse de su obesidad.

Esta imagen distorsionada de sí mismas que tienen las adolescentes obesas, en realidad, es similar a la que padecen las que sufren de anorexia nerviosa o bulimia, de las que se diferencian por el peso y por la ausencia de crisis de ingesta bulímica. Ésta puede ser una de las causas por las que los obesos presentan una actividad sexual disminuida y menor *asertividad* (seguridad en sí mismos) en sus relaciones.

19.2.5. Complicaciones médicas de la obesidad

No es objetivo de este capítulo analizar en profundidad las complicaciones médicas de la obesidad mórbida, algunas de las cuales (arterioesclerosis, diabetes tipo II, etc.) ya han sido mencionadas anteriormente. Sin embargo, es conveniente reseñar que la obesidad por encima del 130% se asocia a un exceso de mortalidad, en comparación con la población con normopeso.

La obesidad se asocia a numerosos factores de riesgo para enfermedades coronarias, metabólicas y cardiorrespiratorias, fundamentalmente a través de niveles elevados de colesterol, hipertensión arterial, hiperglucemia e hiperurice-mia (cuadro 19.3).

CUADRO 19.3
Tasas de mortalidad y expectancia de vida en varones

FACTOR DE RIESGO	TASA DE MORTALIDAD 45 años	55 años	60 años	EXPECTANCIA DE VIDA (–) 45 años	55 años	60 años
Obesidad severa	200	175	150	2,0	2,0	2,0
Hipertensión	200	175	175	2,0	2,0	4,0
Diabetes tipo II	200	200	175	1,5	2,0	4,0

Entre otros muchos trastornos que padecen los obesos, cabe citar también alteraciones hormonales de la secreción de *cortisol, andrógenos* y *estrógenos*. En contra de la opinión común, las alteraciones *tiroideas* son muy raras (excepto en las obesidades por hipotiroidismo), y las alteraciones en la T-3, cuando existen, son debidas a ingestas abundantes.

Finalmente, los estudios epidemiológicos demuestran también una mayor incidencia de *hepatopatías*, descenso en los niveles de inmunidad, *litiasis renal* y *biliary*, por supuesto, alteraciones mecánicas músculo-esqueléticas.

19.2.6. Tratamiento

El tratamiento de la obesidad debe plantearse sólo en aquellos casos en que esté médicamente indicado, dado que el riesgo de *yatrogenia* (patología debida a la intervención médica) es elevado en este campo. Así, en mujeres púberes o adolescentes debe tenerse especial cuidado en la indicación de un régimen dietético, dado el riesgo de generar una anorexia nerviosa o una bulimia. Las indicaciones estéticas en este campo son peligrosas.

Las indicaciones médicas se limitan a la obesidad mórbida (superior al 130% del peso ideal), o a las obesidades con patología médica asociada (hipertensión, diabetes, etc.) en la que la pérdida de peso ayuda al tratamiento de la misma.

A) Tratamiento dietético

El tratamiento dietético tiene de simple lo que tiene de ineficaz: Basta con reducir la ingesta calórica para generar un déficit energético, que obliga al organismo a echar mano de sus reservas grasas para reponer ese déficit, de ahí la pérdida de peso. Por otra parte, es necesario reseñar que en el 75% de los casos, los obesos que han perdido peso con un régimen lo recuperan al abandonar éste.

Dada la capacidad adaptativa del organismo ante la situación dietética, no es conveniente realizar una dieta sin haber sopesado anteriormente sus riesgos. Esta

capacidad adaptativa supone que cuanto más tiempo está uno sometido a un régimen, más eficaz se hace el organismo en ahorrar energía; y que cuantas más veces se haya sometido uno a un régimen dietético, tanto menos eficaz es éste en generar una pérdida de peso. Por tanto es conveniente hacer una dieta sólo una vez en la vida, alcanzar el peso ideal y mantenerse en él.

Por otra parte es conveniente destacar que en el tratamiento dietético no sólo se pierde grasa, también se "queman" otros tejidos (músculos, hígado, mucosa de los intestinos, etc.). Cuanto más severo es el régimen, mayor proporción de otros tejidos se quema.

En el ayuno total se quema un 50% de grasa y un 50% de otros tejidos. Si la dieta es de unas 800 calorías, se quema un 75% de grasa y un 25% de otros tejidos. Lógicamente lo que interesa es perder sólo grasa, un sujeto es obeso porque la proporción de grasa corporal es elevada; de forma que con un ayuno completo el sujeto pierde peso, pero la proporción de grasa en realidad aumenta, luego está más obeso al final de la dieta que al principio, aunque haya perdido peso. Cuando un individuo engorda, de cada kilo 3/4 partes serán de grasa y 1/4 parte de otros tejidos; por tanto, cuando adelgaza debe perder al mismo ritmo, so pena de hacerse más obeso a pesar de adelgazar. Por consiguiente, las dietas con aportes calóricos inferiores a 800 calorías por día no son satisfactorias.

Para producir una pérdida de peso que pueda ser apreciada, debe inducirse un déficit calórico de unas 500 calorías por día. De esta manera puede esperarse que se pierdan 500 a 1.000 gramos por semana, que es un ritmo adecuado de descenso. Para ello es necesario calcular aproximadamente el gasto calórico que cada individuo hace, para poder establecer una dieta personal, ajustada a las necesidades individuales.

Lo mismo cabe decir de los distintos tipos de dietas. Las más recomendables en función de los conocimientos actuales son las dietas con composición equilibrada (aproximadamente un 50% de las calorías como carbohidratos, 30% de proteínas y 20% de grasas), o bien los regímenes con muy bajo contenido en grasa (< 15%) y alto contenido en carbohidratos (> 70%).

En conclusión, deben preferirse las dietas suaves a las muy severas, y aquellas que mejor se adapten a cada individuo en función de sus necesidades calóricas y laborales, que no supongan una disminución de su calidad de vida, de forma que puedan mantenerse el máximo tiempo posible, a fin de prevenir las recaídas. Debe también procurarse simultáneamente un cambio en los hábitos dietéticos patógenos (gusto excesivo por alimentos grasos o dulces, comer rápidamente sin apenas masticar, etc.). Todo ello sólo es posible bajo el control de un médico experto.

B) Tratamiento farmacológico

No existe un tratamiento farmacológico de la obesidad eficaz por sí mismo. Éste va dirigido a apoyar al tratamiento dietético y debe ser inseparable del mismo. Teóricamente existen tres posibilidades terapéuticas:

1. Medicamentos anorexizantes: Disminuyen el hambre.
2. Medicamentos termogénicos: Incrementan el gasto calórico.
3. Medicamentos lipolíticos: Favorecen la *lípolisis* o la movilización del tejido adiposo.

MEDICAMENTOS ANOREXIZANTES

Actualmente se dispone tan sólo de dos grupos de fármacos anorexizantes:

- Los que actúan sobre las *catecolaminas* (dopamina y noradrenalina) con un mecanismo anfetamínico, de los que los más útiles por tener menor potencial de generar dependencia son el mazindol, la fentermina y la dietilpropiona.
- Los que actúan sobre la serotonina y no tienen potencial de generar dependencia: la fenfluramina, la dexfenfluramina y los antidepresivos serotoninér-gicos (que tienen escasa eficacia, y únicamente estarían indicados en obesos deprimidos).

La elección de los de acción catecolaminérgica tendría mayor eficacia en obesos *anérgicos* (con disminución de la vitalidad y de la motilidad y escasa energía); mientras que serían de elección los serotoninérgicos en los obesos ansiosos, o en aquellos con preferencias alimenticias por los alimentos dulces. Todos ellos deben consumirse sólo bajo indicación y control médicos.

Debe mantenerse el tratamiento farmacológico durante todo el tiempo que dure la dieta, a pesar de que el efecto favorecedor de la pérdida de peso pueda ser sólo inicial. La suspensión del tratamiento conduce a recaídas y abandonos de la dieta, de forma que algo hacen, aunque ya no faciliten una pérdida de peso pronunciada. Por otra parte, estudios realizados con dosis altas de fenfluramina han demostrado que sí se consigue mantener pérdidas de peso por períodos muy prolongados.

Además de los anteriormente mencionados, existen otros medicamentos coadyuvantes, entre los que se encuentran diversos tipos de fibra dietética, que se suponía que facilitaba la sensación de saciedad, pero que en realidad únicamente tiene un efecto laxante, útil por otra parte. La utilización de diuréticos, laxantes y otras sustancias en realidad es perjudicial, salvo en los escasos pacientes con retención hídrica o hipertensión, o en los estreñidos.

MEDICAMENTOS TERMOGÉNICOS

Los medicamentos termogénicos son aún una brillante promesa futura. En el momento actual no existe ningún fármaco termogénico aplicable en clínica.

Las hormonas tiroideas se han utilizado en el pasado (y abandonado actualmente

por su ineficacia y toxicidad), por su efecto termogénico. Tienen en su haber que reducen peso, pero les pasa como a las dietas de ayuno total, que el peso que se pierde no está mayoritariamente compuesto de grasa, por lo que al final el sujeto se encuentra con un grado mayor de obesidad que al principio (mayor porcentaje de grasa corporal), aunque pese menos. Por otra parte si se utilizan a dosis fisiológicas, el organismo acaba adaptándose reduciendo la producción propia de hormonas; y si se supera este dintel, aparecen efectos tóxicos.

Otras sustancias termogénicas son tan excesivamente tóxicas que se han abandonado (como el dinitrofenol), o bien están aún en fase de investigación (algunos agonistas beta-adrenérgicos).

MEDICAMENTOS LIPOLÍTICOS

Al igual que los termogénicos, son aún una brillante promesa. Los derivados anfetamínicos tienen, además de su acción anorexizante, un leve efecto lipolítico; pero no es clínicamente útil y además producen dependencia. La investigación de estos fármacos está aún más atrasada que la de los termogénicos.

C) Tratamiento mediante ejercicio físico

La capacidad de modificar el ciclo energético a través de un incremento de la actividad es muy escasa. Para conseguir efectos adelgazantes exclusivamente con el ejercicio físico, es necesario realizar esfuerzos muy considerables y dedicar un tiempo realmente importante. Téngase en cuenta que si el ejercicio se realiza regularmente, el organismo tiende a compensar el gasto calórico, incrementando el hambre y la ingesta calórica para compensar de esta forma el déficit.

Por otra parte el ejercicio intenso está contraindicado por razones médicas en los muy obesos. Así pues, el ejercicio físico sólo es recomendable como método único en aquellas personas que sólo precisen perder algo de peso, y en las que no esté indicada la dieta; fundamentalmente, cuando por razones estéticas se desea adelgazar. Otra cuestión distinta es cuando se plantea el ejercicio como método coadyuvante de la dieta. Mejora el estado físico y anímico del sujeto, y si se realiza antes de los períodos de ingesta, ayuda a disminuir algo el apetito.

D) Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico de la obesidad es el único que da una garantía al menos parcial de no recuperación del peso. Sin embargo, sus peligros y efectos secundarios hacen que no esté indicado más que en las obesidades con un peso corporal superior al 150-200% del peso ideal, en sujetos entre 15 y 50 años de edad y con refractariedad al tratamiento dietético.

Existen varias técnicas quirúrgicas que se agrupan en dos subgrupos fundamentales:

- Aquellas que a través de diversos tipos de *bypass intestinal* (cortocircuitos entre diversos tramos del intestino) disminuyen la superficie de absorción a través de la cual pasan los alimentos. Tienen el inconveniente de acelerar el paso de los alimentos y producir con frecuencia diarreas y cuadros de malabsorción, además de otras complicaciones quirúrgicas.
- Técnicas dirigidas a disminuir el volumen del estómago, limitando por tanto la capacidad de ingesta, si bien tienen igualmente efectos secundarios y complicaciones debidas al proceso.

E) Conclusiones y recomendaciones

La elección del tratamiento indicado en cada caso debe estar en manos de un médico experto, que pueda ajustarlo de forma individualizada evitando los riesgos ya señalados. Entre las indicaciones más ajustadas que se pueden dar a alguien con un sobrepeso inferior al 130% del peso ideal, es que no se someta a ningún régimen y que modifique en cambio sus hábitos alimenticios adoptando otros más saludables.

HÁBITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES

- Comprar los alimentos por su valor nutritivo y su composición y no por su apariencia.
- Preferir los alimentos cocidos o asados frente a los fritos.
- Disminuir los alimentos ricos en grasa o dulces.
- Aumentar los carbohidratos complejos y proteínas magras.
- Consumir poca sal y pocos alimentos conservados con sal.
- Preferir las carnes magras y las de ave, los pescados, las legumbres, verduras, cereales integrales y frutas.
- Disminuir los platos precocinados, las conservas, las carnes rojas o grasas y los productos lácteos no desnatados.
- Comer despacio, masticando lenta y concienzudamente, con pequeños bocados. No comer entre horas y no saltarse comidas.

19.3. Anorexia nerviosa

La *anorexia nerviosa* es un trastorno de la imagen corporal que conduce a un trastorno alimentario. En esta alteración, el enfermo se ve a sí mismo más grueso de lo que en realidad está (lo opuesto que en la obesidad), o bien ve algunas partes de su anatomía como deformes o excesivas (glúteos, pecho, piernas, etc.); lo que le lleva a desear adelgazar y a presentar conductas que conducen a ese fin (dietas, ejercicio, uso de laxantes, etc.). Finalmente la pérdida de peso induce una serie de trastornos secundarios (amenorrea, alteraciones hormonales, etc.), que pueden conducir incluso a la muerte. En

el cuadro siguiente se enumeran las características básicas de esta enfermedad.

CARACTERÍSTICAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

- Alteración de la imagen corporal:
  - Sobreestimación del propio volumen o peso.
  - Preocupación excesiva por la imagen o el peso.
- Trastorno de la conducta alimentaria:
  - Deseo intenso y desproporcionado de adelgazar.
  - Restricción de la ingesta: insuficiente, irregular o absurda.
  - Conducta dirigida a controlar el peso:
    - Ejercicio físico excesivo.
    - Uso de laxantes, diuréticos, etc.
    - Recurso al vómito autoinducido.
- Pérdida de peso: oscila entre el 15 y 50% o más de pérdida.
- Amenorrea (ausencia de la regla) en las mujeres.
- Alteraciones neuroendocrinas:
  - Hipogonadismo.
  - Hiperadrenalismo.
  - Aumento de opioides.
  - Alteración vasopresina.
  - Disminución de la T-3.
  - Aumento de la hormona de crecimiento.
  - Alteración del cortisol.
  - Alteración de los neurotransmisores.
- Comienzo en pubertad-adolescencia.

19.3.1. Epidemiología de la anorexia nerviosa

Se trata de una enfermedad cuya prevalencia ha aumentado en las últimas décadas, impulsada por la presión social hacia una imagen esbelta. Actualmente afecta a un 1% de las mujeres jóvenes, siendo el 90-95% mujeres y tan sólo un 510% hombres.

Predomina en las clases sociales acomodadas, aunque la prevalencia entre clases bajas está aumentando. Es una enfermedad propia del mundo occidental y de la raza blanca, siendo prácticamente desconocida en otros ámbitos. Se inicia entre los 12 y los 25 años, siendo la media de aparición cada vez más precoz, coincidiendo con la pubertad. En un porcentaje creciente aparece antes de la primera menstruación.

Estos datos de prevalencia creciente y aparición cada vez más precoz son debidos sin duda a la presión social, con unos ideales femeninos cada vez más esbeltos, lo que

hace de la anorexia una enfermedad de indudable raíz socioam-biental. Sin embargo, también existen otros factores implicados en su origen.

19.3.2. Origen de la anorexio nerviosa

La anorexia nerviosa es una enfermedad cuyo origen, probablemente multi-causal, es aún desconocido. Los factores que están implicados en su origen pueden agruparse en factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento.

A) Factores predisponentes

Entre los factores predisponentes cabe citar los factores genéticos; pues aunque la causalidad genética aún no está demostrada, sí que es posible encontrar entre los antecedentes familiares de los pacientes con anorexia nerviosa una mayor carga genética de la esfera de los trastornos afectivos, tales como depresión, alcoholismo u otros trastornos alimentarios (obesidad, etc.). Los factores genéticos predispondrían al sujeto a desarrollar una anorexia nerviosa ante el estímulo cocausal de factores de naturaleza ambiental o psicológica.

La edad parece ser un factor predisponente fundamental, ya que no existe desarrollo de esta enfermedad más allá de la primera juventud. Parece, pues, necesaria una cierta inmadurez psicofísica para el desarrollo de esta enfermedad.

El sexo, igualmente, es un factor determinante, quizás no por condicionantes genéticos u hormonales, que nunca han sido encontrados, sino por la diferente importancia que dan los distintos sexos a la imagen corporal; siendo éste último el factor clave de la anorexia nerviosa.

La personalidad de los sujetos con anorexia nerviosa muestra únicamente rasgos de introversión o inestabilidad, estando próxima en algunos pacientes a los rasgos que definirían a la personalidad obsesiva, tanto por la rigidez y escasa capacidad adaptativa de los esquemas de pensamiento como por la angustia asociada a las ideas centradas en la alimentación. Algunos autores han descrito esta enfermedad como una particular fobia a la obesidad. Es necesario reseñar que tampoco es infrecuente encontrar antecedentes de obesidad en la infancia de los pacientes con anorexia nerviosa.

La inteligencia y el rendimiento escolar elevado es otro rasgo característico de estos enfermos. Algunos autores señalan que el elevado rendimiento (que luego disminuye al establecerse la enfermedad) es consecuencia del aislamiento social y las dificultades de relación que presentan, haciendo que se vuelquen en los estudios. (También suele influir en este aspecto el *status* socioeconómico elevado del cual suelen proceder.)

En resumen, el esquema tipo de los factores predisponentes sería el de una chica púber, con antecedentes familiares de trastornos afectivos, con dificultades en las relaciones con los padres y con sus compañeros, y rasgos de personalidad inmadura, que

ha sido "gordita", o ha sido objeto de burla o comentarios acerca de su físico, y a la que la intensa necesidad de sentirse aceptada (especialmente intensa en la pubertad y adolescencia) empuja a buscar una "imagen social ideal" a través de una pérdida de peso.

B) Factores precipitantes

Entre los factores que suelen coincidir con el comienzo de la enfermedad, considerados como precipitantes, están los cambios corporales propios de la pubertad, que son rechazados en general por estos pacientes (los psicoanalistas hablan de rechazo de la feminidad).

También suele aparecer la anorexia nerviosa a raíz de separaciones de los padres o divorcio de los mismos; pérdidas por fallecimiento de personas significativas, o la aparición de los primeros conflictos sexuales.

Otros factores son las críticas respecto a la imagen corporal, a veces la ganancia de peso, que es propia de la pubertad en la mujer; o bien el fenómeno contrario de adelgazamiento debido a alguna enfermedad, o traumatismos desfigurantes, e incluso un incremento en la actividad física pueden actuar disparando el trastorno.

En resumen, cualquier cambio vital importante que tenga lugar en esta edad de máxima susceptibilidad puede ser factor precipitante. Por ello es especialmente importante no indicar dietas o regímenes de adelgazamiento en estas edades, salvo que realmente estén indicados por razones médicas.

C) Factores de mantenimiento

Una vez instaurada una anorexia nerviosa existen varios factores que tienden a perpetuarla, entre los que cabe citar la pérdida de peso, por las complicaciones metabólicas y fisiológicas que acarrea.

También perpetúan la enfermedad las alteraciones de la interacción familiar, que hacen que la familia, y en particular la madre, se vuelque en una relación a menudo patológica con la paciente. Por otra parte, el adelgazamiento y los cambios caracteriales que induce el aislamiento social que ya padecía la paciente actúan en un sentido morboso. Igualmente actúan el exceso de ejercicio físico y el miedo a la obesidad.

Finalmente, pero no por ello el factor menos importante en la cronificación de la enfermedad, están las intervenciones médicas desafortunadas o no expertas. Éste es un trastorno grave siempre, que precisa para su tratamiento adecuado un diagnóstico precoz preciso y una intervención enérgica, que frecuentemente debe ser hospitalaria, en un centro especializado en el tratamiento de los trastornos alimentarios.

19.3.3. *Características clínicas de la anorexia nerviosa*

Además de los rasgos ya comentados de preocupación obsesiva por la imagen o el

peso, la otra característica clínica esencial en la anorexia nerviosa es el control rígido de la ingesta. La dieta puede en ocasiones ser absurda o absolutamente irracional, existiendo sin embargo un rechazo a determinados tipos de alimentos, que el paciente asocia con la obesidad (dulces o grasas).

Existen también con frecuencia hábitos alimenticios absurdos, como comer a solas, a escondidas, o alimentos crudos o descompuestos, esconder alimentos en armarios, comer de pie, o en horas extrañas.

El paciente tiende a usar ropas holgadas, que disimulen su pérdida de peso, y niega con frecuencia su enfermedad. Se muestra frecuentemente irritable o negati-vista, o presenta rigidez e inadaptación en su conducta anteriormente más adaptada. La aparición de rituales obsesivos en torno a la alimentación tampoco es infrecuente: meter y sacar la comida de la boca un determinado número de veces, contar el número de lentejas o de granos de arroz que va a comer, pesar su comida con precisión milimétrica, obsesionarse con su evacuación, etc.

El estado anímico oscila, pudiendo presentar euforia en la fase inicial de la enfermedad, debida a la sensación de triunfo por poder controlar su peso y su ingesta alimenticia. (Contra lo que indica el término anorexia, al inicio de la enfermedad las pacientes sí sienten hambre.)

En las fases avanzadas predomina más la disforia, la irritabilidad y la depresión. Especialmente, si la paciente fracasa en su intento de restricción total de la ingesta y cae en *accesos bulímicos* (crisis en las que ingiere alimentos de forma masiva, mecánica y rápidamente, especialmente aquellos que restringe en su dieta). Tras ellos el estado anímico es bajo, pudiendo aparecer ideación suicida. Suelen presentar sentimientos de inutilidad, o de culpa y autorreproches.

Entre las alteraciones físicas derivadas de la pérdida de peso cabe destacar la ausencia de menstruación en la joven (amenorrea). En algunas pacientes ésta puede ser el primer síntoma de la enfermedad, apareciendo incluso antes que la pérdida de peso. La amenorrea puede ser primaria (simplemente no aparece la regla a la edad que debiera, en torno a los 12 años) o secundaria (se instaura la amenorrea tras uno o más ciclos menstruales normales).

Otros trastornos físicos frecuentes serían las alteraciones sexuales, impotencia en el hombre y frigidez en la mujer, las alteraciones del sueño con insomnio frecuente, las alteraciones endocrinas ya reseñadas, y cuando la enfermedad ya está en fase avanzada, aparecen *edemas* (hinchazón de las extremidades por retención hídrica), disminución de la temperatura corporal, enlentecimiento de los ritmos cardíaco y respiratorio, un vello fino similar al de los recién nacidos, e incluso signos de pseudoatrofia cerebral en las pruebas radiológicas (tomografía axial computarizada). En los estados avanzados de *caquexia* (pérdida de más del 50% del peso corporal), puede producirse el fallecimiento.

19.3.4. Evolución y pronóstico

Contando con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado el pronóstico suele ser favorable, lo que no impide que entre un 2 y un 9% de los pacientes puedan fallecer por complicaciones cardíacas o metabólicas.

Un *66%* de los casos tienen una buena evolución y se recuperan completamente; mientras que aproximadamente un 25% presentan recaídas y evolucionan de forma crónica o hacia un trastorno bulímico. Cuanto más precoz es el diagnóstico y más experto el tratamiento, mejor es la evolución.

19.3.5. Tratamiento

Debe ser altamente especializado. Sin embargo, la responsabilidad de un diagnóstico precoz recae en los eslabones de la atención primaria, o especializada (médicos generalistas, pediatras, internistas, endocrinólogos y psiquiatras).

Dada la pluralidad de interpretaciones causales que existen en esta enfermedad, es lógico que exista también una pluralidad en cuanto a las pautas terapéuticas. En lo que existe consenso es en la necesidad de un tratamiento combinado: psicoterápico y farmacoterápico.

Las pautas psicoterápicas más acreditadas en esta enfermedad son las cogniti-vo-conductuales, sin perjuicio de que pueda admitirse un tratamiento de orientación psicodinámica, cuando está especializado en este tipo de pacientes.

El tratamiento farmacológico está orientado al tratamiento de los síntomas, sin pretender ser etiológico. Los mejores resultados se obtienen con antidepresivos de tipo noradrenérgico (que tienen la virtud de mejorar el estado anímico, al tiempo que hacen ganar peso), sin descartar los serotoninérgicos si los rasgos obsesivos son marcados. Pueden emplearse también los neurolépticos si hay síntomas o rasgos psicóticos (también facilitan el aumento de peso), y los ansiolíticos e hipnóticos en sus indicaciones puntuales. Se han empleado sin demasiado éxito los orexígenos (ciproheptadina y similares) y los complejos vitamínicos, que en general están bastante desacreditados.

La indicación de hospitalización se debe realizar en los pacientes cuando hay dudas diagnósticas, para su observación y control adecuado, así como en pacientes con pérdidas de peso superiores a un 25% de su peso corporal, o si hay riesgo vital. La hospitalización en un medio especializado permite una ganancia de peso más rápida que con ningún otro sistema, especialmente si se aplican normas estrictas de terapia cognitivo-conductual, que son difícilmente aplicables en el medio familiar.

19.4. Bulimia nerviosa

El término *bulimia* procede del griego *boulimos*, que a su vez deriva de la fusión de *bous* (buey) y *limós* (hambre), significando literalmente "hambre de buey", es decir

un hambre muy intensa. Ha sido aplicado en medicina para describir todo tipo de conductas de hambre imperiosa o ingestas masivas. Se ha utilizado finalmente en el concepto de *bulimia nerviosa* a partir del estudio de Rusell (1979), primero como una variante de la anorexia nerviosa (de ahí el apellido *nerviosa)*, y en la actualidad como una entidad independiente, que junto a la anorexia nerviosa y otras entidades clínicas de menor importancia configuran el conjunto de los denominados trastornos de la conducta alimentaria. El término *bulimia* se ha utilizado a veces indistintamente tanto para describir las conductas de ingesta masiva (conducta bulímica) como para describir la enfermedad (como en el DSM-III), lo que ha dado lugar a una cierta confusión.

La llamativa y gráfica expresión clínica de anorexia nerviosa ha hecho que los primeros casos descritos de trastornos de la alimentación pertenezcan a este subtipo; el cual era conocido ya en medicina desde el siglo XVII, gracias a las descripciones de Johnston (1669), Reynolds (1669), Robins (1668) y Morton (1689), quien habló de *consunción nerviosa*. La anorexia nerviosa se había disfrazado hasta entonces de ascetismo o fervor religioso, o con otras connotaciones en relatos de mayor antigüedad. Más recientemente, Marcé (1860) la denominó *delirio hipocondríaco*, y Lassège (1873), *histeria hipocondríaca*.

La bulimia nerviosa, por el contrario, ha tenido una historia más breve y humilde, lo que se debe por un lado a la conservación del peso corporal dentro de límites normales, y por otro a la ocultación que los pacientes hacen de su propia patología. Así se confundía con casos incompletos de anorexia nerviosa, hasta las descripciones de Boskind-Lodahl (1976), quien la denominó *bulimarexia*, y especialmente por el trabajo de Rusell (1979), quien acuñó el término *bulimia nerviosa*, que persiste en la actualidad.

CONCEPTO DE BULIMIA NERVIOSA

- El término *bulimia* significa hambre de buey (muy intensa).
- Su descripción clínica por Rusell (1979) ha sido muy posterior a la de la anorexía nerviosa, dentro de la cual se la incluía.
- Es preciso distinguir entre:

Conductas bulímicas Ingestas masivas en breve tiempo.

Bulimia nerviosa —
- Ingestas masivas.
- Conductas de control del peso.
- Preocupación por la imagen.

Rusell (1979) describió la bulimia nerviosa como una variante de la anorexia nerviosa, siendo incorporada ya a partir de 1980 en el DSM-III (con el confuso nombre

de *bulimia;* APA, 1980), y en las sucesivas revisiones aparecidas: DSM-III-R y DSM-IV; (APA, 1987; APA, 1993a), e incluida recientemente en la CIE-10 (OMS, 1992). Su interés en el ámbito psiquiátrico es importante, como pone de manifiesto la reciente publicación de una guía práctica sobre trastornos alimentarios, realizada por la APA.

La bulimia nerviosa es un trastorno de la alimentación caracterizado por la presencia de *crisis bulímicas* (ingestas masivas de alimento), en las que se tiene la sensación de perder el control y no poder parar de comer.

Comparte con la anorexia nerviosa la preocupación por el peso y las conductas dirigidas al control del peso, que sin embargo en la mayoría de los bulímicos es normal.

CARACTERÍSTICAS DE LA BULIMIA NERVIOSA

- Crisis bulímlcas (50% diarias):

– Consumo rápido y masivo de alimentos sin placer.
– Carbohidratos o grasas excluidas de la dieta habitual.
– Sensación de pérdida de control de la ingesta.
– Sentimiento de culpa y/o depresión posterior.

- Preocupación obsesiva por el peso o la imagen.
- Conductas dirigidas al control del peso, que suele ser normal:

– Vómitos autoinducidos (75% a diario).
– Uso de laxantes, diuréticos, eméticos o ejercicio.
– Dieta estricta intercrisis.

19.4.1. Epidemiología de la bulimia nerviosa

La prevalencia de la bulimia nerviosa en mujeres es mayor que la de la anorexia nerviosa, y oscila entre el 1% y el 4%; hay datos epidemiológicos que indican que su prevalencia está aumentando con el tiempo. La prevalencia en mujeres adolescentes es aproximadamente del 1% para la anorexia nerviosa y del 2-4% para la bulimia nerviosa. La prevalencia en hombres jóvenes sería la décima parte que en mujeres (0,2%).

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

- Prevalencia de *conductas bulímicas:* 5-15% de mujeres jóvenes estudiantes.
- Prevalencia de *anorexia nerviosa:* 1% de mujeres jóvenes.
- Prevalencia de *bulimia nerviosa:* 2-4% de mujeres jóvenes. 0,2% de varones jóvenes.
- Tendencia a incrementarse la prevalencia en los últimos años.

En un 50% de los pacientes con bulimia nerviosa se encuentran antecedentes de anorexia nerviosa, siendo ambos grupos indistinguibles desde el punto de vista clínico, lo que ha llevado a sugerir que se trata del mismo proceso morboso. Es posible observar la alternancia en un mismo paciente de conductas bulímicas y restrictivas, y hasta un 50% de los pacientes con anorexia nerviosa llegan a presentar conductas bulímicas. De hecho, desde el punto de vista clínico, los pacientes con anorexia nerviosa subtipo no-restrictivo se parecen mucho a los pacientes con bulimia nerviosa (cuadro 19.4).

CUADRO 19.4
Semejanzas y diferencias entre la bulimia nerviosa y los subtipos de la anorexia nerviosa

RASGO	ANOREXIA N. RESTRICTIVA	ANOREXIA N. NO-RESTRIC.	BULIMIA NERVIOSA
• Antecedentes de obesidad	–	+++	+++
• Ant. familiares de obesidad	–	+++	+++
• Peso premórbido superior	–	+++	+++
• Pérdida de peso	+++++	+++	+/–
• Recurso al vómito/laxantes	+/–	+++	+++
• Accesos bulímicos	–	+++	+++
• Impulsividad	–	+++	+++
• Problemas de alcohol/drogas	–	+++	+++
• Cleptomanía	–	+++	+++
• Riesgo de suicidio	–	+++	+++
• Personalidad narcisista, *borderline* o antisocial	–	+++	+++
• Inestabilidad conductual premórbida	–	+++	+++
• Susceptibilidad a la depresión	–	+++	+++

La bulimia nerviosa, sin embargo, aparece en edades algo superiores a la de la

anorexia nerviosa (16-25 años), y se presenta al igual que ésta con mayor frecuencia en las clases sociales medias y altas, en la raza blanca y en los países occidentales.

19.4.2. Diagnóstico

Rusell (1979) propuso la utilización de tres criterios básicos para el diagnóstico de la bulimia nerviosa:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE RUSELL

1. Los pacientes sufren deseos poderosos e irreprimibles de sobrealimentarse.
2. Buscan evitar los efectos engordantes de la comida induciéndose el vómito o abusando de purgantes.
3. Presentan un miedo patológico a convertirse en obesos.

En el sistema DSM-III (1980), la mayoría de los criterios para el diagnóstico de bulimia se refieren a los episodios de ingesta masiva o episodios bulímicos (Bin-ges): consumo rápido de una gran cantidad de alimentos, consumo de alimentos de alto contenido calórico, sensación de pérdida de control y sensación depresiva posterior. No se especifican criterios relativos al miedo patológico a la obesidad, ni a la distorsión de la imagen corporal. Esto hace que sean criterios menos estrictos que los de Rusell.

La versión revisada DSM-III-R (1987) conserva los criterios referidos a la voracidad de la ingesta bulímica y a la falta de control, especifica en un tercer criterio el frecuente recurso a métodos de control del peso (vómitos, dieta, etc.); y exige en un cuarto criterio una frecuencia mínima de dos episodios semanales durante tres meses, y en un quinto, la preocupación por el peso y la imagen pero no exige, como en la anorexia nerviosa, una distorsión de esta imagen.

CRITERIOS DSM-lll-R
1. Episodios recurrentes de ingesta voraz. 2. Sentimiento de falta de control sobre las comilonas. 3. Conductas dirigidas al control del peso. 4. Dos episodios semanales como mínimo durante tres meses. 5. Preocupación persistente por la silueta o el peso.

La actual redacción del DSM-IV mantiene en el primer criterio la exigencia de episodios recurrentes de ingesta voraz, que debe ser caracterizada tanto por la cantidad

de alimento ingerido en un período determinado (en comparación con una persona normal), como por la sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio. En su segundo criterio exige la presencia de conductas inapropiadas y compensatorias para evitar el aumento de peso. En el tercer criterio exige una frecuencia mínima de ocurrencia de los dos primeros criterios de dos veces por semana durante tres meses. En el cuarto criterio expresa la necesidad de que la autoevaluación del sujeto esté influida negativamente por su imagen corporal. Finalmente, en el quinto criterio exige que este trastorno no ocurra exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (lo que se correspondería con el subtipo bulímico de la anorexia nerviosa). Además especifica dos subtipos según los métodos de prevención de aumento del peso: el subtipo de pacientes que recurre al vómito o al abuso de laxantes y el subtipo que recurre a otros métodos menos patológicos *(purging type* vs *nonpurging type)*.

CRITERIOS DSM-IV

1. Episodios recurrentes de ingesta voraz.
2. Conductas inapropiadas para prevenir el aumento de peso.
3. Dos episodios semanales como mínimo durante tres meses.
4. Autoevaluación influida negativamente por la imagen corporal.
5. No ocurre sólo durante los episodios de anorexia nerviosa.

La décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud establece en su versión para uso clínico tres criterios en la definición de bulimia nerviosa (F50.2):

CRITERIOS DE LA CIE-10 PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA BULIMIA NERVIOSA (F50.2)

1. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
2. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
3. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o, por el contrario, adoptar una forma menor o larvado, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

19.4.3. Etiopatogenia de la bulimia nerviosa

Al igual que en la anorexia nerviosa, es posible encontrar entre los factores causales de esta enfermedad algunos predisponentes, otros precipitantes y otros mantenedores del proceso morboso. Muchos de ellos son comunes con la anorexia nerviosa, de la que sólo se distingue claramente en el peso corporal, bajo en la anorexia nerviosa y normal (90%) o alto (10%) en la bulimia.

A) Factores predisponentes

Hay factores de tipo sociocultural, como la clase social media o alta, y la presión sociocultural hacia una imagen social "aceptable", y por ende un rechazo social de la obesidad.

Entre los factores familiares destacan las actitudes parentales rígidas y no dialogantes, en padres "añosos" y que padecen a su vez problemas de peso (20-25% con sobrepeso) o de consumo de alcohol; al tiempo que es frecuente encontrar antecedentes familiares de tipo afectivo o psiquiátrico (hasta en el 50% de los padres).

Entre los factores de tipo individual destacan las alteraciones del peso previas a la enfermedad (33% de los bulímicos han sido niños con sobrepeso), las malas relaciones con los padres y compañeros, y las experiencias de pérdida o separación afectivas.

FACTORES PREDISPONENTES DE LA BULIMIA NERVIOSA

1. Factores socioculturales:
- Clase social media/alta con rechazo cultura de la obesidad.
- Presión cultural hacía una imagen social "aceptable".

2. Factores familiares:

a) Educacionales:
- Actitudes parentales rígidas o no dialogantes.
- Padres añosos.
- Bajo nivel de cuidados parentales.

b) Genético-hereditarios:
- Sobrepeso en los padres (20-25% de los casos).
- Consumo de alcohol en los padres.
- Antecedentes de tipo afectivo o psiquiátrico (50%).

3. Factores individuales:
- Nacimiento posterior a 1960.
- Imagen corporal deseada de delgadez.
- Baja autoestima.
- Locus de control externo.
- Alto nivel de neuroticismo.

- Alteraciones del peso previas a la enfermedad:
  - 33-50% de antecedentes de sobrepeso.
  - 50% antecedentes de anorexia nerviosa.
- Historia de dieta o ejercicio excesivo.
- Malas relaciones con padres y compañeros.
- Experiencias de pérdida o carencia afectivas.

B) Factores precipitantes

En una mayoría de pacientes (72%), la enfermedad se desencadena a raíz de conflictos sexuales: principio o fin de una relación sentimental, que suele ser la primera de naturaleza afectivo-sexual.

En un porcentaje igualmente elevado, también surge a raíz de acontecimientos vitales, como cambios de residencia o de trabajo, o separación del hogar. En un 20% coincide con experiencias de pérdida o duelo por un familiar o amigo, o por separación o divorcio de los padres.

Otros factores precipitantes pueden ser una leve obesidad (50%), que induzca el comienzo de una dieta (con fracaso en la restricción absoluta, y surgimiento de la conducta bulímica); la evolución de una anorexia nerviosa no restrictiva (50%); alteraciones en la imagen corporal, o simplemente una dieta en las edades de mayor riesgo (adolescencia).

En uno de los pocos estudios prospectivos llevados a cabo con adolescentes (Patton, 1998), la evaluación realizada un año después demuestra la importancia de la dieta (entre aquellas que estaban sometidas a dieta, había un elevado porcentaje (21,3%) que acababan desarrollando un trastorno alimentario a los 12 meses), de la pérdida de peso, de la percepción de problemas sociales, de la historia psiquiátrica familiar y de la personalidad en la génesis de los trastornos alimentarios.

FACTORES PRECIPITANTES DE LA BULIMIA NERVIOSA

1. Conflictos emocionales o afectivos:
- Principio o fin de una relación sentimental.
- Inicio de la actividad sexual o conflicto sexual (72%).

2. Acontecimientos vitales estresantes:
- Cambio de residencia o de trabajo, o separación del hogar.
- 20% coincidiendo con experiencias de pérdida o duelo, o de separación o divorcio de los padres.

3. Otros factores precipitantes:
- 50% por ganancia de peso propio de la pubertad en la mujer con inducción de

una dieta, con fracaso de la restricción y desencadenamiento de una conducta bulímica.
- 50% por evolución a partir de anorexia nerviosa de tipo no restrictivo.
- A raíz de una dieta o pérdida de peso por otras causas.
- Cambios corporales o alteraciones de la imagen corporal.

Los factores precipitantes no suelen ser específicos de la patología bulímica, y son comunes a otros tipos de alteración nerviosa o afectiva.

C) Factores de mantenimiento

Existen diversos factores que intervienen en la perpetuación de las conductas en la bulimia nerviosa, pudiendo distinguirse entre las alteraciones emocionales propias de esta patología, las alteraciones metabólicas y las alteraciones de los sistemas neuroendocrinos de control de la ingesta.

FACTORES DE MANTENIMIENTO DE LA BULIMIA NERVIOSA

1. Alteraciones emocionales debidas a la conducta bulímica:
- Estados de ansiedad-depresión secundarios a la conducta:
  - Por fracaso en el deseo de control de la ingesta.
  - Aparición de sentimientos de culpa.

2. Alteraciones metabólicas propias de la conducta bulímica:
- Disminución de la actividad simpática.
- Disminución de la actividad tiroidea.
- Disminución del metabolismo basal.
- Tendencia a engordar y refuerzo de la conducta bulimica.

3. Alteraciones neuroendocrinas propias de la bulimía nerviosa:
- Disminución de la sensación de saciedad mediada por el sistema serotoninér-gico.
- Alteraciones del sistema noradrenérgico.
- Alteraciones del sistema de la colecistoquinina.
- Alteraciones de las endorfinas.
- Alteraciones del péptido YY.

Entre los factores de mantenimiento y perpetuación de la conducta bulímica más importantes están las alteraciones metabólicas secundarias a los vómitos, y que potencian la ansiedad y la depresión que suele acompañar a este trastorno, inducidos fundamentalmente por el fracaso en el propósito de control de la ingesta. Cada crisis bulímica favorece la aparición de sentimientos de culpa y propósitos de intentar en el

futuro controlar la ingesta de una manera aún más estricta, lo que ineludiblemente conduce a un nuevo fracaso.

Desde el punto de vista biológico, se ha atribuido un cierto papel al ansia o dependencia por los carbohidratos, que parece manifestarse en este trastorno, posiblemente debida a la inducción que sobre la secreción de endorfinas ejerce la ingesta de carbohidratos, especialmente los refinados (dulces).

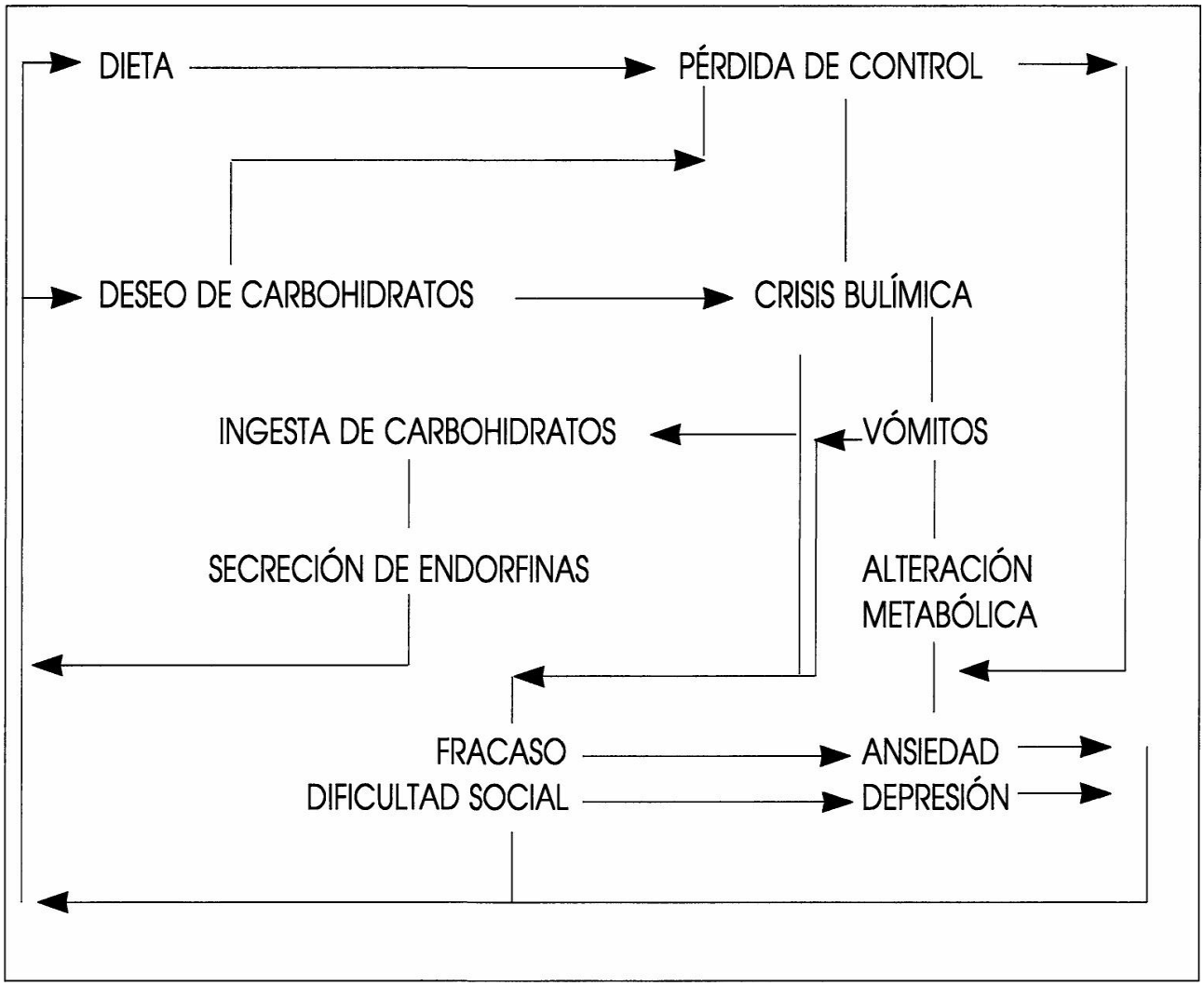


FIGURA 19.2. Interacción de los factores de mantenimiento en la bulimia.

19.4.4. Neurobiología de lo bulimia nerviosa

Hay una serie de alteraciones neurobiológicas, mencionadas anteriormente, que son claves para entender los procesos que subyacen a la conducta bulímica.

A) Alteraciones metabólicas

El desequilibrio energético que aparece en la bulimia nerviosa se caracteriza fundamentalmente por el descenso global de la ingesta energética, el cual es compensado por un descenso del metabolismo basal y de la termogénesis, a pesar de que existe un leve incremento del ejercicio físico.

Los pacientes con bulimia nerviosa presentan antecedentes familiares y personales que demuestran una clara tendencia a la obesidad.

Existe un estado crónico de hiponutrición en la bulimia nerviosa, con ingestas medias inferiores a las de los grupos control y pesos medios por debajo de lo normal pero insuficientes para ser catalogados como anorexia nerviosa.

El metabolismo basal supone entre un 50% y un 70% del gasto calórico total, mientras que la termogénesis sólo constituye aproximadamente el 10% y la actividad física voluntaria e involuntaria gasta entre el 20 y el 40%. Dado que incluso pequeñas variaciones del metabolismo basal podrían ser las responsables de la tendencia a la obesidad en la bulimia, se ha estudiado dicho metabolismo en estas pacientes, encontrándose que en general estaba disminuido en relación a sujetos control.

CARACTERÍSTICAS METABÓLICAS EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS
• Tendencia a la obesidad en la bulimia nerviosa:
– Menor necesidad calórica para mantener el peso normal. – Tendencia a ganar peso con una alimentación normal. – Mayor eficiencia metabólica. – Relación entre la obesidad previa a la bulimia y un mayor grado de insatisfacción corporal y de restricción dietética.
• Tendencia a la obesidad en la anorexia no-restrictiva:
– Predisposición a la obesidad en la anorexia no-restrictiva. – Mayor obesidad premórbida que en el subtipo restrictivo. – Mayores antecedentes de obesidad familiar.

El metabolismo basal está reducido en la fase activa de la bulimia nerviosa, pero también incluso en los períodos de abstinencia de comilonas.

Un metabolismo basal reducido es un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad, según han demostrado diversos estudios prospectivos. Si los sujetos con bulimia nerviosa padecen tendencia a la obesidad es previsible encontrar estos datos también en ellos; si bien los resultados de esos mismos estudios demuestran que el metabolismo basal reducido no es la única causa de la obesidad, pudiendo ser también causada por un incremento de la ingesta y por un descenso de la actividad física.

La menor necesidad calórica en la bulimia nerviosa para mantener el peso corporal

confirma la reducción del metabolismo basal. Varios estudios han confirmado que en bulímicos con normopeso la reducción del metabolismo basal oscila entre el 10 y el 15%. Esta reducción no es necesariamente la causa de la bulimia, puesto que también puede ser la consecuencia de un estilo de alimentación restringido que disminuya la temperatura corporal, la presión arterial y el ritmo cardíaco.

Sin embargo, la disminución del metabolismo basal observada en la bulimia nerviosa se mantiene en períodos de abstinencia de comilonas. Es posible que este descenso esté mediado por la reducción de la secreción de T-3 y T-4. A su vez el descenso en la actividad tiroidea puede ser debida a la disminución de la actividad noradrenérgica.

Finalmente, la disminución de la actividad noradrenérgica sería consecuencia de la dieta o de alteraciones hipotalámicas y estaría vinculada a las manifestaciones de ansiedad que facilitan la aparición de ingestas bulímicas, que intentarían de esta forma contrarrestar estas manifestaciones.

La reducción del metabolismo basal en la bulimia nerviosa con normopeso puede deberse a diversos factores.

CAUSAS DE LA REDUCCIÓN DEL METABOLISMO BASAL EN LA BULIMIA NERVIOSA

1. Por la restricción dietética:
- Con alteración del equilibrio energético (déficit calórico).
- La reducción del peso produce disminución del metabolismo basal.
- Por mecanismos adaptativos, el 65% de la reducción del metabolismo basal se debe a la disminución de la masa corporal, mientras que el 35% restante se debe a la reducción adaptativa del metabolismo celular.

2. Por diversos procesos adaptativos metabólicos:
- Existencia de un metabolismo basal "ahorrador".
- La reducción del metabolismo basal es más pronunciado en los delgados y sobre todo ante pérdidas rápidas de peso.
- Por descenso de los niveles de tirotropina.
- Por probable modificación de la triyodotironina (T3).
- La adición de T-3 a la dieta revierte la mayor parte del mecanismo adaptativo.

3. Por modificación de la actividad del sistema nervioso simpático:
- En sujetos a dieta disminuye la excreción de adrenalina en orina de 24 horas.
- La adaptación metabólica se revierte con la administración de levodopa (precursor catacolamínico).

4. Otros posibles factores:
- Disminución del trabajo cardíaco.
- Disminución del *turnover* de proteínas.

- Disminución de la actividad de la bomba de sodio.
- Alteración de las vías metabólicas.
- Mayor rendimiento de ATP por molécula de oxígeno utilizada.
- Disminución del ciclado de sustratos metabólicos.

5. Por combinación de los anteriores factores.

En conclusión y simplificando mucho la naturaleza de los procesos subyacentes, la modificación del metabolismo basal en la bulimia nerviosa podría actuar no sólo como factor predisponente sino también de mantenimiento de la misma. La reducción del metabolismo basal permite a los pacientes con bulimia nerviosa mantener el peso estable con una menor ingesta calórica.

B) Alteraciones de la termogénesis

La respuesta termogénica está reducida en los sujetos obesos o que han sido obesos, tanto la respuesta a una dosis de glucosa u otros alimentos, como la respuesta a la actividad física posprandial.

Aunque hay algunos estudios que no corroboran la importancia de la disminución del efecto termogénico de los alimentos como mecanismo "adaptativo" y por tanto inductor de obesidad, es necesario reseñar que existen grandes dificultades en obtener medidas fiables de este efecto termogénico, dado que está influido por numerosos factores.

En los pacientes con bulimia nerviosa también se encuentran alteraciones de la termogénesis.

ALTERACIONES DE LA TERMOGÉNESIS EN LA BULIMIA

- Disminución de la respuesta termogénica a la ingesta en bulímicos con normopeso, en comparación con sujetos control:
  – Reducción mediada por el sistema nervioso simpático.
  – No hay una correlación directa entre el descenso del metabolismo basal y el de la respuesta termogénica.
- El efecto final no es cuantitativamente muy importante:
  – El descenso en la respuesta termogénica es hasta del 50%.

– Pero supone sólo del 3 al 5% del gasto calórico total.

C) Alteraciones en el gasto calórico por el ejercicio

Pese a la dificultad de evaluación cuantitativa objetiva del nivel de ejercicio físico en el ser humano, se ha demostrado que en la bulimia nerviosa se observa una tendencia a tener un mayor nivel de ejercicio que en la población normal, lo que es explicado por los pacientes como una actividad dirigida a compensar por sus ingestas.

En esto se diferencina de los obesos, que como grupo son menos activos que los sujetos delgados; incluso cuando los obesos se someten a dieta, al perder peso, de forma "adaptativa" reducen aún más su actividad, con lo que se convierten en "delgados con escasa actividad física".

Pese a lo anterior, los datos comunes entre los bulímicos y los obesos referidos a la menor respuesta termogénica y al descenso del metabolismo basal hacen que estas patologías se diferencien en pocas cosas, como podría ser la aceptación o rechazo de la tendencia a la obesidad, así como por los métodos para luchar contra ella.

D) Alteraciones de la neurotransmisión noradrenérgica

Existen varios datos que apuntan a una disfunción del sistema noradrenérgico en la bulimia nerviosa.

ALTERACIONES NORADRENÉRGICAS EN LA BULIMIA NERVIOSA
• Aumento de los receptores alfa-2 en las plaquetas. • Disminución del nivel de noradrenalina en plasma. • Disminución de la respuesta adrenérgica al ortostatismo. • Se concluye un déficit de los mecanismos de neurotransmisión noradrenérgicos.

Aunque quizás sea insuficiente para justificar todos los procesos de la bulimia nerviosa, la alteración de los mecanismos noradrenérgicos permite explicar algunos síntomas.

E) Alteraciones de la neurotransmisión serotoninérgica

El sistema serotoninérgico está claramente implicado en la fisiopatología de la bulimia nerviosa. En estos pacientes la respuesta del nivel de 5HIAA al probenecid está disminuida, así como también se observa una ausencia de respuesta a la ingesta, de los niveles entre el triptófano y los aminoácidos neutros de cadena larga, con los que compite para su absorción.

Por otra parte, la importancia de este sistema se confirma por la conocida eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en el tratamiento de la bulimia.

F) Alteraciones de los péptidos

Otro sistema de neurotransmisión que igualmente ha sido implicado en la etiopatogenia de la bulimia nerviosa es el mediado por la colecistoquinina, el cual parece estar alterado tanto en este trastorno como en sentido opuesto en la anorexia nerviosa, si bien se cree que su efecto fundamental es periférico.

En las pacientes bulímicas, se ha observado una disminución de los niveles de colecistoquinina, lo que redundaría en una disminución de la sensación de saciedad y explicaría al menos parcialmente la tendencia a realizar ingestas masivas.

Otro péptido que está implicado en la bulimia nerviosa, incluso muy probablemente a nivel causal, es el neuropéptido YY, el cual tendría unos efectos fisiológicos de mayor duración que los de las monoaminas y sería un inductor potente de la ingesta. Su efecto a nivel del área postrema sería la de inducir el vómito.

Es conveniente reseñar que este péptido podría alcanzar dicha área sin necesidad de cruzar la barrera hematoencefálica, dado que esta región parece estar expuesta a la acción de los péptidos hemáticos, y carecer localmente de barrera hematoencefálica.

En pacientes con bulimia nerviosa se ha observado un incremento de los niveles de este péptido, cuando se estudian tras un mes de remisión de sus conductas. En sujetos control y en bulímicos en fase activa este péptido se encuentra en niveles normales.

Esto de alguna manera sugiere la inquietante posibilidad de que la conducta bulímica (ingestas masivas y vómitos posingesta) es en realidad consecuencia del incremento patológico de la actividad del péptido YY, pero por otra parte su acción autorregula la alteración subyacente, dado que en la fase activa no se detecta dicha anomalía. Este dato sugiere fuertemente que la bulimia nerviosa está causada primordialmente por un incremento del péptido YY.

G) Interpretación de las alteraciones de la neurotransmisión

Existen numerosas alteraciones de la neurotransmisión en los pacientes con bulimia nerviosa, las cuales permiten explicar muchas manifestaciones clínicas de estos pacientes.

Entre las manifestaciones que presentan los bulímicos nerviosos cabe destacar en especial la ausencia de sensación de saciedad, que podría explicarse por la disminución de la actividad serotoninérgica, y el poderoso impulso que conduce a la ingesta de alimentos, que se explicaría por el incremento del péptido YY en bulímicos remitidos. El péptido YY sólo se normalizaría con la conducta bulímica de ingestas masivas y conductas de control del peso.

Una de las consecuencias de las alteraciones neuroendocrinas en la bulimia es la ausencia de sensación de saciedad posterior a una ingesta. Esta ausencia de sensación de saciedad (mediada por el sistema serotoninérgico) y su repercusión sobre el control de la

ingesta pueden ser debidos a una restricción dietética previa, como ocurre en la bulimia nerviosa.

En la regulación de la ingesta interviene también de una forma importante el sistema opioide. La composición de la dieta y otros factores, como el estrés, intervienen por medio del sistema receptorial Kappa y de la beta-endorfina, induciendo un aumento de la ingesta de carbohidratos, lo que conduce tanto a un mayor riesgo de desarrollo de obesidad como a posibles procesos de desarrollo de dependencia a los carbohidratos, factores ambos que se encuentran en la bulimia nerviosa.

En conclusión, la existencia de los factores psicosociales y biológicos que predisponen a la aparición de la bulimia nerviosa actuarían modificando parámetros de personalidad o metabólicos, que, asociados a una elevada vulnerabilidad de los núcleos hipotalámicos en el período de la pubertad, condicionarían las alteraciones de los sistemas de neurotransmisión que son responsables de la clínica que presentan estos pacientes.

19.4.5. *Características clínicas de la bullmia nerviosa*

Las características clínicas principales de la bulimia nerviosa son las siguientes:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA BULIMIA NERVIOSA

1. Preocupación obsesiva por el peso o la imagen:

- Sobrevaloración del peso y sobre todo de la talla.
- 40% de discrepancia entre el tamaño corporal percibido y el deseado (frente a sólo el 14% en mujeres control).
- Insatisfacción con el peso o la imagen y rechazo de la misma.

2. Miedo patológico a la obesidad: tendencia a la obesidad.

3. Crisis bulímicas:

- Consumo rápido y masivo de alimentos sin placer.
- Carbohidratos o grasas excluidas de la dieta habitual.
- Sensación de pérdida de control de la ingesta.
- Disminución de la sensación de saciedad.
- Mayor ingesta si hay posibilidad de vómito posterior.
- Sentimiento de culpa y/o depresión posterior.
- Ausencia de sensación de saciedad.

4. Conductas dirigidas al control del peso, que suele ser normal:

- Vómitos autoinducidos.
- Abuso de laxantes, anorexígenos, diuréticos, tiroideos, etc.
- Ejercicio excesivo y dieta estricta intercrisis.

5. Mayor afectación en la mujer: 9 mujeres por cada varón.

La pérdida de control de la ingesta se presenta en forma de crisis (el 50% tienen crisis diarias), y las conductas dirigidas al control del peso se caracterizan por la presencia de vómitos en el 75% de los pacientes, llegando a controlar voluntariamente el reflejo del vómito hasta el 20% de los enfermos.

Además de lo ya reseñado, las características clínicas están determinadas por las complicaciones físicas derivadas de su conducta. Complicaciones de las ingestas masivas son la dilatación gástrica aguda, las alteraciones gastrointestinales y la hipertrofia parotidea (glándulas salivares situadas delante de las orejas); mientras que complicaciones de los vómitos son las pérdidas de los iones potasio y sodio (potencialmente graves, dada su influencia sobre la conducción cardíaca), la afonía y la erosión del esmalte dental, y las esofagitis por reflujo. Son de origen indeterminado las alteraciones menstruales y hormonales.

COMPLICACIONES MÉDICAS DE LA BULIMIA NERVIOSA

1. Genéricas:

- Dilatación gástrica y bradicardia e hipotensión.
- Reflujo gastroesofágico.
- Descenso del ritmo metabólico basal.
- Descenso de la actividad simpática y del eje tiroideo.
- Alteraciones menstruales.

2. En los vomitadores:

- Trastornos electrolíticos con riesgo de:
  - Alcalosis hipoclorémica e hipokalémica e hipomagnesemia.
  - Arritmias cardíacas, fallo renal o crisis epilépticas.
- Irritación y sangrado gastroesofágico.
- Ronquera y erosión del esmalte dental.
- Inflamación parotidea con hiperamilasemia.

3. En los que abusan de laxantes:

- Alteraciones intestinales.

4. En los que abusan de ipecacuana:

- Intoxicaciones con cardlomiopatías.

Respecto a la psicopatología de la bulimia nerviosa, los síntomas más frecuentes son los señalados en el siguiente cuadro:

PSICOPATOLOGÍA/COMORBILIDAD DE LA BULIMIA NERVIOSA

1. Frecuente comorbilidad con otras patologías psiquiátricas:

- Patología de personalidad o trastorno de ansiedad/depresión.
- Conductas impulsivas: cleptomanía, abuso de alcohol/drogas.

2. Alteraciones de la personalidad:

- 22-69% padecen un trastorno de personalidad.
- Las formas más frecuentes son:
  - Personalidad narcisista.
  - Personalidad antisocial.
  - Personalidad *borderline*.

3. Síntomas depresivos:

- 47-73% con historia vital de trastorno depresivo mayor.
- Frecuentes síntomas de tipo depresivo.
- Elevado riesgo de suicidio (37% de tentativas).

4. Síntomas de ansiedad:

- Frecuentemente relacionados con la psicopatología bulímica.
- 2/3 presentan síntomas vegetativos de ansiedad.
- Síntomas de ansiedad en situaciones sociales que implican consumo de alimentos.
- Los síntomas mejoran con el tratamiento de la bulimia nerviosa.
- Comorbilidad frecuente con trastorno de pánico, fobias y trastorno de ansiedad generalizada.

5. Alteraciones del control de impulsos:

- Elevada impulsividad.
- 23% presentan abuso de alcohol o de drogas.
- Elevada frecuencia de ludopatías, cleptomanía, potomanía, conductas de riesgo, etc.

6. Elevada comorbilidad con anorexia nerviosa.

En cuanto a las características psicológicas, destacan la preocupación obsesiva por el peso e imagen, las tendencias depresivas y suicidas (hasta un 37% de intentos suicidas en estos pacientes), la ansiedad y otras alteraciones del control de impulsos, entre las que cabe citar casos de *ludopatía* (juego compulsivo patológico), *cleptomanía* (compulsión de apoderarse de objetos ajenos), *potomanía* (ingestas masivas de líquidos, refrescos, etc.), ingestas alcohólicas y conductas de riesgo, etc.

La *distorsión perceptiva* de la propia imagen es, según algunos autores, el eje original de la bulimia nerviosa (figura 19.3).

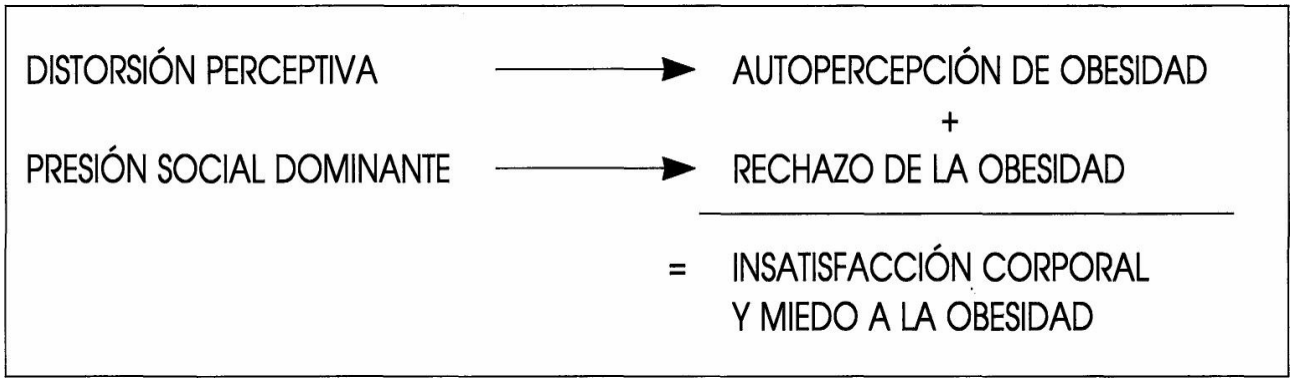


FIGURA 19.3. Consecuencias de la distorsión perceptiva en la bulimia nerviosa.

Existe distorsión perceptiva en la población general, especialmente en mujeres jóvenes, pero es mayor en la bulimia nerviosa. A mayor distorsión perceptiva peor pronóstico. Sin embargo, no todos los pacientes presentan distorsión perceptiva, y los que la presentan tienen indicios de alteración del lóbulo parietal derecho.

La distorsión perceptiva se da también en otros trastornos alimentarios (anorexia nerviosa y obesidad), con la consiguiente preocupación por el peso o la imagen. En la población general la distorsión perceptiva produce preocupación por la imagen: el 50% de las adolescentes (12-17 años) de un estudio español tienen preocupación y ansiedad por su imagen, y el 35% de las adolescentes están haciendo dieta. Esta preocupación es mayor en los trastornos alimentarios, con una actitud de mayor repulsa por el propio cuerpo y un mayor deseo de parecer atractivos.

Otro de los factores que están más directamente implicados en la génesis de la bulimia nerviosa es la dieta. La conducta bulímica de ingestas masivas y vómitos sirve para intentar regular la tendencia a la obesidad. En estudios retrospectivos de anorexia nerviosa se observó que una dieta aparentemente normal era el precursor de trastornos

alimentarios severos. La dieta debe ser contemplada más como un factor causal o desencadenante que como un síntoma de la enfermedad: en la bulimia se ha demostrado la progresión de la dieta a la enfermedad en mujeres adolescentes, y un 21,3% de las mujeres a dieta desarrollan un trastorno alimentario en un plazo de doce meses.

Igualmente, la tendencia a la obesidad aparece, junto al rechazo social de los obesos, como uno de los factores conducentes a la dieta y, en consecuencia, al origen de la bulimia nerviosa:

- Los obesos presentan ingestas bulímicas con frecuencia. Se diferencian fundamentalmente de los bulímicos por la ausencia del recurso al vómito o a los laxantes. La eficacia para controlar el peso de estas conductas transforma al obeso con comilonas en un bolímico normopeso.
- Los obesos que reducen peso presentan una alta tasa de recidivas, lo que indica una tendencia endógena al sobrepeso:
  - En los obesos sólo los que mantienen una restricción continuada de la dieta se mantienen con normopeso.
  - Los bulímicos presentan una restricción continuada de la dieta.

- Los sujetos con tendencia a la obesidad que desarrollan conductas de restricción en la adolescencia presentan como consecuencia de estas conductas un elevado riesgo de presentar bulimia nerviosa.
- Los bulímicos tienen una menor necesidad calórica para mantener el peso corporal estable, por lo que si se alimentaran normalmente engordarían. Esto refleja una mayor eficiencia metabólica y una tendencia a la obesidad.
- Entre los antecedentes familiares y personales de la bulimia se encuentra con frecuencia la obesidad.

Uno de los síntomas más discutidos de la bulimia nerviosa hasta hace muy poco es las *sensaciones de hambre y saciedad*. Hoy día diversos estudios han aclarado el dato incontrovertible de que la alteración fundamental es una ausencia de sensación de saciedad, probablemente dependiente de un fallo del sistema serotoninérgico.

Una de las quejas frecuentes de los pacientes con bulimia es la de padecer intermitentemente un hambre imperiosa que se sienten incapaces de controlar y les conduce a las crisis o accesos bulímicos. Sin embargo, si se les impedía el vómito a las mujeres bulímicas con normopeso, se demostró que comían menos incluso que las mujeres control y que por tanto eran capaces de reprimir su apetito. No obstante, la capacidad de control temporal sobre la ingesta no demuestra que sea falsa la sensación de hambre "incontrolable" que refieren.

Las conclusiones que se pueden extraer sobre la relación entre bulimia y sensaciones de hambre y saciedad son las siguientes:

- Los bulímicos tienen igual sensación de hambre que los sujetos control, antes de una ingesta, pero mayor sensación después de una o más ingestas

experimentales. Esto orienta a un déficit de la sensación de saciedad.

- En las ingestas no-masivas los bulímicos presentan tendencias restrictivas, comen menos calorías y menos contenido de grasa.
- Después de una ingesta estándar, tanto los bulímicos como los sujetos a dieta tienen una sensación de hambre mayor aún que antes de la ingesta.
- Los bulímicos y los sujetos a dieta no presentan saciedad específica para un determinado alimento, por lo que pueden seguirlo consumiendo, hasta realizar ingestas masivas.
- Los bulímicos presentan un rápido resurgimiento de la sensación de hambre tras una ingesta, pese a la sensación de plenitud gástrica. Esta alteración persiste una vez tratado el paciente y facilita su recaída.
- Un déficit serotoninérgico central es el responsable de la ausencia de sensación de saciedad.

En definitiva, la sensación de hambre en la bulimia es normal o incluso menor antes de las ingestas, pero después de las comidas, especialmente si son masivas, la sensación de hambre es mayor; o lo que es lo mismo, la sensación de saciedad no aparece.

SENSACIÓN DE HAMBRE	BULIMIA	CONTROL
Antes de la ingesta	+/–	++
Después de la ingesta	+++	–

La pérdida de control sobre la ingesta que sufre el paciente con bulimia nerviosa provoca que en determinadas circunstancias (si no se le previene el vómito) no pueda evitar la aparición de la comilona, ni pueda parar una vez que ha empezado. Esto se debe a la existencia de un estado de ánimo alterado que cede con la comilona, para dar paso a una sensación de incomodidad y el miedo patológico a ganar peso, que a su vez ceden con el recurso al vómito.

Algunos estudios confirman la importancia de las alteraciones emocionales en el control de la ingesta de los pacientes bulímicos. Evaluando la respuesta a la administración intravenosa de glucosa o suero salino en pacientes con bulimia nerviosa y controles sanos, se encontró que la administración de glucosa en las pacientes bulímicas inducía una respuesta depresivo-ansiosa con mayor fatiga y confusión a los pocos minutos, en comparación con los sujetos control, acompañada por un deseo apremiante de realizar una ingesta masiva.

Otra característica de la presentación clínica de la bulimia nerviosa es la *mayor prevalencia en la mujer*, lo que puede ser explicado mediante la interacción de diversos factores:

- Factores socioculturales: mayor presión sociocultural sobre la imagen de la mujer.
- Factores biológicos:
  - Mayor vulnerabilidad hipotalámica en la mujer, por una mayor complejidad de la regulación hormonal en la pubertad.
  - El período de mayor riesgo para la bulimia es la pubertad.
  - Mayor riesgo de alteración serotoninérgica como consecuencia de una dieta en la mujer.

El factor que influye de forma más poderosa es sin duda el biológico, ya que se ha confirmado que una restricción dietética implantada durante tres semanas inducía cambios en la respuesta de prolactina al triptófano intravenoso sólo en las mujeres, lo que indicaría un sistema serotoninérgico más inestable en éstas.

19.4.6. Comorbilidad de lo bulimia nerviosa

Como ya se ha mencionado anteriormente, la bulimia nerviosa presenta una elevada comorbilidad con otras patologías, que alcanza hasta el 60-70% con diagnósticos del eje I del DSM-III-R y hasta el 22% con otros diagnósticos del eje II.

La forma más frecuente de comorbilidad es con los trastornos afectivos, y especialmente con la depresión mayor. La presencia de depresión concurrente con la bulimia nerviosa oscila en torno al 25% de los casos; mientras que el riesgo de padecer depresión a lo largo de la vida alcanza hasta el 73% de los casos. Los trastornos de ansiedad aparecen a lo largo de la vida de los pacientes con bulimia nerviosa, con una prevalencia también muy elevada.

COMORBILIDAD CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD	
Trastornos afectivos	60-73%
Depresión mayor	38-70%
Trastornos de ansiedad	60-65%
Fobia social	29-45%
Trastornos obsesivo-compulsivo	15-26%

Es necesario reseñar que hay autores que mantienen, en función del análisis psicopatológico de sus pacientes, que los síntomas depresivos son en la mayor parte de los casos secundarios a las situaciones estresantes por las que atraviesan estos pacientes, y por tanto debidos a una labilidad emocional inespecífica.

Entre las enfermedades frecuentemente comorbidas está el abuso de drogas o alcohol.

COMORBILIDAD CON PROBLEMAS POR	DROGAS/ALCOHOL
Antecedentes de problemas con alcohol	
u otras drogas	34%
Antecedentes de abuso de alcohol o drogas	23%
Antecedentes de tratamientos por dependencia	18%

Asimismo, el DSM-III-R indica la frecuencia de comorbilidad con las alteraciones de la personalidad.

COMORBILIDAD CON ALTERACIONES DE LA PERSONALIDAD	
Personalidad del grupo A: rara-excéntrica	<10%
Personalidad del grupo B: dramática-errática	2-75%
Personalidad del grupo C: ansiosa-temerosa	16-35%

19.4.7. Herencia y bulimio nerviosa

No hay duda alguna de la influencia de los factores genéticos en el biotipo. Estudios realizados en gemelos demuestran que la contribución genética a la varianza del índice de masa corporal alcanza el *64%*. La obesidad humana se debe al menos en una gran parte a factores genéticos, y los factores familiares-ambientales que actúan durante la infancia (en gemelos adoptados) sólo tienen influencia mientras los sujetos están viviendo juntos.

Los estudios realizados de concordancia en gemelos para la bulimia nerviosa confirman la existencia de factores hereditarios en esta enfermedad, si bien las tasas de concordancia en gemelos difieren de unos autores a otros (cuadro 19.5).

CUADRO 19.5
Tasas de concordancia gemelar en la bulimia

ESTUDIO	AÑO	TASAS DE CONCORDANCIA	
		MONOCIGÓTICOS	DICIGÓTICOS
Fichter & Nogel	1990	83 %	27 %
Hsu y cols.	1990	33 %	0 %
Treasure & Holland	1991	35 %	29 %
Kendler y cols.	1991	23 %	9 %

Otra característica básica de la bulimia nerviosa, que comparte con la anorexia no restrictiva, es una elevada impulsividad, que se manifiesta no sólo por la dificultad para el control de la ingesta, sino también por la elevada comorbilidad con otras patologías impulsivas, como el abuso de alcohol o drogas, las ludopatías, la cleptomanía, etc.

19.4.8. Evolución y pronóstico

La evolución de la bulimia, al igual que sucedía con la anorexia nerviosa, depende fundamentalmente de un diagnóstico precoz y un tratamiento especializado.

Son índices de buen pronóstico la ausencia de antecedentes de anorexia o de obesidad y la ausencia de fobia al peso; y por contra, lo son de peor pronóstico los antecedentes de alteraciones del peso y la mayor carga de ansiedad centrada en la imagen.

En general, cabe admitir un pronóstico de cronicidad o recurrencia elevada para todos los trastornos alimentarios, dados los mecanismos de mantenimiento que concurren en todos ellos.

La posibilidad de remisión o recuperación de un episodio de bulimia se cifra en torno al 69%. Sin embargo, la posibilidad de recaída en un nuevo episodio es igualmente elevada (65%). Por tanto, se trata de un trastorno con una buena respuesta a los tratamientos, pero con elevada tendencia a la recurrencia, por lo que debe plantearse siempre la posibilidad de tratamientos de mantenimiento preventivo durante largos períodos de tiempo. La APA (1993) cifra en un 70% la posibilidad de mejoría con tratamientos psicoterápicos o farmacológicos, con unos rangos de oscilación entre el 50% y el 90%, con reducción de los síntomas en períodos tan largos como seis años, pese a que puedan persistir algunos síntomas residuales. En pacientes hospitalizados, a los tres años de seguimiento hay un 27% de pacientes con buena evolución, un 40% con una evolución intermedia, y un 33% con una evolución mala. En pacientes no tratados, al cabo de dos años tienen tan sólo una mejoría muy parcial de los síntomas, con reducción del 25-30% de la frecuencia de comilonas y vómitos.

Por otra parte, es probable que con el curso evolutivo un trastorno bulímico se

transforme en otro tipo de trastorno alimentario, o se asocie con otro tipo (cuadro 19.6).

CUADRO 19.6
Curso evolutivo de los trastornos alimentarios

SUBTIPO INICIAL →	SUBTIPO EVOLUTIVO	%
Anorexia nerviosa	Anorexia y bulimia nerviosa	43
Bulimia nerviosa	Anorexia y bulimia nerviosa	32
Anorexia y bulimia	Anorexia y bulimia nerviosa	14
Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa	7
Bulimia nerviosa	Anorexia nerviosa	2
Anorexia y bulimia	Anorexia nerviosa	1

19.4.9. Tratamiento

La bulimia nerviosa es susceptible de tratamiento, tanto por la elevada morbilidad psicopatológica, somática y biológica que tiene, como por ser susceptible de una recuperación completa en una gran proporción de los pacientes, siempre que se establezca una estrategia terapéutica adecuada. Es necesario, sin embargo, tener en cuenta la posibilidad de cronificación y de recaída o de recu-rrencia, por lo que los tratamientos deben plantearse siempre a largo plazo.

Hay un consenso generalizado acerca de la importancia de las alteraciones nutricionales tanto en la patología somática como psicopatológica de estos pacientes. Muchos síntomas presentes en la bulimia nerviosa se explican simplemente por la situación de restricción intermitente a la que están sometidos. Estos trastornos remiten con una alimentación adecuada, que sin embargo no tiene por qué ir dirigida a una ganancia de peso, ya que la mayoría de los pacientes con bulimia nerviosa tienen un peso normal, e incluso un 10% un peso elevado. El objetivo de una ganancia de peso debe establecerse tan sólo en los casos de anorexia nerviosa, sea del subtipo restrictivo o del no restrictivo.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DE LA BULIMIA NERVIOSA
1. Restablecer unas pautas nutricionales saludables. 2. Recuperación física: • Estabilización del peso corporal.

- Rehidratación y recuperación hidroelectrolítica.
- Corrección de anomalías secundarias a la bulimia:
  - Reflujo gastroesofágico.
  - Erosión de la mucosa del aparato digestivo.
  - Dilatación gástrica.
  - Erosión del esmalte dental.
  - Inflamación parotidea.

3. Recuperación del estado mental:

- Mejorar el estado anímico.
- Mejorar la autoestima.
- Corregir las alteraciones de personalidad.
- Evitar el abuso de alcohol-drogas.
- Corregir los estilos cognitivos erróneos.
- Disminuir el nivel de ansiedad provocado por la comida.
- Corregir las alteraciones de la neurotransmisión.

4. Restablecer unas relaciones familiares adecuadas.

5. Corregir las pautas de interacción social alteradas.

Pese a ser de reciente descripción, en la bulimia nerviosa se han ensayado gran cantidad de tratamientos. Se destaca el uso habitual de los siguientes tipos, tanto solos como asociados entre sí:

- Terapia cognitivo-conductual.
- Psicoterapia psicodinámica.
- Terapia de grupo.
- Terapia familiar.
- Farmacoterapia.
- Seguimiento médico continuado.
- Consejo nutricional.
- Grupos de autoayuda.

Los tipos de tratamiento más frecuentemente empleados de acuerdo con los datos de la Conferencia Internacional sobre los Trastornos Alimentarios de 1990 son los que aparecen en el cuadro 19.7.

CUADRO 19.7

Frecuencia de utilización de los distintos tipos de tratamiento de la bulimia nerviosa

TIPO DE TRATAMIENTO	FRECUENCIA DE USO
Terapias	97%*
Individual	85%
Cognitivo-conductual	27%
Psicodinámica	6%
Cognitivo-conductual y psicodinámica	65%
Otras	3%
De grupo	46%
Familiar	34%
Psicofármacos	52%
Fluoxetina	37%
Antidepresivos heterocíclicos	13%
Ansiolíticos	8%
IMAO	3%
Consejo nutricional	69%
Control y manejo médicos	86%

* La forma más frecuente son las combinaciones de dos o más métodos simultáneamente (por ejemplo, terapia individual y de grupo más tratamiento psicofarmacológico).

De lo anteriormente expuesto resulta evidente la dificultad de un consenso respecto al tratamiento de la bulimia nerviosa. La APA reconoce que la investigación hasta el momento sugiere la mayor eficacia de las terapias cognitivo-conduc-tuales dentro de los tratamientos psicoterapéuticos, a las que parece además beneficiar la adición de aconsejamiento nutricional y control médico periódico. Respecto a los tratamientos con psicofármacos, los estudios doble ciego han demostrado la eficacia de la imipramina, desimipramina, trazodona y fluoxetina. El uso de la fenelzina en pacientes bulímicos, aunque se ha demostrado eficaz, debe plantearse con reservas dada la posibilidad de ruptura de las restricciones dietéticas propias de los IMAO. Los objetivos de los diversos tipos de tratamiento figuran en el cuadro 19.8.

Hay muy pocos estudios que comparen la eficacia de los tratamientos psicoterápicos y farmacológicos. De ellos se desprende una cierta superioridad de las terapias cognitivo-conductuales intensivas sobre los tratamientos psicofarmacoló-gicos aislados; pero en las condiciones clínicas habituales en las que se emplean diversos tipos de medicamentos de forma sucesiva o simultánea, la eficacia de este tipo de tratamientos aumenta de forma considerable, por lo que la determinación más aconsejable es combinar ambos sistemas de tratamiento: psicoterápico y farmacológico.

CUADRO 19.8
Objetivos de los distintos tipos de tratamiento

TIPO DE TRATAMIENTO	OBJETIVOS
• Cognitivo-conductual	• Restructuración cognitiva.
	• Educación nutricional
	• Control de la ingesta.
	• Mejorar el control de estímulos.
	• Desarrollar conductas alternativas.
	• Prevención de la respuesta para controlar el vómito.
	• Mejorar la restricción dietética.
• Terapia interpersonal	• Enfocarla en las relaciones interpersonales alteradas.
	• Mejorar la autoestima.
	• Reducir el estrés.
• Farmacoterapia:	
– Heterocíclicos	• Disminución de vómitos/comilonas.
	• Mejoría del estado de ánimo.
	• Aumento de peso si es necesario.
– IMAO	• Alternativa a los heterocíclicos si no se obtiene respuesta.
– Serotoninérgicos	• Disminución de vómitos/comilonas.
	• Mejoría del estado de ánimo.
	• Mejoría de la obsesividad.
	• Mejoría de la impulsividad.
	• Facilitar el control del peso.
	• Aumentar el metabolismo basal.
	• Corregir la disfunción serotoninérgíca.

A) Tratamiento psicofarmacológico

Numerosos estudios han demostrado la eficacia de la mayor parte de los tratamientos antidepresivos, e incluso hay indicios acerca de la posible eficacia de otros productos como el litio, los antagonistas opiáceos, la carbamazepina u otros anticonvulsivantes.

La eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la bulimia está en relación con su mecanismo de modulación de los neurotransmisores monoami-nérgicos cerebrales, especialmente por sus efectos sobre el sistema serotoninér-gico.

EFECTO DE LOS ANTIDEPRESIVOS

- Son eficaces incluso en bulímicos no deprimidos.
- Disminuyen la frecuencia de las ingestas bulímicas (64-91%):
  - Disminuyen el número de días con ingestas bulímicas.
  - Modifican sólo las comilonas y no las comidas "normales".
- Disminuyen la frecuencia de los vómitos.
- Corrigen algunos rasgos específicos de la enfermedad:
  - Mejoran el estado de ánimo y la autoestima.
  - Disminuyen el nivel de ansiedad.
  - Mejoran los síntomas fóbicos.
  - Mejoran las patologías comorbidas.
  - Los serotoninérgicos ISRS[1] corrigen la obsesividad.
  - Los ISRS disminuyen la sensación de hambre y mejoran la sensación de saciedad.
- Corrigen las anomalías de la neurotransmisión monoaminérgica subyacentes.
- Algunos ISRS[2] corrigen la tendencia a la obesidad:
  - Aumentan el metabolismo basal.
  - Permiten un nivel de ingesta adecuado.
- Disminuyen mucho el porcentaje de recaídas y recurrencias.
- Disminuyen el porcentaje de cronificación.

- Para mostrar eficacia en el tratamiento de la bulimia se usan dosis similares a las del tratamiento de la depresión (a las que se recomiendan, no a las que realmente se usan de forma habitual con los heterocíclicos). Equivalen a 200 mg/día de desimipramina. En el caso de la fluoxetina, se ha demostrado la superior eficacia de 60 mg/día, sobre la dosis de 20 mg/día.
- El tratamiento debe mantenerse por períodos muy prolongados, por lo que debe prestarse especial atención a los efectos de tipo secundario.
- Si un antidepresivo no se muestra eficaz, hay una elevada probabilidad de

que otro tipo sí lo sea.

- La mayoría de los antidepresivos (heterocíclicos e IMAO) tienden a producir un incremento de peso en los pacientes bulímicos:
  - Este efecto potencia las tendencias innatas a la obesidad.
  - Debe controlarse el peso en los pacientes a tratamiento para evitar inducir una obesidad no deseada y no interferir con el programa terapéutico.
  - Este efecto parece estar en relación con una reducción del metabolismo basal del 16 al 24% (en la bulimia ya existe una reducción del metabolismo basal, que se agrava con ello).
- Algunos antidepresivos serotoninérgicos no producen este efecto sino que ayudan al control del peso, por lo que son mejor aceptados por los pacientes:
  - Algunos ISRS (fluoxetina y fluvoxamina), a través de un aumento del metabolismo basal, permiten un mejor control del peso en los pacientes con bulimia nerviosa.
  - Con serotoninérgicos los efectos aparecen muy precozmente (a la semana de tratamiento).
- La retirada de los antidepresivos debe realizarse muy despacio y siempre bajo un control médico riguroso, tras un período muy prolongado de remisión completa de la sintomatología.

Las conclusiones a las que se puede llegar tras el análisis de la bibliografía acerca del uso de antidepresivos son:

- Muchos antidepresivos parecen eficaces en el tratamiento de la bulimia (tan sólo hay dos estudios, con mianserina y con amitriptilina que han resultado negativos).
- Su eficacia no depende de su efecto propiamente antidepresivo:
  - Son eficaces en bulímicos sin depresión.
  - Los serotoninérgicos han demostrado eficacia antibulímica antes de la aparición de su efecto antidepresivo.
- Los efectos secundarios suponen para muchos tratamientos un problema de difícil solución:
  - Favorecen el frecuente abandono del tratamiento.
  - Son más frecuentes en tricíclicos e IMAO.
  - Favorecen la tendencia al aumento de peso en los bulímicos.
  - La ganancia de peso con heterocíclicos o IMAO está en relación a la

duración del tratamiento.
  - Los antidepresivos serotoninérgicos son mejor tolerados.
  - Dada la similar eficacia de los distintos antidepresivos, la elección debe realizarse en función del perfil de los efectos secundarios.
- Se requieren tratamientos muy prolongados para obtener remisiones estables. El mínimo tiempo recomendable son seis meses.
- El efecto específico serotoninérgico de algunos antidepresivos (ISRS) tiene especial interés en el tratamiento de la bulimia.

a) Además de producir como todos los antidepresivos:

  - Reducción en la frecuencia de los atracones.
  - Reducción del recurso al vómito.
  - Mejoría del estado de ánimo.

b) Producen de forma específica:

  - Aumento de la sensación de saciedad.
  - Mejoría de la impulsividad.
  - Corrección de los rasgos obsesivoides de estos pacientes.
  - Estos efectos se producen por su acción específica serotoninérgica y por incrementar el metabolismo basal.

No hay aún suficientes estudios del empleo de antidepresivos a largo plazo. El mejor documentado de todos ellos es un estudio con fluoxetina 60 mg/día, durante 16 semanas, en el que se demuestra que mantiene su eficacia durante ese período de tiempo, siendo su tolerancia similar a la de su uso en la depresión, con un porcentaje de abandonos de sólo el 10,8% frente a un 5,9% con placebo. En un estudio comparativo de pacientes tratados con desimipramina, terapia cognitivo-conductual o con la combinación de ambas, a las 16 semanas el tratamiento combinado se mostró superior a la desimipramina sola en la reducción de las comilonas, los vómitos, la preocupación sobre la dieta y la sensación de hambre.

En un estudio de tratamiento de mantenimiento con psicoterapia grupal intensiva más placebo o más imipramina, el porcentaje global de recaídas alcanzó el 30%, obteniéndose los mejores resultados con la psicoterapia grupal intensiva (cuadro 19.9).

CUADRO 19.9

Resultados de un tratamiento de mantenimiento a los seis meses en bulímicos con respuesta positiva al tratamiento inicial

TIPO DE TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO	NÚMERO N	RECAÍDAS N	RECAÍDAS %	REMISIÓN N	REMISIÓN %	CURACIÓN N	CURACIÓN %
Terapia grupal e imipramina	19	4	22	13	72	11	61
Terapia grupal y placebo	15	4	31	7	54	5	38
Terapia grupal sola	25	3	14	17	81	13	62
Imipramina sola	3	2	67	1	33	1	33
Placebo solo	6	5	83	1	17	1	17
Total	61	18	30	39	64	31	51

Llama la atención el elevado número de recaídas a pesar del tratamiento de mantenimiento, así como el bajo índice de curaciones (estado libre de síntomas al final del estudio).

Destaca también que al añadir placebo al tratamiento grupal, los resultados empeoren sensiblemente (del 14% de recaídas se pasa al 31%, y los índices de remisión o recuperación completa disminuyen desde el 81% al 54% y del 62% al 38% respectivamente), observándose un rarísimo efecto placebo negativo.

B) Tratamiento psicoterápico

El análisis de la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la bulimia nerviosa es difícil, por cuanto no hay muchos estudios que hayan utilizado grupos control, y porque el número de pacientes incluidos en estos estudios es muy pequeño como para sacar conclusiones definitivas. Por este motivo, técnicas psicoterápcas como la psicodinámica o el psicoanálisis no son fáciles de evaluar en comparación con otras técnicas cuya evaluación objetiva es más sencilla. A ello se une el hecho de que el número de pacientes que terminan los estudios controlados también varía mucho, entre el 0% y el 33%, haciendo más difícil la comparación. Los beneficios de las distintas formas de psicoterapia se resumen en el cuadro 19.10.

CUADRO 19.10

SÍNTOMAS QUE MEJORAN	TERAPIA CONDUCTUAL	TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL	TERAPIA INTERPERSONAL	TERAPIA FAMILIAR
Comilonas	++	+++	+	+
Vómitos	+++	++	+	+
Dieta restrictiva	+	+++	++	+/–
Abuso laxantes	++	+++	+	+/–
Actitud imagen	+	+++	++	+/–
Actitud peso	+	+++	++	+/–
Test de actitud hacia la alimentación*	++	+++	+	+
Síntomas depresivos	+	+++	+	+
Restructuración-cognitiva	+/–	+++	+/–	+/–
Autoestima	+/–	+/–	+++	+/–
Relaciones interpersonales	++	+++	++	++
Relaciones familiares	+	+	++	+++
Introspección	+++	+/–	+	+
Conflictos psicológicos	+++	+	+++	+
Estrés global	+	+/–	+++	+
Mejoría general	+	+++	++	+

* EAT (Garner y Garfinkel, 1979).

Los datos extraídos de diversos estudios reflejan que, pese a los resultados de mejoría, hay muy pocos casos en que el tratamiento psicoterápico consiga la abstinencia total de las conductas bulímicas (ingestas masivas y vómitos), por lo que debe pensarse siempre en una optimización de los resultados combinando estos tratamientos con antidepresivos. Otra conclusión de esta revisión es que no hay un claro vencedor entre los métodos de terapia individual o grupal.

C) Conclusiones respecto al tratamiento de los pacientes con bulimia nerviosa

En su *Guía para la práctica clínica* de 1993, la APA concluye con una serie de recomendaciones:

1. La comparación de los resultados de los estudios controlados sugiere que

ambos son igualmente eficaces en el tratamiento de la bulimia nerviosa. El tratamiento combinado es la opción recomendable, sobre todo si se desea mejorar las tendencias depresivas, los síntomas de ansiedad y la preocupación por la dieta.

2. Tratamiento psicoterápico:

- Se puede obtener una mejoría con la aplicación de las siguientes terapias:
  - Psicoterapia individual breve.
  - Psicoterapia grupal.
  - Consejo nutricional.
  - Terapia cognitivo-conductual.
  - Técnicas conductuales sencillas, como el diario nutricional y la planificación de las comidas.
- La mejoría es observable al cabo de 2-4 meses de tratamiento.
- La psicoterapia interpersonal, la psicodinámica o el psicoanálisis pueden ayudar a identificar y mejorar algunos conflictos que contribuyen a la sintomatología.
- Hay datos que sugieren que la forma más eficaz es la terapia cognitivo-conductual, en detrimento de la psicoterapia de tipo interpersonal o de la terapia conductual.

3. Indicaciones para la hospitalización:

- Problemas médicos concurrentes que lo precisen:
  - Hipokalemia, sangrado de aparato digestivo, etc.
- Problemas psiquiátricos que lo precisen:
  - Riesgo de suicidio elevado.
  - Comorbilidad con abuso de drogas o alcohol.
- Casos resistentes al tratamiento ambulatorio.
- Casos muy graves con alteraciones muy severas de conducta.

4. Tratamiento con antidepresivos:

- Pueden se usados en el tratamiento inicial de la mayoría de los pacientes, pues aceleran la mejoría.
- No deben usarse como único tratamiento.
- Son especialmente útiles en pacientes con:
  - Ansiedad o depresión.

  - Rasgos obsesivoides.
  - Elevada impulsividad.
- Debe controlarse que no se vomita tras su ingesta.

5. Comorbilidad con abuso de drogas o alcohol: Debe atenderse primero a esta comorbilidad especialmente grave, o simultanear el tratamiento de ambos procesos.

19.4.10. Conclusiones

La bulimia nerviosa tiene una naturaleza compleja, donde se interrelacionan factores genéticos, biológicos, culturales, psicológicos y sociales. Está demostrada su vinculación al resto de las alteraciones alimentarias, en particular a la anorexia nerviosa no restrictiva y a la obesidad con ingestas bulímicas.

Entre los factores que tienen un mayor peso en la génesis de este trastorno están los antecedentes familiares o personales de obesidad y de otros trastornos de la alimentación, que condicionarían una tendencia a la obesidad, que sumada a un rechazo personal de la misma (inducido por factores psicológicos, culturales y sociales) aboca a conductas restrictivas. Una vez iniciadas éstas, la ruptura de la dieta está facilitada por una mayor impulsividad que en la anorexia nerviosa restrictiva, unida probablemente a otros factores de personalidad y aun otros por estudiar, como podría ser la existencia de tendencias depresivas.

La falta de control de las ingestas origina conductas muy patológicas de control del peso mediante el recurso al vómito u otros sistemas de menor eficacia. Todo ello produce un círculo vicioso en el cual el paciente (con tendencia a la obesidad) genera un metabolismo ahorrador, con lo que la tendencia se incrementa y confirma las sospechas y temores del enfermo, que de esta forma tiende a incrementar su control y a generar un mayor agravamiento del cuadro clínico.

Sin embargo, la eficacia de las conductas de control del peso consiguen alcanzar un punto de equilibrio, de forma que las conductas bulímicas compensan las tendencias al incremento de peso. Las repercusiones somáticas y psíquicas son, sin embargo, enormes, pues al modificar las pautas de ingesta normal el individuo modifica indirectamente el equilibrio de los neurotransmisores cerebrales y presenta síntomas psicológicos de grave descompensación, entre los que merece la pena citar por su frecuencia las síntomas depresivos y el impulso suicida. Por otra parte, la percepción del individuo de lo patológico de su conducta, y especialmente de su incapacidad para controlar la ingesta, genera un mayor deterioro de su autoestima y favorece la cronificación del cuadro.

La bulimia nerviosa es un cuadro ampliamente investigado, pero del que quedan aún cuestiones por resolver, como la razón de que haya mayor prevalencia en la adolescencia; o la delimitación precisa entre los cuadros de bulimia nerviosa y la obesidad con ingestas bulímicas; o si es posible prevenir la aparición de estos trastornos con

medidas preventivas diseñadas para grupos de riesgo (prepúberes con antecedentes familiares o personales de tendencia a la obesidad).

19.5. Proceso de atención de enfermería

En los cuadros siguientes se muestra de forma esquemática los métodos de educación psiconutricional que se aplican a los pacientes con trastornos alimentarios, las pautas básicas de atención al paciente y los objetivos básicos del proceso de atención de enfermería.

MÉTODOS DE EDUCACIÓN PSICONUTRICIONAL EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

1. Automonitorización y diario de ingesta/conductas patológicas:

- Se recogen en un diario todas las ingestas y conductas de control del peso, junto con escalas analógico-visuales de control de los deseos de hacer dieta, de comer impulsivamente, o de recurrir a otros métodos de control del peso, y otra escala general de bienestar.
- Se destaca que el diario es una ayuda para el paciente y no un sistema de control del psicoterapeuta.

2. Consejo dietético:

- Establecer un patrón de comidas normal y evitar la restricción o el abuso dietéti
- cos. Procurar que coman en compañía y no solos.
- Evitar realizar otras actividades mientras se come, como leer, ver la televisión, etc. Se recomienda estar en compañía o escuchar música.
- Planificar los horarios para tres comidas y dos pequeños tentempiés a media mañana y a media tarde, así como lo que se va a comer exactamente en cada una de estas ingestas.
- Tener en casa sólo la comida planificada, y evitar tener grandes cantidades o comprar en exceso.
- Identificar los momentos más propicios para las ingestas masivas o para los momentos en que se recurre a métodos de control del peso, y planificar para dichos momentos actividades que sean incompatibles con tales conductas.
- Evitar los espacios donde se guarda la comida.
- No pesarse más de una vez a la semana.
- En pacientes con bulimia u obesidad hacer ejercicio. Esto aumenta el metabolismo y disminuye la sensación de hambre.

- En pacientes con anorexia restringir el ejercicio.
- Las mujeres deben tener un mayor cuidado los días previos a la menstruación.
- Evitar el consumo de alcohol.
- Marcarse objetivos realistas, esperando un cambio lento pero progresivo en los hábitos alimenticios.

3. Educación sanitaria sobre los trastornos alimentarios:

- Informar de las consecuencias patológicas.
- Informar de las maneras saludables de controlar el peso.
- Informar de los riesgos de los métodos no saludables.
- Informar del control saludable del estreñimiento.
- Informar del riesgo de abuso de laxantes.

CONTROL DEL PATRÓN DE INGESTA Y ELIMINACIÓN	
DATOS A CONTROLAR	MÉTODO DE CONTROL
• Control de la dieta	• Diario de ingesta
• Actitud hacia la comida	• Test de actitudes (EAT)
• Actitud hacia el peso	• Test de actitudes (EDI)
• Peso actual	• Exploración física
• Historia de ganancia/pérdida de peso	• Entrevista estructurada
• Métodos de control de ingesta	• Exploración física
– Vómitos	• Análisis diagnósticos
– Abuso de laxantes	• Control de deposiciones
– Abuso de medicamentos	• Control de diuresis
	Análisis diagnósticos
– Restricción dietética	• Control de ingestas
• Hábitos alimenticios	• Control de conductas
• Otros síntomas	• Historial de enfermería

CONTROL DE OTRAS CONDUCTAS	
DATOS A CONTROLAR	MÉTODO DE CONTROL
• Nivel de actividad	• Entrevista estructurada
	Control de conducta
• Actitud hacia el ejercicio	• Test de actitudes (EDI)
	Entrevista a la familia
• Autoimagen:	• Entrevista estructurada
– Distorsión de la imagen corporal	• Tests específicos

– Nivel de autoestima	• Entrevista estructurada
• Patrones de afrontamiento del estrés	• Entrevista estructurada
	Control de conducta
• Patrones cognitivos	• Examen de estado mental
	Verbalizaciones
• Interacciones familiares	• Entrevista familiar
• Interacciones con compañeros	• Entrevista estructurada
• Nivel de ansiedad social	• Tests específicos

OBJETIVOS DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS
• Obtener un peso corporal adecuado a su edad, talla y constitución física. • Desarrollar conductas de Ingesta/eliminación alternativas a las utilizadas durante la enfermedad. • Incrementar el conocimiento de los hábitos nutricionales sanos. • Favorecer una percepción más realista de su imagen corporal. • Prevenir la asociación entre estados emocionales alterados y conductas alimentarias.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ALASTRUÉ, A. et al.: *Valoración de los parámetros antropométricos en nuestra población*. Medicina Clínica. 1982; 78:407-415.

BOBES GARCÍA, J. et al.: "Modificación de conducta en el ámbito hospitalario a través de técnicas de condicionamiento operante (Trastornos de la alimentación)", en A. POLAI-NO-LORENTE (coord.): *Introducción a la modificación de conducta para profesionales de enfermería*. Promociones y Publicaciones Universitarias. Barcelona, 1989: 331-355.

CHINCHILLA, A.: *La anorexia nerviosa*. Servicio de Bibliografía Médica de Ferrer Internacional. Barcelona, 1983.

TORO, J. y VILARDELL, E.: *Anorexia nerviosa*. Martínez Roca. Barcelona, 1987.

VERA, M. N. y FERNÁNDEZ, M. C.: *Prevención y tratamiento de la obesidad*. MartínezRoca. Barcelona, 1989.

20

Trastornos del ritmo sueño/vigilia

OBJETIVOS

- Adquirir los conocimientos teóricos necesarios para la toma de decisiones en los trastornos del ritmo sueño/vigilia en la práctica de enfermería.
- Saber realizar una recogida de datos (síntomas y signos) comprehensiva, adecuada y sistemática.
- Estar capacitado para realizar diagnósticos de enfermería.
- Saber desarrollar un plan de cuidados de enfermería con objetivos e intervenciones específicos en función de las necesidades de cada paciente.
- Conocer la información necesaria para realizar intervenciones encaminadas a promover, mantener o reestablecer un buen ritmo sueño/vigilia.
- Ser capaz de evaluar la respuesta de los pacientes a las intervenciones de enfermería.
- Adquirir los conocimientos necesarios para participar en la obtención de datos neurofisiológicos, conductuales y de investigación.

20.1. Clasificación de los trastornos del ritmo sueño/vigilia

Los avances en el campo de la medicina del sueño han permitido el desarrollo de nosografías cada vez más exhaustivas y específicas, si bien no existe aún una clasificación universalmente aceptada de los trastornos del sueño.

La NANDA sitúa estos trastornos dentro del listado de problemas de enfermería en el apartado Actividad-Reposo (PEI), considerándolos como trastornos de los patrones del sueño (I.4).

Las clasificaciones que presentan un mayor rigor científico y una mayor difusión internacional son las formuladas por la Asociación de Centros de Trastornos del Sueño (ASDC), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

Debido a su mayor difusión y utilización en el ámbito español, se expondrá de manera somera la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (1992) en la décima revisión de su Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), que introduce como novedad respecto a las anteriores ediciones el enfoque mul-tiaxial. Así, en ella se contempla la existencia de tres ejes, I, II, y III, que hacen referencia respectivamente a: entidad nosológica, discapacidades e invalideces, y situaciones y condiciones.

Los trastornos del sueño no orgánicos se contemplan en esta clasificación en el apartado de los trastornos mentales y del comportamiento, dentro de los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (F50-F59). Esta clasificación presenta:

F51. TRASTORNOS NO ORGÁNICOS DEL SUEÑO	
F51.0	Insomnio no orgánico
F51.1	Hipersomnio no orgánico
F51.2	Trastorno no orgánico del ritmo sueño/vigilia
F51.3	Sonambulismo
F51.4	Terrores nocturnos
F51.5	Pesadillas
F51.8	Otros trastornos del sueño no orgánicos
F51.9	Trastornos del sueño no orgánicos, sin especificar

Fuente: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, 1992.

Este grupo de trastornos incluye:

- *Disomnias:* Trastornos primariamente psicógenos en los que la alteración predominante consiste en la afectación de la cantidad, calidad o duración del sueño, debida a causas emocionales. Dentro de ellos se encuentran el insomnio, el hipersomnio y los trastornos del ritmo sueño/vigilia.
- *Parasomnias:* Trastornos episódicos durante el sueño, que en la infancia están relacionados por lo general con las fases del desarrollo del niño, mientras que en la madurez son fundamentalmente psicógenos. Se caracterizan por un comportamiento no habitual y/o manifestaciones patológicas. Dentro de ellos se encuentran el sonambulismo, los terrores nocturnos y las pesadillas.

20.2. Insomnio

El insomnio es una entidad nosológica específica o un síntoma que puede ser atribuido a un gran número de procesos patológicos, y que en la mayor parte de los casos es de etiología multifactorial (enfermedades somáticas, psíquicas, factores ambientales, farmacológicos, etc.).

Este término puede significar una dificultad para conciliar el sueño, o para mantenerlo, o incluso un despertar precoz, acompañados de una sensación de sueño insuficiente o no reparador con las consecuentes repercusiones sobre la vigilia diurna.

INSOMNIO
• Entidad nosológica específica o síntoma. • Frecuente etiología multifactorial. • Dificultad para conciliar o mantener el sueño o despertar precoz. • Sensación subjetiva de sueño insuficiente o no reparador. • Repercusiones sobre la vigilia diurna (laborales, sociales, etc.).

Las repercusiones que produce el insomnio sobre la vigilia del día siguiente afectan de manera importante al psiquismo del sujeto. Entre las más frecuentes se encuentran: irritabilidad, mal humor, falta de concentración, deterioro de la memoria y excesiva somnolencia diurna o, lo que es lo mismo, disminución del grado de alerta durante la vigilia. Esta disminución de la alerta produce una elevada morbi-mortalidad, tal como se ha demostrado en estudios recientes. Así, en el Reino Unido, Parson (1986) demostró que un 27% de los accidentes de tráfico se debían a trastornos del sueño. Del mismo

modo, la accidentalidad laboral se incrementa en estos pacientes y, además, se observa en ellos un descenso de la productividad.

REPERCUSIONES DEL INSOMNIO

- Irritabilidad, mal humor
- Falta de concentración
- Deterioro de la memoria
- Aumento de la somnolencia diurna

Incremento de la morbi-mortalidad:

- Accidentes de tráfico
- Accidentes laborales
- Descenso de la productividad

La Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), establece los siguientes criterios para el diagnóstico de insomnio no orgánico:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CIE-10 PARA EL INSOMNIO NO ORGÁNICO

- Quejas acerca de dificultad para conciliar el sueño o para mantenerlo o sobre una mala calidad del mismo.
- Dicha manifestación se ha presentado por lo menos tres veces a la semana durante al menos un mes.
- Preocupación excesiva, tanto durante el día como durante la noche, sobre el hecho de no dormir y sobre sus consecuencias.
- La cantidad o calidad no satisfactorias del sueño causa un malestar general o interfiere en las funciones sociales y ocupaciones del enfermo.

20.2.1 Prevolencia del insomnio

De todos los trastornos del sueño el más prevalente es, sin duda alguna, el

insomnio. De hecho, se puede afirmar que la práctica totalidad de los seres humanos ha experimentado insomnio en algún momento de su vida.

Un tercio de la población mundial padece insomnio, del cual el 50% lo padecen de forma crónica. Este problema es más prevalente entre los ancianos, las mujeres, sujetos con un *status* socioeconómico bajo y sujetos con trastornos psicológicos.

FACTORES DE RIESGO EN EL INSOMNIO
• Edad avanzada • Sexo femenino • *Status* socioeconómico bajo • Presencia de trastornos psicológicos

20.2.2. Clasificación del insomnio

Existen varias clasificaciones del insomnio en función de que se analice su naturaleza, su causalidad o su duración. El criterio de duración es el más útil a la hora de evaluar, cuidar y tratar este síntoma (cuadro 20.1).

CUADRO 20.1
Clasificaciones del insomnio

	TIPOS DE INSOMNIO
SEGÚN SU NATURALEZA	• *Conciliación:* dificultad para conciliar el sueño.
	• *Mantenimiento:* dificultad para mantener el sueño, es decir, irrupciones de períodos de vigilia durante el sueño.
	• *Despertar precoz:* último despertar antes de lo deseado.
SEGÚN SU CAUSALIDAD	• *Factores intrínsecos:* originados o desarrollados dentro del organismo; como insomnio psicofisiológico, insomnio idiopático, síndrome de apnea del sueño, narcolepsia, etc.

	• *Factores extrínsecos:* higiene inadecuada del sueño, consumo de estimulantes, alcohol, ruido ambiental, altitud, etc.
	• *Trastornos médicos y/o psiquiátricos:* enfermedad pulmonar obstructiva crónica, reflujo gastroesofági-co, artrosis, ansiedad, depresión, etc.
SEGÚN SU DURACIÓN	• *Transitorio:* duración inferior a 1 semana.
	• De *corta duración:* de 1 a 3 semanas.
	• *Crónico:* más de 3 semanas.

20.3. Excesiva somnolencia diurna

La somnolencia es una experiencia normal al final del día, así como después de un período de vigilia prolongada. Un grado moderado de somnolencia se hace patente durante situaciones pasivas como ver la televisión, leer o viajar. En un grado más severo, el paciente puede tener dificultad para permanecer despierto durante situaciones activas tales como comer o conversar.

Se considera la somnolencia como excesiva y como indicación de trastorno de sueño cuando ocurre en momentos no deseados o inapropiados, como en el trabajo, conduciendo, y durante actividades sociales. Además, la somnolencia no desaparece tras aumentar el tiempo de sueño nocturno.

En la mayoría de los casos esta somnolencia diurna es percibida rápidamente por el paciente, pero en otras ocasiones puede no ser reconocida como algo fuera de lo normal, e incluso puede afectar al rendimiento cognitivo y a la actividad motora.

Los pacientes duermen excesivamente durante el día, no pueden evitar hacer siestas, y presentan dificultades para estar totalmente despiertos.

Las causas más frecuentes de excesiva somnolencia son;

Síndrome de apnea del sueño	60 %
Narcolepsia	25 %
Hipersomnias	6 %

20.3.1. Síndrome de apnea del sueño

Este síndrome se caracteriza por la aparición durante el sueño de apneas: cese total de flujo de aire por nariz y boca durante un mínimo de tiempo de 10 sg (Guilleminault y cols., 1972) o hipoapneas: ceses parciales. Para su diagnóstico se requieren como mínimo 10 apneas o hipoapneas por hora de sueño. Como consecuencia de estos alteraciones respiratorias, el sujeto presenta un sueño nocturno alterado con múltiples despertares, y una excesiva somnolencia diurna.

Existe una cierta predisposición familiar a padecer este trastorno, que aparece con mayor frecuencia en aquellos sujetos con antecedentes de grandes roncadores. Epidemiológicamente se caracteriza por ser mucho más frecuente entre los varones (5-10 veces más frecuente), en la edad media de la vida (de los 40 a 60 años) y en los sujetos obesos.

Entre la sintomatología cabe destacar la presencia en la totalidad de los casos de ronquidos muy intensos que preceden a las apneas. Además, estos pacientes suelen presentar sensación de cansancio, disminución de la concentración, pérdida de memoria, disminución de la líbido e hipertensión arterial. Como consecuencia de la hipertensión arterial, los sujetos pueden desarrollar una hipertensión pulmonar que les conduzca a un fallo cardíaco. De hecho, las muertes súbitas durante el sueño se deben en gran parte a este síndrome.

20.3.2. Narcolepsia

En 1880 Gélineau utiliza el término *narcolepsia* para referirse a una situación caracterizada por la presencia de episodios de sueño irresistibles, de corta duración y que se repiten en cortos intervalos de tiempo.

En la actualidad la narcolepsia se considera un síndrome de etiología desconocida, caracterizado por tendencias de sueño anormales, incluyendo excesiva somnolencia diurna y anormalidades del sueño MOR: inicio del sueño en sueño MOR, cataplejia y parálisis del sueño.

NARCOLEPSIA
• Etiología desconocida • Inicio en adolescencia; ligeramente más frecuente en varones • Tétrada sintomatológica: – Excesiva somnolencia diurna, episodios irresistibles de sueño

– Cataplejia
– Parálisis del sueño
– Alucinaciones hipnagógicas

} Menos frecuentemente

La *excesiva somnolencia diurna y los episodios irresistibles de sueño* habitualmente son los primeros síntomas, Los episodios de sueño ocurren varias veces al día, no sólo en circunstancias favorables (tras una comida fuerte,' actividad monótona, etc.) sino también cuando el sujeto está realizando alguna tarea. La duración del episodio varía de unos pocos minutos hasta una hora o más, despertándose el sujeto habitualmente despejado.

La *cataplejia* es una pérdida súbita y reversible del tono muscular, que puede afectar a todo el organismo o a grupos musculares aislados. Suele desencadenarse por una emoción intensa como risa, terror, sorpresa, etc.

La *parálisis de sueño* es una experiencia deagradable que sucede cuando el sujeto se duerme o se despierta. Consiste en la sensación de no poder mover las extremidades, abrir los ojos, hablar e incluso respirar profundamente, siendo totalmente consciente de la situación y capaz de recordarlo posteriormente. El paciente puede experimentar una ansiedad extrema asociada al miedo a morir.

Las *alucinaciones hipnagógicas* se producen en la transición de la vigilia al sueño. Suelen ser visuales, habitualmente formas simples (círculos de colores, etc.) o auditivas (desde una serie de sonidos hasta una melodía), siendo infrecuentes las alucinaciones de otros sentidos.

20.3.3. Hipersomnias

Las hipersomnias constituyen un grupo de trastornos que se caracterizan por presentar:

- Excesiva somnolencia diurna, en momentos inapropiados y más o menos reprimible.
- Sueño nocturno normal o fragmentado.

Del mismo modo que en el insomnio, existen distintas clasificaciones de las hipersomnias, siendo una de las más vigentes en la actualidad la clasificación de estos trastornos en función de su curso y etiopatogenia (cuadro 20.2).

CUADRO 20.2

Hipersomnios según su curso y etiopotogenia

	CONTINUAS	PERIÓDICAS
PSÍQUICAS	• Trastornos afectivos • Trastornos neuróticos	• Trastornos afectivos • Trastornos neuróticos
ORGÁNICAS	• Sistema nervioso central • Enfermedades sistémicas • Tóxicos • Apnea del sueño	• Sistema nervioso central • Enfermedades sistémicas • Tóxicos • Apnea del sueño
ORIGEN ORGÁNICO DESCONOCIDO	• Idiopática	• Kleine-Levin • Menstrual • Monosintomática

Fuente: ESPINAR, J., "SOMNOLENCIA E HIPERSOMNIA", EN *II Reunión Científica de la Asociación Ibérica de Patología del Sueño*. PALMA DE MALLORCA, 1993.

20.4. Sonambulismo

El sonambulismo es una parasomnia caracterizada por la aparición de una conducta automática durante el sueño lento o profundo (estadios 3 y 4 del sueño NREM).

Esta conducta automática varía desde actos simples estereotipados (estirar la ropa de la cama), pasando por otros de mayor complejidad (deambulación por la habitación), hasta los más complejos (abrir una cerradura), que son más infrecuentes. El sujeto puede hablar o contestar con monosílabos a una pregunta, parasomnia conocida como *somniloquio*, que aparece frecuentemente asociada al sonambulismo.

La duración de un episodio de sonambulismo es variable, pero en la mayoría de los casos no sobrepasa unos minutos. Aparece al inicio del sueño (en el primer tercio de la noche), y si el sujeto se despierta durante el episodio no no recuerda nada de lo que ha hecho y se muestra extrañado al ver donde se encuentra. Si el sujeto no se despierta, al día siguiente no se acuerda absolutamente de nada.

Puede presentarse en la infancia, en cuyo caso carece de importancia, ya que generalmente las parasomnias en esta etapa de la vida estan relacionadas con las fases de desarrollo del niño. Esta forma suele desaparecer espontáneamente en la pubertad.

La segunda forma de presentación es más rara, se caracteriza por un inicio más tardío y suele estar ligado a algún acontecimiento vital. Persiste en la vida adulta y suele existir algún tipo de trastorno psiquiátrico, sobre todo trastornos de la personalidad.

20.5. Terrores nocturnos

Se trata de una parasomnia caracterizada por la aparición de crisis de angustia durante el sueño profundo (ondas lentas). Son típicos los fenómenos comporta-mentales y neurovegetativos, y en menor grado el contenido ansioso.

Clínicamente el terror nocturno comienza con un grito o una serie de gritos que evocan un pánico intenso. Estos gritos se acompañan a menudo de movimientos o agitaciones violentas que pueden generar lesiones. Se producen descargas neurovegetativas masivas con taquicardia, respiración acelerada, sudoración y dilatación pupilar.

Los sujetos tienen una consciencia muy variable del episodio que va desde la amnesia total, al recuerdo impreciso de gritos, agitación y una sensación vaga de angustia. Una vez finalizado el episodio el sujeto se duerme de nuevo con una gran rapidez. Los episodios duran de uno a tres minutos y aparecen al inicio de la noche (aproximadamente una hora después de haberse dormido). A la mañana siguiente la amnesia es completa. Pueden presentarse asociados al sonambulismo y a la enuresis nocturna.

Se estima que un 3% de los niños están predispuestos a padecer terrores nocturnos, aunque formas menores son bastante más frecuentes. Suelen desaparecer en la adolescencia y carecen de importancia. Por el contrario, su aparición en la edad adulta suele ir acompañada de alteraciones en el patrón de personalidad de los sujetos.

20.6. Pesadillas

Las pesadillas son sueños angustiosos que se producen durante el sueño MOR o paradójico. Aparecen en cualquier momento, pero sobre todo en la segunda mitad de la noche. El sujeto guarda un recuerdo preciso y rico en detalles. Se despierta con una sensación de miedo intensa y tiene miedo a dormirse de nuevo y a caer en el mismo sueño otra vez. Las pesadillas se acompañan de manifestaciones neurovegetativas pero mucho menos intensas que en el caso de los terrores nocturnos.

Esquemáticamente se puede decir que los terrores nocturnos son mucho más espectaculares para el entorno que para el propio sujeto, mientras que las pesadillas son intensamente vivenciadas por el sujeto y poco aparentes para el entorno.

La mayoría de la gente ha experimentado pesadillas en su infancia-adolescencia. Estas pesadillas suelen estar ligadas a experiencias de la vigilia, mientras que en la edad adulta aparecen independientemente de cualquier relación con la vigilia.

20.7. Enuresis nocturna

La enuresis nocturna es una parasomnia caracterizada por la emisión involuntaria de orina durante el sueño nocturno, en un niño o adulto normalmente continente durante la vigilia.

Hasta la edad de dos o tres años, momento en el que se instala el control supraespinal (maduración cerebral) sobre la vejiga, la enuresis nocturna es fisiológica y constante. La adquisición del control de la vejiga es un poco más tardío en el niño que en la niña, y por ello en la práctica no se habla de enuresis nocturna hasta la edad de cinco años en la niña y de seis a diez años en el niño.

Existen dos formas clínicas de presentación:

- *Enuresis primaria:* Constituye la forma más frecuente de presentación. El niño nunca ha tenido control sobre la vejiga, nunca ha estado seco durante la noche más de un mes. Se considera más ligada a un proceso de inmadurez del sistema nervioso central.
- *Enuresis secundaria:* La enuresis reaparece después de un período más o menos largo de adecuado control miccional. Este tipo de enuresis se relaciona más con situaciones desencadenantes, tales como situación conflictiva familiar, escolar, etc. En ambos tipos debe descartarse una patología orgánica concreta responsable, si bien se trata de una posibilidad muy infrecuente.

La enuresis se presenta más frecuentemente en los niños que en las niñas, y su evolución suele ser espontáneamente favorable tendiendo a desaparecer en la pubertad.

20.8. Proceso de atención de enfermería

El papel del profesional de enfermería en los trastornos del sueño y, de manera más importante debido a su elevada prevalencia, en el insomnio debe ir encaminado a la realización de:

1. Evaluación del ritmo sueño/vigilia del sujeto.
2. Elaboración de un diagnóstico de enfermería.
3. Intervención más o menos específica sobre el problema de sueño identificado.
4. Evaluación del proceso de enfermería.

20.8.1. Evaluación del ritmo sueño/vigilia

En la actualidad existen dos métodos de aproximación al ritmo sueño/vigilia de un individuo:

a) *Métodos subjetivos*, basados en los autoinformes de los sujetos y en la observación por parte del profesional sanitario.
b) *Métodos objetivos electrofisiológicos* (EEG, cartografía cerebral) con registro poligráfico en el laboratorio, en los cuales la información eléctrica cerebral recogida es procesada y computarizada, lo que permite su comparación con una población normativa.

En el cuadro 20.3 se exponen de forma sintética las diferentes técnicas de observación del ritmo sueño/vigilia.

CUADRO 20.3
Técnicas de evaluación

SUBJETIVAS	OBJETIVAS
• Autoinformes:	• Polisomnografía
– Historia de sueño	• Test de latencias múltiples del sueño
– Agenda de sueño	
– Escalas de valoración de excesiva somnolencia diurna	
• Técnicas observacionales	

El personal de enfermería no suele tener acceso a los métodos electrofisiológi-cos cuando trata de evaluar el sueño de un paciente, por lo que se expondrán más exhaustivamente los métodos de evaluación subjetivos.

A) Métodos subjetivos

Con estas técnicas la información recogida es referida por el propio sujeto o proviene de la observación de la conducta del sujeto mientras duerme, por lo que puede estar condicionada por múltiples factores.

AUTOINFORMES

La información sobre el ritmo sueño/vigilia de un sujeto puede obtenerse con unas cuantas preguntas sencillas del tipo "¿Qué tal ha dormido?", "¿Tiene dificultades para dormirse?", etc. Sin embargo, estas preguntas genéricas suelen dar lugar a una infravaloración de los problemas del sueño por parte de los sujetos, por lo que se aconseja la utilización de entrevistas semiestructuradas (historia de sueño, agenda de sueño) que evalúan el ritmo sueño/vigilia de una forma más específica.

Historia de sueño

Debe contener información sobre:

- Patrón de sueño (latencia del sueño, despertares nocturnos, horas de sueño, horas en cama, etc.), tanto diurno como nocturno.
- Presencia de alteraciones de tipo parasómnico (sonambulismo, pesadillas, terrores nocturnos, etc.) u orgánico (ronquidos, mioclonias, etc.).
- Repercusiones que pudiera haber sobre la vigilia (fatiga, somnolencia, etc.).
- Presencia de enfermedades concurrentes (especialmente aquellas que cursan con dolor, prostatismos, reflujo gastroesofágico, etc.).
- Historia farmacológica del insomnio: consumo de estimulantes del sistema nervioso central (café, té, anfetaminas, etc.), consumo de depresores del sistema nervioso central (alcohol), tabaquismo, tratamientos farmacológicos (especialmente broncodilatadores, corticoides, β-bloqueantes, etc.).
- Utilización de soportes para el sueño (psicofármacos, técnicas de relajación, técnicas cognitivas, medicina natural, etc.).

Agenda de sueño

El paciente va registrando día a día los períodos de sueño que tiene a lo largo de las 24 horas, reflejando el tiempo que tarda en dormirse, los despertares que experimenta y duración de los mismos, y cualquier suceso que sea de interés.

Escalas de valoración de excesiva somnolencia diurna

Entre estas escalas destacan por la universalidad de su uso la escala de Stand-ford: "Standford Sleepiness Scale" (Hoddes y cols., 1973), y la de Melbourne: "Epworth Sleepiness Scale" Johns, 1991).

La "Epworth Sleepiness Scale" ha sido diseñada para valorar de una forma estandarizada la propensión de un sujeto a quedarse medio dormido. Para ello, los propios sujetos han de valorar su propensión a dormitar en 8 situaciones concretas (unas más soporíferas que otras), utilizando una escala que va desde 0 (nunca) a 3 (elevada probabilidad de dormitar). Las situaciones que se valoran son las siguientes:

- Sentado y leyendo.
- Viendo la televisión.
- Sentado, inactivo en un sitio público (teatro, reunión, etc.).
- Como pasajero en un coche durante al menos una hora seguida.
- Tumbado descansando después de la comida.
- Sentado y hablando con alguien.
- Sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol.
- En el coche, mientras está parado durante unos minutos a causa del tráfico.

Estas técnicas son realizadas a menudo por el personal de enfermería, y consisten en observar al paciente durante su tiempo de sueño para identificar conductas específicas que indiquen que el sujeto está dormido.

CONDUCTAS INDICADORAS DE SUEÑO

- Postura recostada relajada
- Ojos cerrados
- Respiración lenta y rítmica

Las observaciones se realizan cada 30-60 minutos, y en ocasiones el profesional de enfermería puede pedir al paciente que hable o levante una mano si está despierto. Si el paciente se mueve es importante diferenciar entre un movimiento intencionado y movimientos involuntarios asociados al sueño MOR. Movimientos más amplios, que pueden estar asociados a cambios de estadíos del sueño, requieren un periodo de observación mayor para ver si la respiración y la postura indican que el sueño se continúa.

B) Métodos objetivos electrofisiológicos

Los métodos objetivos de exploración han de realizase en el laboratorio de sueño y requieren la preparación del sujeto para ellos. Esta preparación consiste fundamentalmente en la habituación del sujeto al nuevo ambiente (laboratorio y electrodos) en que ha de dormir, por lo que los datos de la primera noche de sueño en el laboratorio se desprecian.

Las técnicas más utilizadas son la polisomnografia y el test de latencias múltiples del sueño.

POLISOMNOGRAFÍA

Consiste en la observación y el estudio del sueño del paciente mediante el registro nocturno de las siguientes variables biológicas:

- Actividad cerebral (electroencefalograma, EEG).
- Movimientos oculares (electrooculograma, EOG).
- Actividad muscular (electromiograma, EMG, submentoniano y tibial anterior).
- Actividad respiratoria (naso-bucal, toraco-abdominal).
- Actividad cardíaca (electrocardiograma, ECG).

Con ello se obtienen una serie de parámetros objetivos, como son la latencia del sueño (tiempo que tarda en dormirse el sujeto), número y duración de los despertares, tiempo total de sueño (número de horas que el sujeto ha dormido una vez descontados los despertares), la eficiencia del sueño (número de horas de sueño por número de horas en cama), así como la latencia de sueño MOR y las proporciones de los distintos estadios

del sueño lento y de sueño MOR a lo largo de la noche.

TEST DE LATENCIAS MÚLTIPLES DEL SUEÑO (MSLT)

Determina el grado de somnolencia de un individuo de manera objetiva. Para ello se mide el tiempo que tarda una persona en quedarse dormida durante el día.

La técnica consiste en que una vez asegurado que el sujeto ha dormido perfectamente la noche anterior, se le prepara para registrar el sueño y se le pide que intente dormir. Si concilia el sueño se mide el tiempo que ha tardado en conciliarlo (latencia de sueño) y se le despierta antes de transcurridos 10 minutos. Esta operación se repite cada dos horas a lo largo del día.

Con ello se obtiene el tiempo medio que el sujeto tarda en dormirse a lo largo del día, pudiendo así determinar su grado de somnolencia.

20.8.2. Diágnóstico de enfermería

La North American Nursing Diagnosis Association en su V Conferencia Nacional refiere entre los diagnósticos de enfermería aprobados (NANDA, 1984) el del trastorno de los patrones de sueño, que define como "alteración del tiempo de sueño que produce malestar en el paciente o interfiere en su modo de vida deseado".

El diagnóstico de enfermería debe incluir:

- El patrón específico de alteración del sueño del sujeto (inicio y/o mantenimiento).
- Una relación de los factores que influyen o contribuyen a la aparición de dicho trastorno.

Para ello el personal de enfermería debe:

- Escuchar cuidadosamente las quejas de sueño que el paciente refiere para obtener la historia del patrón de sueño habitual del paciente, así como el inicio del problema.
- Una vez que se ha identificado el inicio del insomnio:
  - Revisar los factores ambientales que dificultan el sueño (luz, ruido, temperatura, etc.).
  - Ayudar al paciente a identificar experiencias subjetivas que pueden interferir en el sueño (preocupaciones, temores, ansiedad, etc.).
  - Realizar una historia médica con el fin de descartar una posible causa somática.
  - Realizar una historia farmacológica del sujeto, tanto fármacos prescritos como no, alcohol, café, tabaco, etc. para identificar

posibles efectos farmacológicos.

– Ayudar al paciente a identificar actividades diurnas que interfieren en el sueño nocturno (siestas, ejercicio a horas desaconsejadas, etc.).

• La información obtenida a través de estas evaluaciones permitirá establecer las necesidades de intervención sobre el problema específico del sujeto.

20.5.3. *Intervenciones de enfermería*

Si bien existen determinadas actividades y factores ambientales que interfieren en la consecución de un buen sueño, existen otras muchas que lo facilitan.

El personal de enfermería debe identificar las conductas y factores perjudiciales y animar al paciente a que las elimine, así como potenciar el ejercicio de las conductas y factores facilitadores. En definitiva, deben cuidarse durante la vigilia las actividades conducentes al mantenimiento de un ritmo regular sueño/vigilia, y no esperar a la noche para intervenir sobre estas disfunciones.

A) Medidas de higiene del sueño

Conocer las normas de conducta que facilitan la conciliación y el mantenimiento del sueño, favoreciendo el proceso fisiológico, constituye un objetivo irrenunciable para la población general y para todo el personal sanitario.

Estos conocimientos constituyen la base de la higiene del sueño, que debe ser la primera medida general que ha de aplicarse siempre que un paciente presente dificultades con su conducta de sueño, independientemente que de forma simultánea se programen otras intervenciones específicas.

MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO
1. Mantener horarios regulares, tanto para acostarse como para levantarse. Así se refuerza el ritmo circadiano de sueño/vigilia. 2. Dormir sólo lo necesario para encontrarse descansado y despejado el día siguiente. 3. Efectuar ejercicio moderado y continuado durante el día. 4. No ir a la cama con hambre. La ingesta de una pequeña cantidad de alimento, como un vaso de leche tibia, ayuda a muchas personas a dormir tranquilamente. 5. Procurar que la temperatura de la habitación sea fresca y agradable. Las temperaturas extremas dificultan el sueño. 6. Procurar que el dormitorio sea tranquilo y sin exceso de luz. Los ruidos fuertes, ocasionales alteran el sueño.

MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO

7. Evitar la ingesta de café, té, colas o cualquier estimulante del sistema nervioso central, sobre todo desde 6 horas antes de acostarse.
8. Evitar el exceso de alcohol. El alcohol produce somnolencia pero da lugar a un sueño fragmentario.
9. No esforzarse demasiado en intentar dormir. Si no se duerme, levantarse y realizar alguna actividad relajante hasta que se sienta sueño de nuevo.
10. Emplear los hipnóticos tan sólo de modo ocasional. El empleo fortuito de hipnóticos está justificado para resolver un problema agudo, pero debe evitarse su uso continuado.
11. Acudir directamente al médico de familia o al especialista en psiquiatría en cuanto exista sensación subjetiva de alteración del ritmo sueño/vigilia.
12. Cumplir, lo más exactamente posible, las indicaciones y prescripciones médicas, tanto psicológicas como psicofarmacológicas.

B) Acortamiento de la latencia del sueño

El objetivo es ir acortando progresivamente el tiempo que tarda en dormirse el sujeto hasta alcanzar una latencia del sueño de 20 minutos o menos. Con estos propósitos se ha de intentar:

- Acomodar el período de sueño al tiempo usual para dormir.
- Establecer y desarrollar unas rutinas previas al sueño.
- Proveer un ambiente tranquilo y confortable.
- Animar al paciente a que limite la ingesta de cafeína, alcohol y nicotina en las primeras horas del día.
- Proveer los medios para que el paciente haga frente a la ansiedad y las preocupaciones durante el día.

C) Disminución del número de despertares nocturnos

El objetivo se habrá cumplido cuando el paciente refiera pocos despertares, que ha dormido profundamente y se encuentra descansado al día siguiente. Por tanto, es necesario cuidar los siguientes aspectos:

- Que el ambiente se mantenga tranquilo.
- Si el paciente se encuentra hospitalizado, minimizar y agrupar las intervenciones necesarias.

- Animar al paciente a continuar limitando el consumo de café, alcohol y tabaco en las primeras horas del día.

20.8.4. Evaluación del proceso de enfermería

A la hora de evaluar hasta qué punto las intervenciones realizadas han sido eficaces, los profesionales de enfermería deben tener en cuenta, no sólo los parámetros del patrón nocturno de sueño, sino también el grado se satisfacción con la conducta de sueño reportado por el sujeto y el grado de alerta y funcionalidad conseguidos al día siguiente.

20.9. Tratamiento de los trastornos del sueño

El tratamiento de los trastornos del ritmo sueño/vigilia ha de ser siempre comprensivo y, por tanto, deberá basarse en medidas de higiene de sueño, medidas psicológicas y psicofarmacológicas.

20.9.1. Intervenciones psicofarmacológicas

Se entiende por farmacología del insomnio o sustancias hipnóticas aquellas sustancias que presentan capacidad para inducir, mantener y alargar el tiempo de sueño.

Los hipnóticos pueden ser clasificados en función del tiempo de su aparición en el mercado farmacéutico como pertenecientes a tres generaciones:

- *Primera generación*. No utilizados ya en la actualidad. Entre ellos figuran los barbitúricos, el hidrato de doral, la metacualona y la glutetimida.
- *Segunda generación*. Están integrados fundamentalmente por los diferentes grupos de benzodiacepinas: de vida media corta y de vida media larga (cuadro 20.4).

CUADRO 20.4
Hipnóticos benzodiacepínicos

NOMBRE FARMACOLÓGICO	NOMBRE COMERCIAL	VIDA MEDIA APROXIMADA
Brotizolam	Sintonal*	Corta: 3-6 hs
Midazolam	Dormicun*	Corta: 1-3 hs
Triazolam	Halción*	Corta: 2-5 hs
	Novodorm*	
Diazepam	Valium*	Larga: 30 hs
Flunitrazepam	Rohipnol*	Larga: 20-30 hs
Lormetazepam	Loramet*	Larga: 10-15 hs
	Noctamid*	
Loprazolam	Somnovit*	Larga: 8-12 hs
Nitrazepam	Mogadón*	Larga: 15-30 hs
Quazepam	Quiedorm*	Larga: 27-41 hs

- *Tercera generación*. Los constituyen las nuevas familias ciclopirrolidonas: zopiclona (Limován*), e imidazopiridinas: zolpidem (Stilnox*, Cedrol*).

A la hora de elegir un hipnótico, habitualmente se tiene en cuenta, además del tipo de insomnio, las necesidades individuales del paciente, sobre todo el grado de alerta necesario al día siguiente, así como las propiedades farmacológicas específicas de cada sustancia.

En aquellos pacientes cuyo principal problema es una dificultad para conciliar el sueño, el hipnótico más indicado habrá de tener acción rápida y tiempo de acción (vida media) corto.

En los pacientes en los que las quejas más importantes sean los despertares nocturnos frecuentes o el despertar precoz ha de elegirse un hipnótico de efectos más duraderos, teniendo presente la posibilidad de repercusiones al día siguiente (cuadro 20.5).

CUADRO 20.5
Indicaciones de los distintos hipnóticos

INSOMNIO DE CONCILIACIÓN	INSOMNIO DE MANTENIMIENTO/DESPERTAR PRECOZ
Acción corta	Acción larga
Brotizolam *(Sintonal)*	Flunitrazepam *(Rohipnol)*
Mldazolam *(Dormicun)*	Lormetazepam *(Loramet, Noctamid)*
Triazolam *(Halción)*	Nitrazepam *(Mogadón)*

Zolpidem *(Stilnox, Cedrol)*	Quazepam *(Quiedorm)*
	Zopiclona *(Limován)*

Si el insomnio está asociado a un problema de ansiedad es preferible el empleo de sustancias cuyo efecto perdure al día siguiente, es decir, se utilizarán moléculas con actividad hipnótica y con actividad ansiolítica al día siguiente.

Además de los fármacos hipnóticos existen otros grupos de fármacos específicos para el tratamiento de enfermedades que causan insomnio secundario; tal es el caso de los antidepresivos y neurolépticos, que están indicados para el tratamiento del insomnio de los pacientes depresivos y de los pacientes psicóticos-psi-coorgánicos.

En el caso de los pacientes geriátricos hay que tener en cuenta que todos los medicamentos han de ser utilizados con gran precaución, debido a los cambios existentes en el metabolismo del anciano y a la polifarmacia a la que frecuentemente están sometidos.

En el caso concreto de los hipnóticos, se recomienda especial precaución con aquellas moléculas que tardan más tiempo en ser eliminadas del organismo y que, por tanto, presentan mayor riesgo de acumulación y de afectación de la capacidad psicomotora del anciano.

A pesar de que los hipnóticos actualmente pueden ser considerados como sustancias blancas o con escasos efectos secundarios, es necesario tener presente cuáles son éstos (cuadro 20.6).

CUADRO 20.6
Efectos adversos de los hipnóticos

EFECTOS	BDZ Corta	BDZ Larga	Zopiclona	Zolpidem
Tolerancia	++	+	–	–
Dependencia psicológica	+	–	–	–
Dependencia física	++	+	–	–
Repercusión psicomotora	+	++	–	–
Amnesia anterógrada	++	+	–	–
Insomnio rebote	++	+	–	–
Letalidad	–	–	–	–
Gusto metálico	–	–	+++	–
Sequedad boca	–	–	++	–
Náuseas	–	–	–	++
Cefaleas	–	–	+	+
Somnolencia/Astenia	–	++	+	++
Aturdimiento	–	+	-	++

Fuente: **Bobes, J. (edit.),** ***No te rindas ante… Los trastornos del sueño.*** **Rialp. Madrid, 1992.**

Desafortunadamente, a pesar de su excelente tolerancia general, existen algunos casos o situaciones de uso contraindicado, como se desprende del cuadro 20.7.

CUADRO 20.7
Contraindicaciones de los hipnóticos

	• Pseudoinsomnio y personas que precisan dormir poco.
ABSOLUTAS	• Primer trimestre de embarazo y período de lactancia.
	• Existencia de riesgo de conductas autolíticas y/o dependencia.
	• Afectación de ciertos sistemas del organismo (insuficiencia hepática, respiratoria, renal, etc.).
RELATIVAS	• Distrofias musculares.
	• Miastenia gravis.

*Fuente: Bobes, J. (edit.), No te rindas ante …*Los trastornos del Sueño. Rialp. Madrid, 1992.

20.9.2. Intervenciones psicológicos

Desde la perspectiva psicológica existen dos tipos preferentes de intervenciones en el manejo del insomnio:

	• Medidas de higiene del sueño
	• Control de estímulos
	• Técnicas de relajación:
INTERVENCIONES CONDUCTUALES	– Relajación muscular progresiva
	– Biofeedback
	– Entrenamiento autógeno
	• Cronoterapia
INTERVENCIONES	• Reestructuración cognitiva
COGNITIVAS	• Intención paradójica

A) Control de estímulos

En 1972 Bootzin propone la utilización de esta técnica en el tratamiento del insomnio.

Según el modelo de control de estímulos, en el paciente insomne las propiedades estimulares del dormitorio se han convertido en señales para estar despierto en vez de incitar al sueño, por lo que el tratamiento debería ir encaminado a rees-tablecer la función del dormitorio como estímulo discriminativo para dormir.

Con esta técnica el paciente aprende a asociar la cama, el dormitorio y la hora de dormir con estados mentales y físicos que llevan a obtener la conducta de sueño. A continuación, en forma resumida, se señalan las reglas de aplicación de esta técnica.

CONTROL DE ESTÍMULOS

1. Acostarse con intención de dormir sólo cuando se tiene sueño,
2. Utilizar la habitación y la cama sólo para dormir. No leer, ver la televisión, escuchar la radio, preocuparse, etc. en la cama. La única excepción es la actividad sexual.
3. Si no se logra dormir rápidamente (en unos 10 minutos), levantarse de la cama, ir a otra habitación y realizar una actividad relajante. Volver a acostarse únicamente cuando se sienta sueño de nuevo.
4. Si no se logra dormir, repetir la regla 3 tantas veces como sea preciso. Del mismo modo, repetirla si se despierta y no se vuelve a dormir rápidamente.
5. Despertarse y levantarse todos los días a una hora fija con despertador, independientemente del número de horas de sueño conseguidas por la noche.
6. No dormir durante el día (ni después de las comidas ni al anochecer).

B) Técnicas de relajación

Estas técnicas procuran facilitar la relajación muscular y disminuir la activación vegetativa antes del sueño.

RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

Desarrollada inicialmente por Jacobson en 1929, esta técnica presenta en la actualidad diferentes versiones abreviadas.

Intenta llamar la atención del sujeto sobre las sensaciones producidas por la contracción de grupos musculares y por la relajación progresiva de los mismos.

Consta de una serie de pasos secuenciales que consisten fundamentalmente en que el sujeto vaya contrayendo y relajando las distintas zonas del cuerpo, empezando por las manos y brazos y terminando por los pies y piernas (cuadro 20.8).

CUADRO 20.8
Resumen de una sesión de relajación progresiva

GRUPO MUSCULAR	INSTRUCCIONES
Mano/antebrazo dominante Bíceps dominante Mano/antebrazo no dominante	1. Centrar la atención sobre el grupo muscular.
Frente, mejillas y nariz Mandíbulas.	2. Tensar el grupo muscular siguiendo la orden.
Cuello y garganta Pecho, hombros y espalda Región estómaco-abdominal	3. Mantener la tensión en un nivel constante durante 5-7 sg.
Muslo dominante Pantorrilla dominante Pie dominante	4. Relajar el grupo muscular siguiendo la orden.
Muslo no dominante Pantorrilla no dominante Pie no dominante	5. Mantener centrada la atención en el grupo muscular relajado.

Las sesiones duran aproximadamente 20 minutos, debiendo el paciente practicar en casa al menos una vez al día, preferiblemente a la hora de irse a la cama.

Más que como un tratamiento a corto plazo de su insomnio, el paciente debe considerar estos ejercicios como un estilo de vida.

BIOFEEDBACK

En el caso del insomnio, con esta técnica se pretende que el paciente aprenda a

conocer y controlar su tensión muscular, utilizando para ello el *biofeedback electromiográfico*, que informa al paciente del grado de relajación que presentan sus músculos.

Consiste en pedir al paciente que trate de relajar sus músculos y él mismo; gracias al electromiograma, ve gráficamente en una pantalla o escucha el grado de relajación conseguido.

ENTRENAMIENTO AUTÓGENO

Si bien su principal mecanismo de acción es cognitivo, ya que disminuye el arousal cognitivo, en la actualidad se prefiere englobarlo dentro de las técnicas de relajación.

Descrito por Schultz y Luthe en 1959, consiste en hacer repetir al sujeto frases simples y estándares referentes a experiencias de calor y pesadez en las extremidades. El sujeto logra enseñar a su cuerpo a alcanzar un estado de bajo arousal fisiológico y aprende las sensaciones asociadas a ese estado.

C) Reestructuración cognitiva

Con esta técnica se intenta modificar directamente las creencias y pensamientos específicos que al parecer median las respuestas desadaptativas conductuales y físico-emocionales.

En el caso del insomnio, se propone corregir las concepciones erróneas del paciente sobre el sueño y reemplazar los pensamientos negativos acerca del insomnio.

D) Intención paradójica

El sueño es fundamentalmente un proceso psicofisiológico involuntario, por lo que intentos para conciliarlo en un momento concreto producen una activación del sistema nervioso autónomo, que conducirá a una inhibición de la relajación y del inicio del sueño.

El reconocimiento por parte del sujeto insomne de su activación le produce un estado de ansiedad debido a su estado *per se*, a su incapacidad para conseguir el sueño y a las posibles repercusiones sobre la vigilia del día siguiente. Todo ello genera el siguiente círculo vicioso:

Con la intención paradójica se destruiría el círculo vicioso, al impedir la aparición de la ansiedad que surge cuando el paciente intenta controlar él directamente el sueño. Esta técnica consiste en pedir al paciente que intente permanecer despierto tanto como le sea posible, y en ausencia del esfuerzo para obtener el sueño, el sujeto se dormirá naturalmente.

En los cuadros 20.9 y 20.10 se exponen los objetivos e indicaciones de las principales intervenciones psicológicas utilizadas en el manejo del insomnio.

CUADRO 20.9

Objetivos de las intervenciones psicológicas en el insomnio

INTERVENCIÓN	OBJETIVO
• TÉCNICAS DE RELAJACIÓN	• Facilitar la relajación muscular.
	• Disminuir la activación vegetativa antes del sueño.
• CONTROL DE ESTÍMULOS	• Maximizar la asociación entre acudir al dormitorio e iniciar el sueño.
• REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	• Corregir las concepciones erróneas que tenga el paciente sobre el sueño.
	• Reemplazar los pensamientos negativos sobre el insomnio.

Fuente: BOBES, J. (EDIT.), *Calidad de vida y sueño*. MENARINI ÁREA CIENTÍFICA. BARCELONA, 1992.

CUADRO 20.10

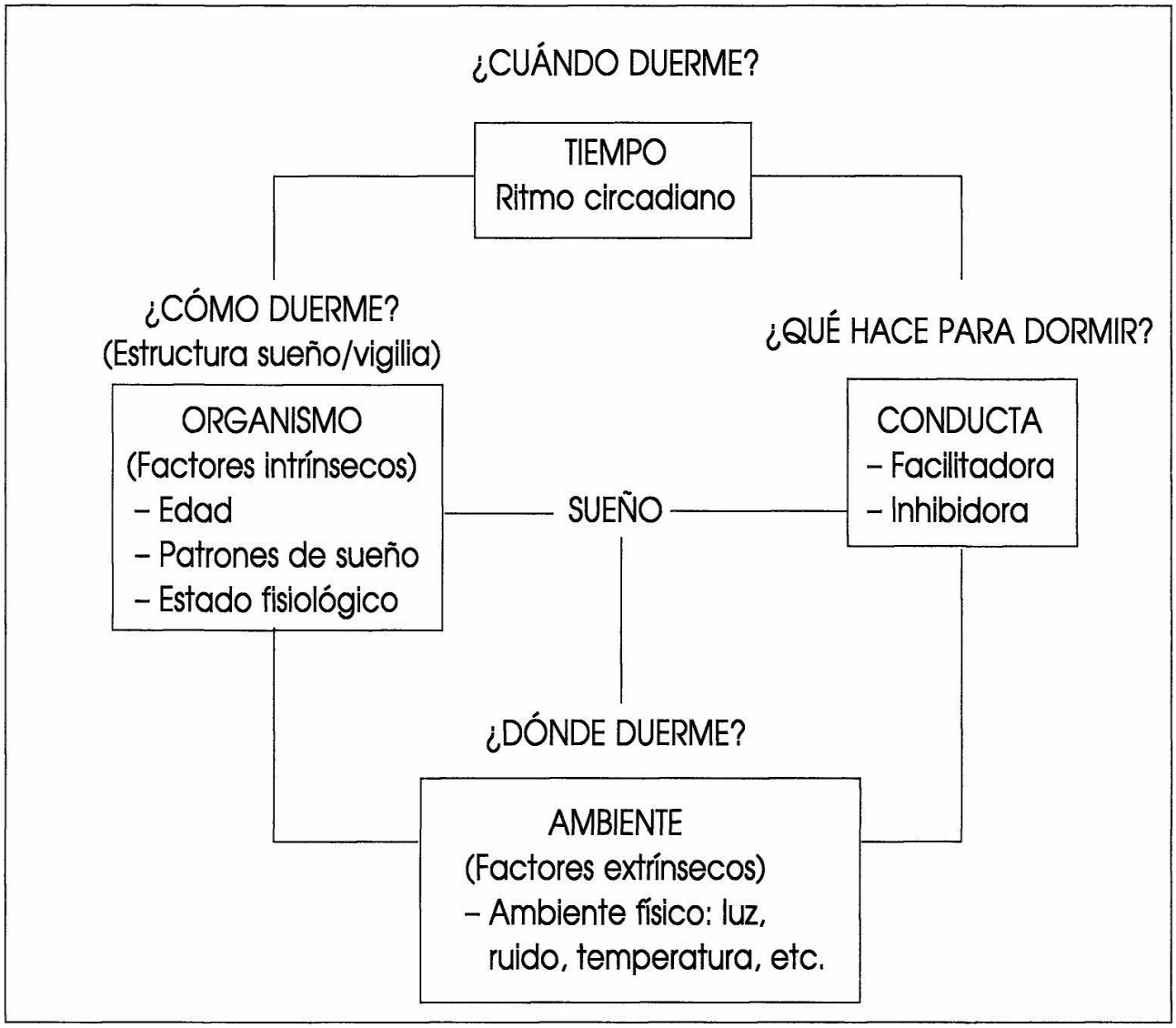
Indicaciones de las intervenciones psicológicas en el insomnio

INTERVENCIÓN	INDICACIÓN
• TÉCNICAS DE RELAJACIÓN	• Sujetos con elevada actividad fisiológica y tensión muscular.
• CONTROL DE ESTÍMULOS	• Sujetos que no asocian la cama con la conducta de dormir.

• INTENCIÓN PARADÓJICA	• Individuos con ansiedad ante la actuación.
• REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	• Individuos que internalizan las reacciones a los acontecimientos vitales y somatizan conflictos sin resolver: elevada actividad emocional.

20.9.3. Evaluación, cuidados y tratamiento de los trastornos del sueño

Desde un punto de vista conductual interactivo, se considera al sueño como una conducta susceptible de ser abordada desde las cuatro dimensiones siguientes, tal como indica Buela Casal (1992):



Una vez evaluada cuidadosamente la conducta de sueño desde los cuatro aspectos señalados, se han de implementar los siguientes cuidados y estrategias conductuales en función de las disfunciones identificadas.

ORGANISMO

Debe proporcionarse al paciente información general acerca de la estructura del ritmo sueño/vigilia, de la existencia de diferencias interindividuales, de las variaciones en función de la edad, etc.

RITMO CIRCADIANO

En aquellos casos en los que existan alteraciones del ritmo circadiano de sueño/vigilia estará indicada la *cronoterapia*, técnica que pretende sincronizar el ritmo

sueño/vigilia endógeno con el ambiente externo convencional.

AMBIENTE

Es necesario tener en cuenta una serie de factores ambientales que pueden desencadenar alteraciones del sueño, y cuya corrección es de gran utilidad en el manejo de los trastornos del ritmo sueño/vigilia. De ellos destacan:

- Temperaturas extremas.
- Ruido.
- Luz.
- Variaciones de la presión atmosférica.
- Cama/colchón no confortable.
- Estar pendiente de otra persona.
- Movimientos del compañero de cama.
- Ambiente extraño u hostil.

Además, es necesario recordar que al aumentar la edad aumenta la sensibilidad a los factores ambientales y, por tanto, es más fácil la desestructuración de los diferentes ritmos biológicos.

CONDUCTA

Entre los cuidados más importantes se encuentra la potenciación de las conductas que facilitan el sueño, así como la eliminación de aquellas conductas inhibidoras del sueño.

a) Conductas facilitadoras:

- Realización de ejercicio durante el día.
- Cena rica en tritófano.
- Alimentación sana.
- Dormitorio confortable.
- Horario regular.
- Utilizar despertador.

b) Conductas inhibidoras:

- Realizar ejercicio intenso 2 horas antes de acostarse.
- Tomar alcohol 2 horas antes.
- Fumar 2 horas antes.
- Tomar cafeína 6 horas antes.
- Cena abundante.

- Dormir durante el día.
- Utilizar la cama para otras actividades distintas del sueño y el sexo.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

BOBES, J.: *No te rindas ante ... Los trastornos del sueño*. Rialp. Madrid, 1992.

BOBES, J. et al.: *Calidad de vida y sueño*. Menarini Área Científica. Barcelona, 1993.

BUELA-CASAL, G. y NAVARRO, J. F.: *Avances en la investigación del sueño y sus trastornos*. Siglo XXI de España Editores. Madrid, 1990.

KALES, A. y KALES, J. D.: *Evaluación y tratamiento del insomnio*. Menarini Documentación Científica. Barcelona, 1991.

SALES, R. et al.: *Diagnósticos de enfermería. Aplicación en una unidad psiquiátrica de un hospital general*. Nau Llibres. Valencia, 1991.

21

Disfunciones sexuales

OBJETIVOS

- Conocer el concepto y tipos clínicos de disfunción sexual en relación con el ciclo de respuesta sexual humana.
- Conocer las disfunciones sexuales más frecuentes en cada sexo.
- Valorar su importancia clínico-epidemiológica y las razones para el aumento de su prevalencia-reconocimiento.
- Conocer los factores que intervienen en su génesis.
- Describir clínicamente los principales tipos de disfunciones sexuales.
- Conocer y comprender las bases de la terapia sexual y las actitudes básicas que debe adoptar el profesional de enfermería al abordar las disfunciones sexuales.
- Crear un clima de confianza y reserva con los pacientes que les permita la expresión de sus sentimientos y conflictos y posibilite el ejercicio de una acción psicoterapéutica.

21.1. Trastornos sexuales

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su DSM-III-R (1987), divide los trastornos sexuales en tres grandes apartados:

- Parafilias.
- Disfunciones sexuales.
- Otros trastornos sexuales.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, en su CIE-10 (1992), los divide en:

- Disfunciones sexuales de origen no orgánico, incluidas entre los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
- Trastornos de la identidad sexual.
- Trastornos de la inclinación sexual.
- Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.

Incluimos estos tres últimos grupos entre los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. En este capítulo nos ocuparemos específicamente de las disfunciones sexuales. Los trastornos de la identidad e inclinación sexuales serán estudiados en el capítulo 24.

21.2. Concepto de disfunción sexual

Las disfunciones sexuales se caracterizan por una "inhibición del deseo sexual o de los cambios psicofisiológicos que caracterizan el ciclo completo de la respuesta sexual humana". Se pueden definir en la práctica como una "alteración persistente de los patrones normales del interés o de la respuesta sexual, que incapacita para participar en la forma deseada en una relación sexual".

Esta definición plantea el problema de lo que se debe considerar como normal o anormal en la sexualidad humana, dada la enorme amplitud y variabilidad de los límites en el deseo y en el rendimiento sexuales entre diferentes individuos e incluso en el mismo individuo en momentos diferentes. En el contexto de las disfunciones sexuales parece razonable pensar que el criterio de normalidad o el juicio sobre la necesidad de establecer un tratamiento específico debería basarse en la opinión del sujeto que se queja de sufrir una disfunción sexual y en la de su pareja.

Según los casos, esta incapacidad para participar en la forma deseada en una relación sexual puede deberse a una *falta de deseo*, a una imposibilidad de *sentir placer*, a una incapacidad para lograr la *respuesta fisiológica* necesaria para una interacción sexual efectiva (por ejemplo, erección) o a una imposibilidad para *controlar o sentir el orgasmo*.

Masters y Johnson, al entender la relación sexual desde la perspectiva del sexo relacional como expresión de la intimidad total de dos personas entre las que existen profundos vínculos afectivos, definen las disfunciones sexuales como el conjunto de dificultades de la pareja en sus relaciones sexuales (excluyendo las parafilias) y abogan por un tratamiento de la pareja, no del individuo que presenta la disfunción.

21.3. Clasificación de las disfunciones sexuales

De acuerdo con la definición expuesta de la disfunción sexual como una "alteración persistente de los patrones normales del deseo o de la respuesta sexual que incapacita para participar en la forma deseada en una relación sexual", la mayoría de las disfunciones sexuales en las mujeres y en los varones se pueden clasificar siguiendo el modelo del ciclo de respuesta sexual humana expuesto en el capítulo 16 del volumen *Salud mental: Psicopatología*.

El cuadro 21.1 recoge una propuesta integrada de la clasificación de las disfunciones sexuales y su relación con las fases afectadas del ciclo de respuesta sexual, que va a servir de guía en la exposición de los diversos cuadros clínicos que sigue a continuación.

CUADRO 21.1
Clasificación de ios disfunciones sexuoles en reloción con el ciclo de respuesta sexual

			DISFUNCIÓN SEXUAL	
			VARÓN	MUJER
RELACIONADA CON EL CICLO DE RESPUESTA SEXUAL	SÍ	Deseo	• Inhibición del deseo sexual • Aversión sexual	
		Excitación	• Trastornos de la erección	• Trastornos de la excitación
		Orgasmo	• Disfunción orgásmica • Eyaculación precoz	• Disfunción orgásmica
	NO	Trastornos sexuales por dolor	• Dispareunia	• Dispareunia • Vaginismo
		Disfunción sexual no especificada	• Ausencia de satisfacción sexual (Anhedonia orgásmica) • Impulso sexual excesivo	

El mayor porcentaje de trastornos es debido a la falta de deseo sexual o a alteraciones de la fase de excitación u orgásmica. No se encuentran disfunciones en la fase de resolución.

Otros aspectos importantes de la clasificación de las disfunciones sexuales se refieren al momento del inicio del problema y a las circunstancias en que se producen. Respecto al primer criterio, una disfunción puede ser:

- *Primaria:* Cuando se ha experimentado desde el comienzo de la actividad sexual.
- *Secundaria:* Cuando sobreviene después de un período de funcionamiento sexual satisfactorio.

Respecto a las circunstancias en que se produce la disfunción, ésta puede ser:

- *Situacional:* Cuando está limitada a una determinada pareja o a una circunstancia específica.
- *Generalizada:* Cuando ocurre en cualquier situación.

21.4. Prevalencia de las disfunciones sexuales

La prevalencia de esta patología no está bien determinada. Así, mientras que Swan y Wilson (1975) hablan de un 11% de la población general afectada, Masters y Johnson encuentran que la mitad de la población sufre algún tipo de disfunción sexual.

En el DSM-III-R se exponen las siguientes cifras de prevalencia de estos trastornos:

- El 8% de la población adulta joven presenta trastornos de la erección.
- El 20% de la población total presenta un deseo sexual inhibido.
- El 30% de la población masculina padece eyaculación precoz.
- El 30% de la población femenina presenta disfunción orgásmica.

Esta altísima prevalencia, junto con el sufrimiento personal que producen estos trastornos y el gran peligro de desestructuración de la pareja que conllevan, son los elementos que determinan la importancia del estudio y tratamiento de las disfunciones sexuales.

La inhibición del deseo sexual y la disfunción orgásmica son los trastornos sexuales que se presentan con mayor prevalencia en el sexo femenino, mientras que la eyaculación precoz y los trastornos de la erección son los trastornos sexuales más comúnmente referidos por los varones.

Desde el informe Kinsey, se sabía que un alto porcentaje de la población padecía algún tipo de disfunción sexual, pero ha sido en los años recientes cuando ha aumentado de forma vertiginosa el reconocimiento del padecimiento de estos trastornos y la demanda de tratamiento.

Las razones de este aumento del reconocimiento y, probablemente también, de la prevalencia de los trastornos sexuales, guardan relación con distintos hechos:

- Con el progreso de la sexología y el aumento de información en la sociedad, que han contribuido indudablemente a que las personas se preocupen más por su funcionamientosexual y a que se dirija más la atención hacia el sexo, la sexualidad y los problemas sexuales (se investigan más, se diagnostican y se tratan mejor y ya no se minimizan).
- Con la liberación de costumbres, que ha posibilitado a la gente plantear problemas personales que antes eran un tema tabú, por lo que se ocultan menos.
- Con las actitudes hedonistas que impregnan la cultura occidental, que aumentan las exigencias personales del logro del "placer total".
- Con el ritmo estresante de vida impuesto por la cultura occidental y los estándares sociales actuales, excesivamente exigentes en cuanto al rendimiento sexual ideal y el subsiguiente temor al fracaso, que crea más angustia y problemas sexuales.
- Con el cambio del papel de la mujer en la sociedad y en la pareja. Al perder el hombre su dominio todopoderoso sobre ella, se siente inseguro en una

relación en la que tiene que satisfacer a su compañera, en vez de "utilizarla" para satisfacerse.

21.5. Causas de las disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales pueden ser producidas por factores psicológicos, orgánicos o por la interacción de ambos. Sin embargo, todas ellas tienen una característica en común: la ansiedad que provocan en el individuo que las padece y/o en su pareja.

La ansiedad puede actuar como desencadenante de la disfunción o como motor que la mantiene, una vez instaurada. Tanto es así que, incluso en las disfunciones por causas orgánica conocida, es muy difícil descartar el componente psicológico. Por ello, siguiendo el esquema de Masters y Johnson (figura 21.1), se observa como frecuentemente la disfunción sexual aparece como consecuencia de una ansiedad en el momento del encuentro sexual condicionada por una biografía cargada de determinantes diversos (moral muy estricta, traumas sexuales infantiles, desinformación, sentimiento de insuficiencia, etc.).

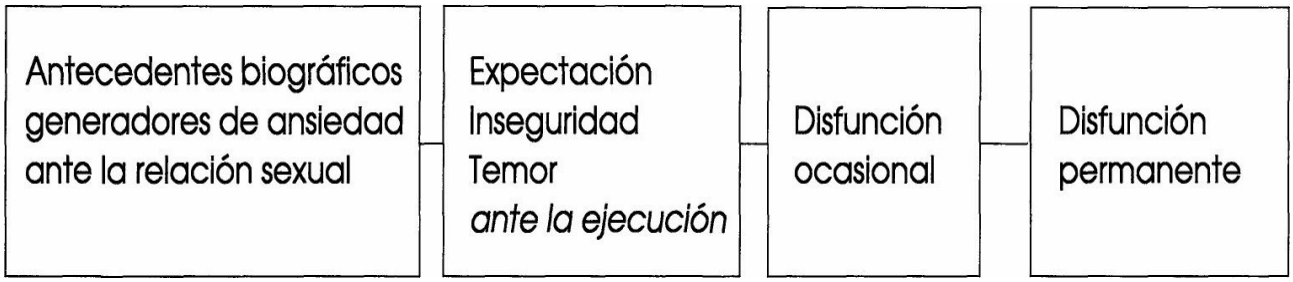


FIGURA 21.1. Génesis de la disfunción sexual (modificado por Masters y Johnson).

El temor al fracaso y la actitud de espectador que provocan los fracasos ocasionales repercute negativamente en el funcionamiento sexual, por un mecanismo de autoperpetuación, y conduce a la evitación secundaria de la relación sexual y a alteraciones de la comunicación de la pareja.

El porcentaje de disfunciones sexuales por lesiones o causas orgánicas se sitúa entre el 3-20% (Kaplan). En la tabla siguiente y el cuadro 21.2 se recogen las principales enfermedades orgánicas, causas quirúrgicas, agentes psicofarmacológicos y factores psicológicos relacionados con las disfunciones sexuales.

ENFERMEDADES Y AGENTES FARMACOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA DISFUNCIÓN SEXUAL

- Infecciones y parasitosis (elefantiasis)
- Cardiovasculares (insuficiencia aórtica)
- Génito-urinarlas. Nefropatías (insuficiencia renal crónica)
- Hepatopatías
- Genéticas (síndrome de Klinelfelter)
- Trastornos nutricionales
- Trastornos endocrinos (diabetes méllitus)
- Trastornos neurológicos (neuropatías periféricas)
- Estados debilitantes severos
- Secuelas posquirúrgicas (prostatectomía)
- Psicofarmacológicos
- Antihipertensivos
- Hormonas (estrógenos, antiandrógenos)
- Alcohol y otras sustancias adictivas (heroína, cocaína, etc.)

En la mayoría de los casos hay más de un factor implicado en el origen de un problema sexual, de tal manera que éste acaba siendo el resultado de una compleja interacción de factores.

Una forma muy útil de clasificar las causas de las disfunciones sexuales y sus interacciones consiste en diferenciarlas temporalmente. Así, siguiendo a K. Haw-ton, se pueden distinguir:

CUADRO 21.2

Factores psicológicos relacionados con la disfunción sexual

	• Padres exageradamente dominantes
	• Relaciones paterno-filiales conflictivas
	• Actitud familiar negativa ante el sexo
FACTORES DE DESARROLLO	• Experiencia sexual traumática en la infancia
	• Conflictos de identidad sexual
	• Homosexualidad
	• Sentimiento de inferioridad genital
	• Ansiedad
	• Temor al fracaso
	• Sentimiento de inferioridad e inadecuación sexuales
FACTORES AFECTIVOS	• Baja autoestima y autoconfianza
	• Sentimiento de culpa

	• Temor al embarazo
	• Temor al contagio (venéreas, SIDA)
	• Moral familiar muy estricta
FACTORES EDUCATIVOS	• Mala formación sexual (aceptación de mitos)
	• Elevadas exigencias en el rendimiento sexual
	• Comunicación poco afectiva*
FACTORES DE	• Hostilidad, recelo
RELACIÓN DE PAREJA	• Falta de atracción física
	• Conflictos en el rol sexual
OTROS FACTORES	• Parafilias
	• Fracasos aislados, ocasionales, en la erección

* Factor fundamental para Masters y Johnson.

- *Factores predisponentes:* Incluyen las experiencias tempranas de la vida. Provocan una vulnerabilidad en el individuo y una facilidad para desarrollar en el futuro una disfunción sexual.
- *Factores precipitantes:* Son sucesos o experiencias asociadas a la aparición de una disfunción sexual.
- *Factores de mantenimiento:* Explican la persistencia de la disfunción sexual.

El cuadro 21.3 recoge la clasificación de algunos factores relacionados con las disfunciones sexuales en función de estos criterios.

CUADRO 21.3

Factores cronológicos relacionados con las disfunciones sexuales

	• Moral familiar muy estricta
FACTORES PREDISPONENTES	• Malas relaciones familiares • Información sexual inadecuada • Primeras experiencias sexuales traumáticas
	• Inseguridad temprana en el rol sexual
	• Conflictos en la relación de pareja
	• Infidelidad
	• Disfunción del compañero/a
FACTORES	• Fracaso fortuito previo
PRECIPITANTES	• Reacción a factores orgánicos (enfermedades, intervenciones
	quirúrgicas)
	• Toma de fármacos. Abuso de tóxicos

	• Depresión. Ansiedad
	• Experiencia sexual traumática
	• Ansiedad por el rendimiento
	• Anticipación del fracaso
	• Culpabilidad
FACTORES DE MANTENIMIENTO	• Pérdida de la atracción de la pareja • Pobre comunicación de la pareja • Miedo a la intimidad
	• Alteración de la propia imagen

21.6. Descripción clínica de los distintos tipos de disfunción sexual

Seguiremos los criterios clasificatorios y descriptivos del DSM-III-R por ser la taxonomía más ampliamente utilizada en clínica e investigación, aun cuando los relacionaremos con criterios CIE-10 (cuadro 21.4).

CUADRO 21.4
Clasificaciones internacionales de las disfunciones sexuales

DSM-IIR (1987)

Trastornos del deseo sexual

302.71	Deseo sexual inhibido o hipoactivo
302.79	Trastorno por aversión al sexo

Trastornos de la excitación sexual

302.72	Trastornos de la excitación en la mujer
302.72	Trastornos de la erección en el hombre

Trastornos del orgasmo

302.73	Disfunción orgásmica femenina
302.74	Disfunción orgásmica masculina
302.75	Eyaculación precoz

Trastornos sexuales por dolor

302.76	Dispareunia
302.51	Vaginismo

Disfunción sexual no especificada

302.70	Anhedonia orgásmica

CIE-10 (1992)

F.52.0	Ausencia o pérdida del deseo sexual
F.52.1	Rechazo sexual y ausencia del placer sexual
F.52.2	Fracaso de la respuesta genital
F.52.3	Disfunción orgásmica
F.52.4	Eyaculación precoz
F.52.5	Vaginismo no orgánico
F.52.6	Dispareunia no orgánica
F.52.7	Impulso sexual excesivo
F.52.8	Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos
F.52.9	Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico

21.6.1. Trastornos del deseo sexual

A) Deseo sexual inhibido o hipoactivo

En la CIE-10 se denomina *ausencia* o *pérdida del deseo sexual* Hay una inhibición persistente y profunda del deseo sexual, una disminución del impulso sexual. Es uno de los motivos más frecuentes de consulta sexual. Se da más en el sexo femenino.

El criterio principal del DSM-III-R para su diagnóstico es:

> Ausencia o pobreza de fantasías sexuales y de deseos de actividad de forma persistente o recurrente. El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico teniendo en cuenta factores que, como la edad, el sexo y el ambiente de la vida del individuo, afectan el funcionamiento sexual.

B) Trastorno por aversión al sexo

En la CIE-10 se denomina *rechazo sexual*. En este trastorno, la perspectiva de una relación sexual se acompaña de intensos sentimientos negativos y produce la suficiente ansiedad y miedo como para evitarla.

El criterio principal del DSM-III-R para su diagnóstico es:

> Aversión extrema, persistente o recurrente, hacia el sexo y evitación

de todos o casi todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

21.6.2. Trastornos de la excitación sexual

En la CIE-10 se denominan *fracasos de la respuesta genital*. Comprenden el trastorno de la excitación femenina y el trastorno de la erección en el hombre.

A) Trastornos de la excitación sexual en la mujer

Los criterios diagnósticos del DSM-III-R son:

Se presenta 1 ó 2:

1. Fracaso completo o parcial, persistente y recurrente, en obtener o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación propia de la excitación sexual hasta la terminación de la actividad sexual.
2. Falta persistente o recurrente de la sensación subjetiva de excitación sexual y de placer en la mujer durante la actividad sexual.

Según Kaplan y Sadock (1990) en un estudio de parejas casadas, subjetivamente bien avenidas, el 33% de las mujeres refirió problemas de excitación.

Entre las causas más frecuentes hay que subrayar las secuelas posquirúrgicas (colostomía, mastectomía, histerectomía), los cambios fisiológicos y hormonales derivados de la menopausia, la toma de anticonceptivos orales (aunque según algunos autores no tienen repercusiones negativas sobre el área sexual), los problemas de relación de pareja, las disfunciones sexuales del varón, el temor al embarazo y el rechazo de los impulsos sexuales y del papel femenino.

B) Trastornos de la erección en el hombre

Los criterios diagnósticos del DSM-III-R son:

Se presenta 1 ó 2:

1. Fracaso parcial o completo, persistente o recurrente en el hombre, en obtener o mantener la erección hasta el final de la actividad sexual.
2. Falta persistente o recurrente de la sensación subjetiva de excitación y de placer durante la actividad sexual en el hombre.

Así pues, en los trastornos de la erección se produce una dificultad para llegar a la erección o para mantenerla lo necesario para conseguir una penetración satisfactoria.

La incidencia de impotencia en los hombres jóvenes se estima en un 8%. Sin embargo, el problema se puede manifestar por primera vez en etapas más tardías de la vida.

Las principales causas de los trastornos de la erección de origen orgánico son las enfermedades somáticas, intervenciones quirúrgicas y el consumo de medicaciones o sustancias psicoactivas (expuestas en la tabla de la página 354).

A pesar de que la etiología orgánica representa un sector importante de las impotencias (entre el 20-30% son de causa orgánica para Kahn-Mathan, 1977), la mayor parte de los trastornos de la erección (hasta el 80%) es debida a causas psicológicas.

En la historia de estos pacientes suelen hallarse unos padres dominantes que, por sus altas exigencias, provocan dudas al individuo sobre su propia virilidad. La situación puede perpetuarse debido a la elección de parejas muy dominantes que mantienen el esquema parental y provocan en el individuo un estado de inseguridad constante.

Suele tratarse de individuos que por sus experiencias frustantes continuadas ejercen un gran autocontrol durante el encuentro sexual, lo que les produce una gran carga ansiosa y conductas de autoobservación que provocan la repetición del fracaso, que reafirma al sujeto en su angustia.

Una buena anamnesis es fundamental para determinar la etiología. Los antecedentes de erecciones espontáneas, erecciones matutinas o buenas erecciones con la masturbación o con parejas distintas de la habitual indican una impotencia funcional.

Varios procedimientos, desde benignos hasta invasivos, permiten diferenciar la impotencia orgánica de la impotencial funcional. El usado más frecuentemente es la monitorización de la tumescencia peneana nocturna (erecciones durante el sueño), que normalmente se asocia con la fase de movimientos oculares rápidos (REM). Obviamente, en los casos de impotencia orgánica no se produce erección nocturna.

21.6.3. Trastornos del orgasmo

A) Disfunción orgásmica femenina: anorgasmia y orgasmo femenino inhibido

El criterio diagnóstico principal del DSM-III-R es:

> Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una actividad sexual que el clínico considera adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración.
>
> Algunas mujeres llegan al orgasmo durante la estimulación clitoridea no coital, pero son incapaces de alcanzar el orgasmo durante el coito si falta la estimulación clitoridea manual. En la mayoría de las mujeres, esta

> respuesta sexual constituye una variante normal y no justifica el diagnóstico. No obstante, en otras mujeres, este tipo de respuesta se debe a inhibiciones psicológicas que justifican el diagnóstico.

Se estima que sólo el 5% de las mujeres casadas mayores de 35 años nunca llegó al orgasmo. La prevalencia global de inhibición del orgasmo femenino es del 30%.

B) Disfunción orgásmica masculina

El criterio diagnóstico principal del DSM-III-R es:

> Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en el hombre tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una actividad que el clínico considera adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración. Esta dificultad para llegar al orgasmo normalmente se limita al caso del orgasmo intravaginal ya que el orgasmo es posible con otros tipos de estimulación, por ejemplo masturbación.

Se conoce también como *retardo* o *ausencia de eyaculación*. Se trata de un trastorno poco frecuente, pero no raro. Tras una fase de excitación sexual normal, y una erección competente, el sujeto sufre un retardo o una ausencia total de la eyaculación.

C) Eyaculación precoz

Consiste en la incapacidad de controlar la aparición de la eyaculación durante el tiempo necesario para que ambos participantes disfruten de la relación sexual. En algunos casos graves, la eyaculación puede presentarse antes de la penetración o en ausencia de erección.

Hay una ausencia de un razonable control voluntario de la eyaculación y el orgasmo, por lo que la eyaculación se presenta antes de que el individuo lo desee. El criterio diagnóstico del DSM-III-R es:

> Eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima o antes, durante o inmediatamente después de la penetración y antes de que la persona lo desee. El clínico debe tener en cuenta factores que influyen en la duración de la fase de excitación, como la edad, las parejas o situaciones nuevas y la frecuencia de la actividad sexual.

La delimitación es compleja en tanto que se considera que es en la relación de la pareja en donde sobreviene el fenómeno y es la pareja la que sabe el tiempo que precisa para sentirse satisfecha en su relación coital. Masters y Johnson consideran eyaculación precoz "cuando la mujer no alcanza el orgasmo en el 50% de los coitos, debido a la eyaculación prematura del marido".

Se estima que afecta al 30% de la población masculina. Alcanza mayor prevalencia en hombres jóvenes, con una nueva pareja y en los de más alto nivel educacional; se considera que está relacionada con la preocupación por satisfacer a la pareja.

Suele acontecer en individuos muy emotivos en quienes la brevedad del coito es vivida como la confirmación de la inferioridad que ellos se atribuyen a sí mismos. La compañera, primero comprensiva, acaba por mostrarse hostil y desarrolla a veces frigidez y otras buscan relaciones fuera de la pareja que devalúan al varón, aun cuando éste pueda aceptarlas como una punición por su falta de virilidad. En ocasiones está originada por un condicionamiento, cuando el sujeto tuvo sus primeras experiencias sexuales en circunstancias en que ser descubierto habría sido comprometedor. Las tensiones conyugales originadas por los fracasos repetidos, la insatisfacción y frustración de la mujer y el temor y culpa del varón exacerban el trastorno.

No es infrecuente que el fenómeno se asocie a otro tipo de disfunción (trastorno de la erección), a la disminución o ausencia de sensaciones placenteras. La queja suele consistir en que los pacientes sienten una profunda insatisfacción durante el orgasmo. Raras veces se debe a casos orgánicos (problemas urológicos).

21.6.4. Trastornos sexuales por dolor

A) Dispareunia

Esta alteración se caracteriza por la aparición de dolor genital de una forma constante durante el acto coital y puede ser sufrida por ambos sexos, aunque parece más frecuente en la mujer. Los criterios para el diagnóstico según el DSM-III-R son:

1. Dolor genital persistente o recurrente en el hombre o en la mujer antes, durante o después de la relación sexual.
2. La alteración no está provocada únicamente por falta de lubricación o por vaginismo.

El dolor experimentado puede ser superficial, descrito como "escozor" o "pinchazo", al iniciarse la penetración, o muy profundo e intensamente desagradable y sentido durante los movimientos coitales. También puede ser descrito como un dolor más o menos intenso después de finalizada la relación sexual.

Su causa es frecuentemente orgánica: inflamaciones urogenitales, inflamaciones vulvovaginales pueden provocar una *dispareunia de introducción*, mientras que retroversiones uterinas o infecciones de los anexos provocan una *dispareu-nia profunda*.

Puede acabar condicionando una inhibición del deseo, una anorgasmia o incluso un vaginismo.

B) Vaginismo

Se trata de un espasmo involuntario de la musculatura del tercio exterior de la vagina, que se presenta de forma persistente al intentar el coito, imposibilitándolo.

Son mujeres con una buena respuesta sexual, por lo general, pero que la consiguen por otros medios distintos al coito.

Su origen es casi siempre psicógeno. Frecuentemente se recogen antecedentes en relación con un trauma sexual en la infancia (violación o abuso sexual).

Es importantísimo su abordaje terapéutico, pues sin tratamiento no suelen ceder y la respuesta al tratamiento adecuada es óptima, dado que se logran éxitos terapéuticos en casi todos los casos (90-100%).

Es causa de no consumación del matrimonio. Se cree que su prevalencia es mayor de la que ofrecen las estadísticas.

21.6.5. Disfunción sexual no especificado

En este apartado el DSM-III-R incluye disfunciones sexuales que no reúnen los criterios de ninguna disfunción sexual específica, por ejemplo el análogo femenino de la eyaculación precoz o el dolor genital durante la masturbación.

A) Ausencia de placer sexual o anhedonia sexual

Asimismo, incluye la *ausencia de placer sexual o anhedonia sexual* de la CIE-10, que consistiría en la ausencia de sensaciones eróticas a pesar de existir una respuesta de excitación normal y orgasmo.

B) Impulso sexual excesivo

La CIE-10 añade el *impulso sexual excesivo* (ninfomanía o satiriasis), que se refiere a la queja ocasional de un impulso sexual excesivo como un problema en sí mismo.

21.7. Abordaje terapéutico

El psicoanálisis permitió comprender los mecanismos genéticos profundos de las disfunciones sexuales, pero no intentó tratarlos, sino que, al considerar éstas como un síntoma de una neurosis subyacente (consecuencia de la represión de la sexualidad infantil), se preocupó exclusivamente del tratamiento de la neurosis.

Fueron Masters y Johnson quienes, a partir de sus estudios sobre la respuesta sexual humana, establecieron las bases de un tratamiento conductal (entrenamiento en aptitudes de comportamiento y sexuales) de las disfunciones sexuales que ha permitido

alcanzar numerosos éxitos terapéuticos (hasta un 85% de los casos según Kaplan y Sadock, 1990).

Hoy día no se plantea que exista un enfrentamiento o incompatibilidad entre las terapias de orientación psicodinámica y psicoanalítica y las terapias conductis-tas, sino que su asociación puede dar lugar a modalidades terapéuticas más efectivas en caso de pacientes con trastornos sexuales asociados a trastornos de la personalidad u otro tipo de psicopatología.

La terapia sexual de Masters y Johnson ha sido tachada de deshumanizada y criticada por realizar un abordaje "sintomático" de los trastornos sexuales. Estas afirmaciones no se corresponden con la realidad, pues en sus programas terapéuticos, sobre la base de un abordaje de inspiración conductista cuyo primer objetivo es modificar las causas inmediatas de toda disfunción sexual, se analizan psicológicamente los conflictos que subyacen en cada caso particular y en la pareja.

Las bases de la terapia sexual según Masters y Johnson son:

1. Se debe realizar un tratamiento mixto (conductista y psicoterapéutico): *terapia conductual* con técnicas estructuradas y específicas para tratar cada una de las disfunciones sexuales concretas y *soporte psicoterapéutico* para tratar los problemas psicológicos (temores, resistencias, etc.) que surgen frecuentemente y que básicamente será de apoyo (información, orientación, etc.) y tranquilizador (desdramatización, desculpabilización, etc.).

2. Este abordaje terapéutico está basado en:

a) Tratar a la pareja como tal. Para estos autores la disfunción sexual es un trastorno de la pareja, no de una persona, y traduce un problema de *comunicación* en el interior de la pareja.

Esto implica que no hay un enfermo o un culpable, sino que es la propia pareja quien tiene un problema y que haya que analizar la relación afectiva de ésta. Si es conflictiva no se podrá iniciar de entrada una terapia sexual.

Dado que el objetivo de la terapia psicosexual es normalizar la conducta desadaptativa a través de estrategias desensibilizadoras y de entrenamiento en habilidades sexuales que permitan una aproximación progresiva y satisfactoria de ambos miembros, este enfoque requiere la participación de los dos. Por ello, estos autores plantearon que la pareja debería ser tratada por una pareja de terapeutas de sexo diferente, lo que facilitaría la identificación con el terapeuta del mismo sexo.

b) Tratar de evitar el complejo de fracaso, es decir, el temor al fracaso en un miembro y el temor a la frustración en el otro miembro. Para ello, se intenta transformar el papel de espectador por el de actor (por ejemplo, prohibiendo

las relaciones sexuales completas durante el tiempo que sea preciso).

c) Evitar la interferencia de factores ambientales patógenos (estrés, trabajo, hijos, etc.) y favorecer el reencuentro de la pareja.

3. En el curso del tratamiento se buscará:

- Mejorar la comunicación de la pareja a todos los niveles, incluso el sexual.
- Mejorar la información y desterrar ideas equivocadas o actitudes prejuiciosas (afán de lucimiento, demostración de hombría, temor a demostrar el orgasmo, etc.).
- Eliminar la ansiedad-temor-culpa, frustración y resentimiento en cada uno de los integrantes de la pareja.
- Realizar un aprendizaje nuevo (adquisición de habilidades sexuales) y, a la vez, vivir la sexualidad como una forma más de relación.
- Reducir la ansiedad del "logro obligado del orgasmo". Para ello, durante un tiempo, se induce a la pareja a que se "abandone" en la realización de prácticas eróticas precoitales y en la observación y satisfacción hedónica propia y del compañero, sin llegar a la relación sexual completa.

Las diferentes disfunciones exigen la aplicación de diferentes técnicas que pueden encontrarse en los textos indicados en la bibliografía.

En ocasiones, los pacientes con disfunciones sexuales requieren el empleo de otras terapias (terapia de pareja, farmacoterapia y terapéuticas quirúrgicas).

21.8. Actitudes básicas del personal de enfermería en las disfunciones sexuales

Sobre la base de una adecuada formación que le permita valorar e integrar los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales implicados en las disfunciones sexuales, el profesional de enfermería debe prestar atención especial a los siguientes puntos:

- Cualquiera que sea el trastorno sexual con que se enfrente, dada la repercusión de la conducta sexual de un miembro de la pareja en el otro, es necesario realizar una recogida de datos completa, y por separado, de cada uno de los miembros de la pareja.
- Se utilizará un lenguaje apropiado al nivel del enfermo; claro pero cortés, huyendo de los sobreentendidos y empleando un lenguaje coloquial.
- Se procurará dar una información adecuada (fácil de entender y memorizar, simplificada y concreta) y eficaz (que logre modificar la conducta). Es el primer paso para lograr una comunicación positiva.

- Se intentará brindar un apoyo emocional, es decir, crear una relación cálida, empática, que se va a convertir en el elemento central de la ayuda terapéutica.

Para ello, el profesional de enfermería deberá tratar de:

- Comprender y aliviar la culpa, angustia, desesperanza de los pacientes y la frustración-hostilidad del otro miembro de la pareja.
- Demostrar respeto y dar confianza. Mostrar interés, escuchando con atención.
- Mostrar y transmitir seguridad, tranquilidad, paciencia, comprendiendo las dificultades y resaltando los éxitos.
- No juzgar, no reprimir, no condenar.
- Mostrarse disponible y receptivo frente a cualquier problema que se le plantee.
- No minimizar los problemas sexuales referidos "de pasada" por los pacientes. Reconducirlos. No decir "eso no es nada".
- Remitir a un especialista los problemas que rebasen su nivel de capacitación y competencia.
- Recordar siempre que uno de sus cometidos fundamentales en el campo de la prevención y tratamiento de las disfunciones sexuales corresponde a los aspectos educacionales de los pacientes, a la lucha contra la desinformación, los mitos y la falta de educación sexual; en este sentido, proporcionar una adecuada y sensata información tiene un importante componente terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona, 1988.

CLÍNICAS DE ENFERMERÍA DE NORTEAMÉRICA: *Sexualidad y práctica de enfermería*. Interamericana. México, 1982.

CLÍNICAS DE ENFERMERÍA DE NORTEAMÉRICA: *La colaboración del paciente*. Interamericana. México, 1982.

HAWTON, K.: *Terapia sexual*. Doyma. Barcelona, 1988.

KAHN-MATHAN: *Las disfunciones sexuales de la pareja y tratamiento*. Toray-Masson. Barcelona, 1977.

MASTERS, W. y JOHNSON, V.: *Respuesta sexual humana*. Intermédica, 1975.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor. Madrid, 1992.

USANDIRAGA, J. A.: *Bases anatómicas y fisiológicas de la sexualidad y de la reproducción humanas*. Fundación Universidad-Empresa. Madrid, 1990.

22

Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

OBJETIVOS

- Conocer el concepto de trastorno de la personalidad y su clasificación.
- Conocer la etiopatogenia, epidemiología, curso clínico y tratamiento de los trastornos de la personalidad.
- Saber qué pautas y criterios deben seguirse para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad.
- Identificar las manifestaciones clínicas de estos trastornos, distinguiendo entre alteraciones y transformaciones de la personalidad.
- Conocer las pautas de actuación del profesional de enfermería en la atención de pacientes con trastornos de la personalidad.

22.1. Concepto de trastorno de la personalidad

Para entender el concepto de trastorno de la personalidad se debe definir el

concepto de *rasgo*. Los rasgos son pautas duraderas en la forma de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo. En el caso de que estos rasgos sean inflexibles y desadaptados, causando incapacitación funcional significativa o perturbación subjetiva, se hablará de *trastornos de personalidad*.

Las manifestaciones de estos trastornos son reconocibles en la adolescencia e incluso antes, continuando en la edad adulta. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social.

Los trastornos de personalidad quizá sea el tema que más interés ha suscitado en la psiquiatría en los últimos años; su complejidad y el difícil acceso terapéutico son hoy día un gran reto para los investigadores y clínicos.

Ya a comienzos del siglo pasado Pinel definió la "manía sin delirio", luego vinieron conceptos como "locura de los degenerados" o "locura moral". Fue Koch quien en 1881 habló de las "inferioridades psicopáticas" y fue el primero en utilizar el término "psicopático". Entendía por "inferioridades psicopáticas":

> Las almas impresionables, los sentimientos lacrimosos, los soñadores y fantásticos, los huraños, los apocados, los escrupulosos morales, los delicados y susceptibles, los caprichosos, los exaltados, los excéntricos, los justicieros, los reformadores del Estado y del mundo, los tercos y los porfiados, los orgullosos, los indiscretos, los burlones, los vanidosos y presumidos, los trotacalles y los noveleros, los coleccionistas, los inventores, los genios fracasados y los no fracasados.

22.2. Clasificación de los trastornos de la personalidad

Los intentos por establecer una clasificación chocan con un gran número de dificultades, como la misma definición de personalidad normal o la gran cantidad de trastornos descritos, que llegan a 810 trastornos diferentes según Fournier. La poca validez práctica de las teorías sobre la personalidad, la egosintonía del paciente (el sujeto ve como normal su manera de ser), la validez de los instrumentos diagnósticos y el solapamiento entre unos y otros trastornos de personalidad, así como el solapamiento de éstos con otros trastornos psiquiátricos y con situaciones adaptativas y reactivas dificultan aún más esta tarea.

De cualquier forma, en el campo de la psicología el método más utilizado ha sido la clasificación dimensional de la personalidad, habiéndose estudiado múltiples modelos, tales como las dimensiones clínicas que mide el MMPI.

En el seno de la psiquiatría, el método de clasificación más generalizado en los últimos años ha sido un modelo categorial basado en conjuntos de criterios específicos y

explícitos. Dentro de estas clasificaciones se encuentran el DSM-III-R y la CIE-10.

En este capítulo se sigue básicamente la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), si bien con alguna modificación con el fin de enriquecer el texto.

22.3. Etiopatogenia

Dentro de las causas que generan los trastornos de personalidad se imbrican una serie de factores y variables biopsicosociales que se pueden agrupar en distintos apartados según las diferentes teorías y estudios realizados.

1. *Factores genéticos:* Según los datos daneses de adopción, se vio que los padres adoptivos de niños que desarrollan posteriormente psicopatías tenían un 7% de psicopatía, porcentaje similar al de la población general, mientras que un 14% de los padres biológicos de dichos niños tenían trastornos de personalidad.
2. *Factores predisponentes de la infancia y la adolescencia*. Cabe destacar distintos antecedentes según el trastorno de la personalidad de que se trate:

- Esquizoide: Hay antecedentes de trastorno esquizoide en la infancia y en la adolescencia, además de tener más familiares con esquizofrenia que la población general.
- Disocial: Suelen tener problemas de déficit de atención y trastornos de conducta, frecuentemente provienen de familias con padres antisociales, pobreza, falta de disciplina o falta de figuras paternas.
- De inestabilidad emocional: Frecuentemente presentan durante su infancia trastornos de identidad.
- Dependiente: Han presentado durante su infancia enfermedades crónicas y ansiedad de separación.

3. *Factores de maduración:* Teniendo en cuenta que los trastornos de personalidad se suavizan o desaparecen en la segunda mitad de la vida, para algunos autores constituirían un retraso en la maduración de la personalidad.
4. *Factores psicológicos:* Se refiere al modelado que en el aprendizaje conductual del niño ejercerían modelos que ocasionarían trastornos de personalidad. También se explicaría de una forma psicodinámica: los individuos con trastorno de la personalidad usan mecanismos de defensa neuróticos e inmaduros.
5. *Factores sociales:* Son muchos los estudios que hablan de la importancia del ambiente en estos sujetos. Sin embargo, Vaillant encontró poca correlación

entre un medio socioambiental malo en la infancia y el uso de mecanismos de defensa inmaduros y el presentar trastorno de la personalidad en la etapa adulta.

6. *Factores biológicos:* Quizá sea éste el apartado que más se está investigando en la actualidad, si bien no existen todavía conclusiones definitivas. En el 34% de los trastornos de la personalidad existen alteraciones del electroencefalograma que consisten en ondas lentas en zona posterior. Hay también una lenta maduración cortical, alteraciones del sistema serotoninérgico, e imágenes cerebrales de dilatación ventricular.

22.4. Epidemiología

Los datos epidemiológicos más coincidentes según los diversos estudios y diferentes subtipos son:

Paranoide	2%
Esquizoide	3-7 %
Histriónico	3 % (se manifiesta 2:1 en las mujeres)
Disocial	3 % en varones/1% en mujeres
Inestabilidad emocional	2 % (más frecuente en mujeres)
Dependiente	3 % (más frecuente en mujeres)
Anancástico	4 % (más frecuente en mujeres)

Hay que manifestar que los estudios epidemiológicos arrojan cifras y resultados muy dispares, en función de la población o metodología empleada, llegando incluso a resultados del 18% de prevalencia.

22.5. Curso clínico

Ya se ha señalado que la aparición de los trastornos de la personalidad es casi siempre en la adolescencia o en las primeras etapas de la vida adulta y tienen un curso crónico. Algunos tipos de trastornos tienden a mejorar en la segunda mitad de la vida, si bien es cierto que el pronóstico se puede ver ensombrecido en función del deterioro social, laboral, legal y relacional que haya desarrollado el individuo. Muchos pacientes pueden desarrollar o superponer otros trastornos psiquiátricos, como depresión, ansiedad, abuso de drogas o descompensaciones psicóticas.

22.6. Tratamiento

Son fundamentales las técnicas de modificación ambiental, intentando cambiar las actitudes del medio que rodea al paciente hacia él. Resulta de gran utilidad aplicar la psicoterapia e incluso el psicoanálisis.

A nivel farmacológico, hay estudios que indican los positivos efectos sobre las conductas impulsivas y agresivas; pueden ser eficaces los fármacos que elevan los niveles de serotonina, como la carbamacepina, las sales de litio y el L-triptófano. En la actualidad se estudia también el empleo de la buspirona.

Debe tenerse en cuenta que una gran cantidad de sujetos con trastorno de la personalidad desarrolla otros trastornos; en consecuencia, se tratarán éstos de forma sintomática.

22.7. Diagnóstico

Además de los cuestionarios, ya clásicos, MMPI y 16 PF, en los últimos años han ido apareciendo una gran cantidad de cuestionarios y entrevistas estructuradas y semiestructuradas, tomando como base los criterios de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA):

- SCID II de Spitzer y Williams, 1985 (Entrevista clínica estructurada).
- MCMI de Millon (Cuestionario clínico multiaxial).
- PDE de Loranger, 1987 (Examen de los trastornos de personalidad). Este cuestionario ha sido traducido a varios idiomas y se usará en el Estudio Piloto Internacional sobre trastornos de personalidad de la OMS, siendo los coordinadores en España los doctores Pérez Urdaniz (Salamanca) y Rubio Larrosa (Zaragoza).
- SIDP de Pfohl, 1984 (Entrevista estructurada para los trastornos de personalidad).
- PAS de Tyrer y Alexander, 1979 (Escala de evaluación de la personalidad).

Según la CIE-10, además de las peculiaridades de cada trastorno específico, hay una serie de pautas generales para el diagnóstico de los trastornos de personalidad:

a) Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.

b) La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.

c) La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.

d) Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la

adolescencia y persisten en la madurez.

e) El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.

f) El trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

22.8. Clínica de los trastornos de la personalidad

Como se observa en la figura 22.1, las *alteraciones* de la personalidad no tienen una etiología concreta conocida, mientras que las *transformaciones* de la personalidad son secundarias a una experiencia catastrófica, a una enfermedad psiquiátrica o a una patología cerebral.

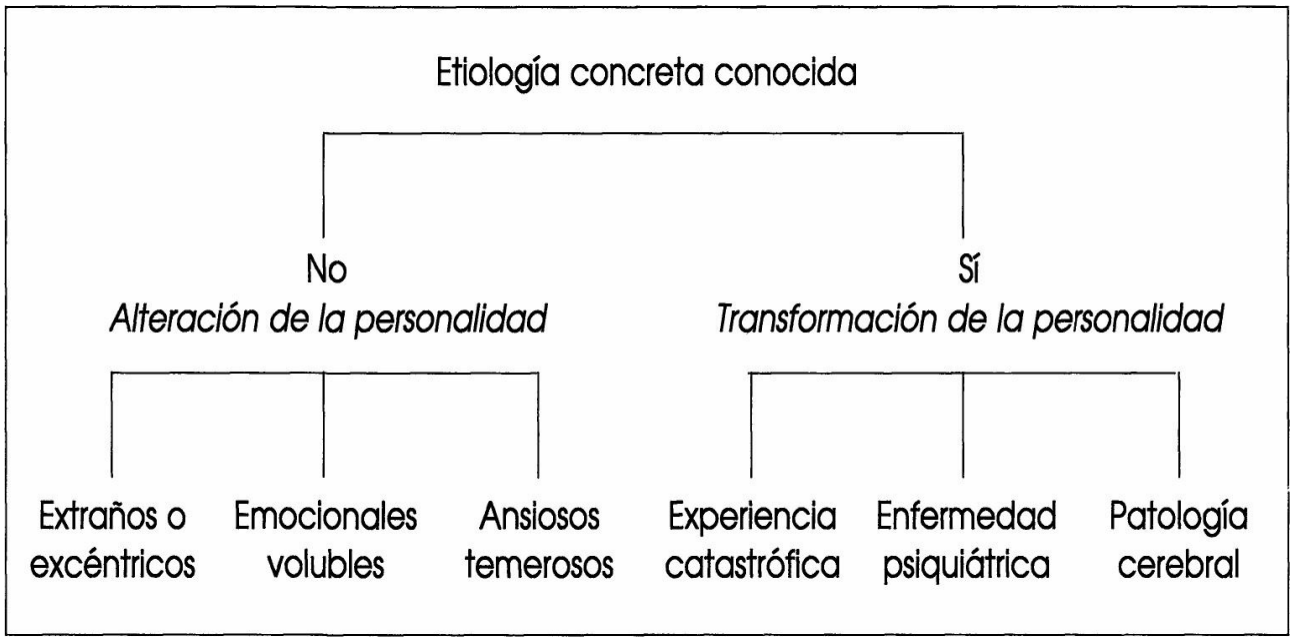


FIGURA 22.1. Trastornos de la personalidad.

22.5,1. Alteraciones de lo personalidod

A) Conducta extraña o excéntrica

TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

La sintomatología esencial consiste en una tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de los demás como agresivas o amenazantes.

Son sujetos que se creen explotados por los demás, son desconfiados,

patológicamente celosos, reaccionan a menudo de forma agresiva. Afectivamente son individuos fríos, egocéntricos y rígidos. No produce mucho deterioro ya que suelen guardar para sí sus ideas, sólo en casos graves se ven afectadas las relaciones de tipo social.

Tienen una cierta incapacidad para perdonar agravios o perjuicios, presentan un sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad, hay una predisposición a sentirse excesivamente importantes con una actitud autorreferencial constante, sienten preocupación por "conspiraciones" sin fundamento, por acontecimientos del entorno inmediato o del mundo en general.

Este diagnóstico incluye la personalidad expansiva y la personalidad queru-lante.

TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

Consiste en una pauta generalizada de indiferencia a las relaciones sociales y una afectividad muy limitada. Son sujetos que no desean ni disfrutan con las relaciones íntimas, solitarios, que casi nunca experimentan emociones fuertes, como ira o alegría. El deterioro de estos sujetos suele ser grande a nivel sociolaboral.

Presentan una gran incapacidad para sentir placer (anhedonia), frialdad emocional, desapego o embotamiento afectivo, respuesta pobre a los elogios, incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás, pero interés por las relaciones sexuales, ausencia de relaciones personales íntimas, marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a un comportamiento excéntrico.

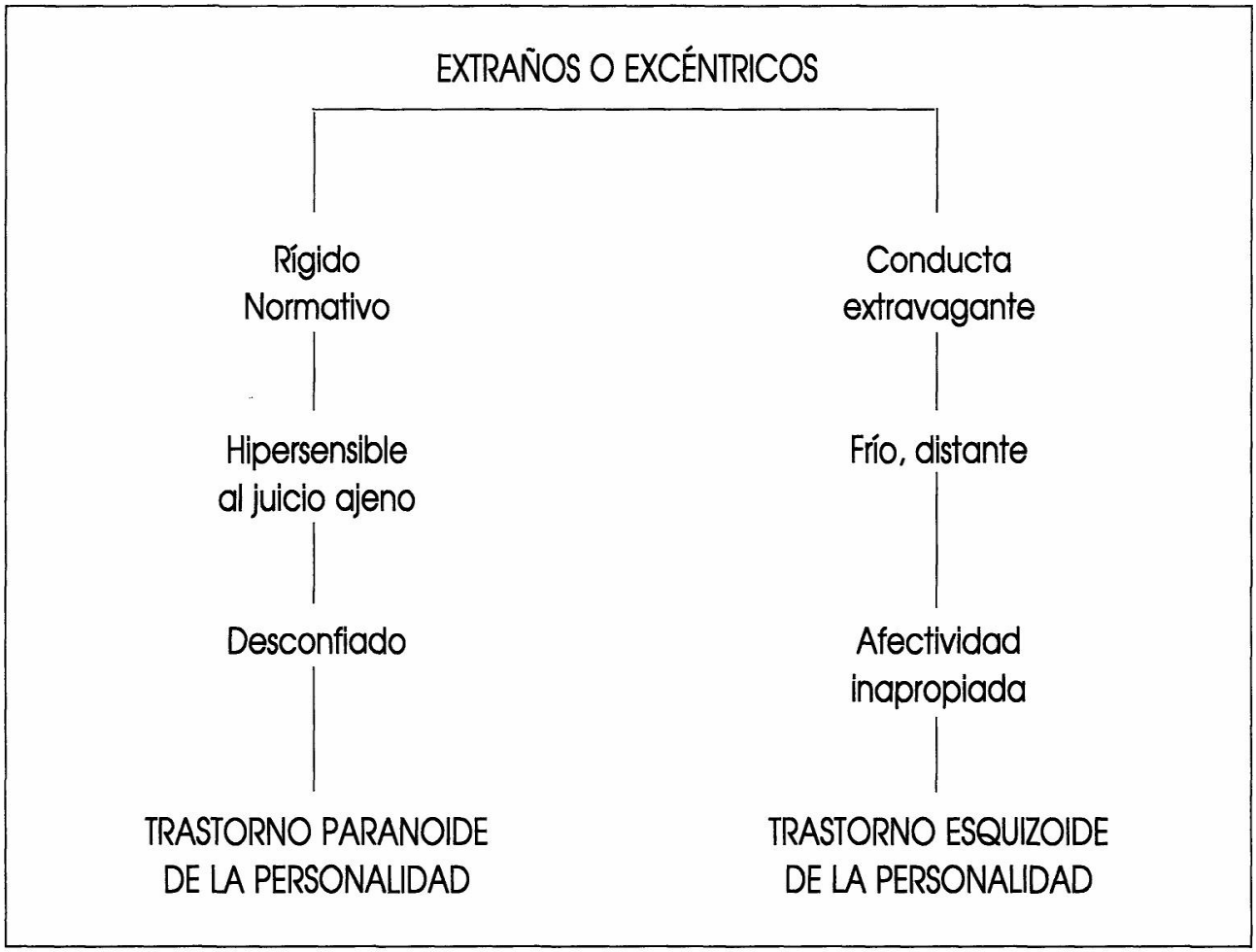


FIGURA 22.2. Trastornos de la personalidad con una conducta extraña o excéntrica.

B) Conducta emocional y voluble

TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

La sintomatología esencial consiste en una pauta de conducta irresponsable y antisocial que comienza en la infancia o adolescencia y continúa en la edad adulta.

Los signos infantiles típicos son mentiras, hurtos, holgazanería, vandalismo, peleas, fugas del hogar y crueldad física. En la edad adulta continúa esta pauta, los que les conduce a un fracaso en la actividad laboral, en el mantenimiento de obligaciones económicas, etc.

En muchos casos llevan a cabo conductas delictivas; son sujetos irritables y agresivos, tanto a nivel social como familiar, que realizan conductas temerarias sin preocupación por la seguridad personal; es también frecuente la promiscuidad sexual. Hay que destacar la ausencia total de culpabilidad respecto a sus conductas; es frecuente el uso de drogas y sustancias psicoactivas.

La edad de comienzo suele ser en la adolescencia y el deterioro es grave, impidiendo el desarrollo de un adulto independiente y autosuficiente, lo que da lugar en muchos casos a años de institucionalización, con frecuencia más penal que médica.

Presentan una cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatia, incapacidad para mantener relaciones personales duraderas, muy baja tolerancia a la frustración y marcada predisposición a culpar a los demás de sus conductas.

En la clasificación DSM-III-R figuraba el trastorno narcisista de la personalidad, que ya no figura en la CIE-10; son muchos los estudios que demuestran que el trastorno narcisista es una variable del disocial más adaptada socialmente y su génesis está influida por parámetros educacionales en la infancia del sujeto.

Dentro del trastorno disocial se incluyen la personalidad psicopática, la antisocial, la sociopática y la amoral.

TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD

Este trastorno sustituye o equivale al trastorno límite de la personalidad; se trata de un trastorno en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. Consiste en una inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen, de las relaciones interpersonales y del estado de ánimo. Hay una notable alteración de la identidad, que se manifiesta por incertidumbre respecto a temas vitales, como orientación sexual, objetivos a largo plazo, etc., lo que les conduce a una sensación de vacío y aburrimiento. Pueden presentar manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos.

Existen dos variantes:

- *Tipo impulsivo:* Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de los impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros; se incluye la personalidad explosiva y agresiva.
- *Tipo límite:* Afecta básicamente a la imagen de sí mismo. Se implica en relaciones intensas e inestables que pueden causar crisis emocionales repetidas, las cuales se suelen acompañar de amenazas suicidas o actos autoagresivos.

TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

Consiste en una pauta generalizada de comportamiento de emocionalidad y búsqueda exagerada de atención. Estos sujetos demandan apoyo, atención y alabanza por parte de los demás, sintiéndose incómodos cuando no son el centro de atención.

Son típicos los cambios de humor y la escasa tolerancia a la frustración; sus relaciones interpersonales son tormentosas y poco gratificantess. Este trastorno es más frecuente en mujeres.

Tienen tendencia a la representación de su papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones, sugestionabilidad y facilidad para dejarse influir por los demás, afectividad lábil y superficial, comportamiento y aspecto marcados por un deseo inapropiado de seducir, preocupación excesiva por el aspecto físico.

FIGURA 22.3. Trastornos de la personalidad con una conducta emocional y voluble.

En este diagnóstico se incluye la personalidad psicoinfantil e histérica.

C) Conducta ansiosa y temerosa

TRASTORNO ANANCÁSTICO DE LA PERSONALIDAD

Este trastorno es denominado en el DSM-III-R como trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. La sintomatología esencial consiste en una pauta generalizada de perfeccionismo e inflexibilidad. Son sujetos con conductas rígidas que con frecuencia se marcan objetivos inalcanzables y preocupados por las normas que ellos mismos se imponen.

Presentan falta de decisión, dudas y preocupaciones excesivas por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios; perfeccionismo que interfiere en la actividad práctica; rectitud y escrupulosidad excesivas, junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones personales; pedantería y convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones; rigidez y obstinación; insistencia poco razonable en que los demás se sometan a la propia rutina y resistencia también poco razonada a dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer. Presentan una irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos.

TRASTORNO ANSIOSO DE LA PERSONALIDAD

Denominado en el DSM-III-R como trastorno por evitación de la personalidad. Se caracteriza por una pauta generalizada de malestar en el contexto social y miedo o temor a una evaluación negativa por parte de los demás. Todo ello les lleva a evitar las relaciones sociales y profesionales. El sujeto presenta sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor, preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás, preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad, resistencia a entablar relaciones personales si no es con la seguridad de ser aceptado, restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física. Evita actividades sociales o laborales que impliquen contactos personales íntimos, por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo.

TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD

Consiste en una conducta dependiente y sumisa patente desde el inicio de la edad adulta. Presentan dificultades para tomar decisiones cotidianas, respaldándose en consejos y recomendaciones de los demás, con los que están de acuerdo por miedo a sentirse rechazados. Soportan mal la soledad y temen ser abandonados. Este trastorno suele ser muy incapacitante a nivel laboral.

Estas personas tienden a fomentar o permitir que otras asuman responsabilidades importantes de la propia vida, subordinan las necesidades propias a las de aquellos de los que dependen; se resisten a hacer peticiones, incluso las más razonables, a las personas de las que dependen; presentan sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solos, debido a miedos exagerados a ser capaces de cuidar de sí mismos; tienen temor a ser abandonados por una persona con la que se tiene una relación estrecha y temor a ser dejados a su propio cuidado; están muy limitados para tomar decisiones cotidianas sin el consejo o seguridad de los demás.

Dentro de este trastorno se pueden incluir otras denominaciones diagnósticas, como personalidad asténica, personalidad inadecuada, personalidad pasiva y personalidad derrotista.

FIGURA 22.4. Trastornos de la personalidad con una conducta ansiosa y temerosa.

D) Otros trastornos específicos de la personalidad

Se incluyen una serie de trastornos que en la CIE-10 no se ha considerado

desarrollarlos, si bien se codifican.

Son la personalidad narcisista, personalidad excéntrica, personalidad inestable, personalidad inmadura, personalidad pasivo-agresiva y personalidad psico-neurótica.

Asimismo el DSM-III-R contempla dos trastornos pendientes de clarificar hasta su posterior estudio: la personalidad sádica y la personalidad autodestructiva.

22.8.2. Transformaciones de la personalidad

A) Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica

La transformación se debe a la experiencia vivida de una forma muy estresante con un profundo efecto sobre la personalidad del sujeto, independientemente de su vulnerabilidad. Son ejemplos las experiencias en campos de concentración, torturas, desastres y exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida.

Suele ser frecuente que a este tipo de transformación le preceda un trastorno por estrés postraumático, pasando a estados crónicos o secuelas irreversibles de este trastorno.

Pautas para el diagnóstico:

Según la CIE-10, esta transformación de la realidad debe ser persistente y manifestarse como rasgos rígidos y desadaptativos que llevan a un deterioro de las relaciones personales y de la actividad social y laboral. Por lo general, la transformación de la personalidad debe ser confirmada por la información de un tercero. El diagnóstico esencialmente se basa en la presencia de rasgos previamente ausentes, como por ejemplo:

a) Actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo.
b) Aislamiento social.
c) Sentimientos de vacío o desesperanza.
d) Sentimiento permanente de "estar al límite", como si se estuviera constantemente amenazado.
e) Vivencia de extrañeza de sí mismo.

Esta transformación de la personalidad debe haber estado presente por lo menos durante dos años y no debe poder ser atribuida a un trastorno de la personalidad preexistente o a un trastorno mental distinto del trastorno de estrés pos-traumático (F43.1). También debe destacarse la presencia de una enfermedad o de una lesión cerebral importante que pudieran dar lugar a manifestaciones clínicas similares.

B) Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica

Siguiendo la clasificación CIE-10 se trata de una trasformación de la personalidad atribuible a la experiencia traumática de sufrir una enfermedad psiquiátrica grave. Los cambios no pueden ser explicados por un trastorno de personalidad previo y deben diferenciarse de la esquizofrenia residual y de otros estados de recuperación incompleta de un trastorno mental previo.

Pautas para el diagnóstico:

La transformación de la personalidad debe ser persistente y manifestarse como un modo rígido y desadaptativo de la manera de vivenciar y comportarse, que lleva a un deterioro a largo plazo (personal, social o laboral), así como a un malestar subjetivo. No debe estar presente un trastorno de personalidad preexistente que pueda explicar el cambio de la personalidad y el diagnóstico no debe basarse en un síntoma residual de un trastorno mental previo. La transformación de la personalidad tiene que haber surgido tras la recuperación clínica de un trastorno mental que se debe haber vivenciado como extremadamente estresante y devastador para la imagen de sí mismo. Las actitudes o reacciones de otras personas hacia el enfermo después de la enfermedad son importantes para determinar y reforzar los niveles de estrés percibidos por la persona. Este tipo de transformación de la personalidad no puede ser comprendido totalmente sin tener en consideración la experiencia emocional subjetiva y la personalidad previa, sus formas de adaptación y sus factores de vulnerabilidad específicos.

Para poder hacer este diagnóstico, la transformación de la personalidad debe manifestarse por rasgos clínicos como los siguientes:

a) Excesiva dependencia y demandas de terceras personas.
b) Convicción de estar cambiando o estigmatizado por la enfermedad precedente, lo que da lugar a una incapacidad para formar y mantener relaciones personales de confianza y a un aislamiento social.
c) Pasividad, reducción de los intereses y de la participación en entretenimientos.
d) Quejas constantes de estar enfermo, que pueden acompañarse de demandas hipocondríacas y comportamiento de enfermedad.
e) Humor disfórico o lábil, no debido a un trastorno mental presente o previo con síntomas afectivos residuales.
f) Deterioro significativo del rendimiento social y ocupacional.

Las manifestaciones señaladas deben haber estado presentes durante un período de por lo menos dos años. La transformación no puede ser atribuida a una enfermedad o lesión cerebral importante. Un diagnóstico previo de esquizofrenia no excluye el diagnóstico.

C) Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales

La alteración de la personalidad y del comportamiento debida a una enfermedad, una lesión o una disfunción cerebral puede ser de carácter residual concomitante con una enfermedad, daño o disfunción cerebral. En algunos casos las características concretas de las manifestaciones de estos trastornos de la personalidad y del comportamiento residuales o concomitantes pueden sugerir el tipo o localización de la afección cerebral. Sin embargo, no debe sobreestimarse la fiabilidad de este tipo de presunción diagnóstica y por lo tanto deberán investigarse siempre de un modo independiente la etiología subyacente y, si aparece, se anotará el diagnóstico correspondiente.

TRASTORNO ORGÁNICO DE LA PERSONALIDAD

Este trastorno se caracteriza por una alteración significativa de las formas habituales del comportamiento premórbido. Estas alteraciones afectan de un modo particular a la expresión de las emociones, de las necesidades y de los impulsos. Los procesos cognoscitivos pueden estar afectados en especial o incluso exclusivamente en el área de la planificación de la propia actividad y en la previsión de probables consecuencias sociales y personales, como el llamado síndrome del lóbulo frontal. No obstante, se sabe que el síndrome se presenta no sólo en las lesiones del lóbulo frontal, sino también en lesiones de otras áreas circunscritas del cerebro.

Pautas para el diagnóstico:

Un diagnóstico definitivo se basa, además de en los claros antecedentes u otra evidencia de enfermedad, lesión o disfunción cerebral, en la presencia de dos o más de los siguientes rasgos:

a) Capacidad persistente reducida para mantener una actividad orientada a un fin, concretamente las que requieren períodos largos de tiempo o gratificaciones mediatas.

b) Alteraciones emocionales, caracterizadas por labilidad emocional, simpatía superficial e injustificada (euforia, expresiones inadecuadas de júbilo) y cambios rápidos hacia la irritabilidad o hacia manifestaciones súbitas de ira y agresividad. En algunos casos el rasgo predominante puede ser la apatía.

c) Expresión de necesidades y de impulsos que tienden a presentarse sin tomar en consideración sus consecuencias o molestias sociales (el enfermo puede llevar a cabo actos antisociales, como robos, comportamientos sexuales inadecuados, comer vorazmente o no mostrar preocupación por su higiene y aseo personal).

d) Trastornos cognoscitivos, en forma de suspicacia o ideas paranoides o preocupación excesiva por un tema único, por lo general abstracto (por ejemplo, la religión, el "bien y el mal"), o por ambas a la vez.

e) Marcada alteración en el ritmo y flujo del lenguaje, con rasgos tales como circunstancialidad, "sobre-inclusividad", pegajosidad e hipergrafía.

f) Alteración del comportamiento sexual (disminución de la sexualidad o cambio del objeto de preferencia sexual).

Incluye:	Síndrome del lóbulo frontal.
	Trastorno de personalidad de la epilepsia límbica.
	Síndrome poslobotomía.
	Personalidad orgánica pseudopsicopática.
	Personalidad orgánica pseudorretrasada.
	Estado posleucotomía.

SÍNDROME POSENCEFALÍTICO

En este síndrome se incluyen los cambios de comportamiento residuales que se presentan tras la recuperación de una encefalitis vírica o bacteriana. Los síntomas no son específicos y varían de unos individuos a otros, de acuerdo con el agente infeccioso y, sobre todo, con la edad del enfermo en el momento de la infección. La diferencia principal entre este trastorno y el resto de los trastornos orgánicos de personalidad es que a menudo es reversible.

Pautas para el diagnóstico:

Las manifestaciones de este trastorno suelen consistir en malestar general, apatía o irritabilidad, cierto déficit de las funciones cognoscitivas (dificultades de aprendizaje), alteración de los hábitos del sueño y de la ingesta, cambios de la conducta sexual y disminución de la capacidad de juicio. Pueden presentarse muy diversas disfunciones neurológicas residuales, como parálisis, sordera, afasia, apraxia constructiva o acalculia.

SÍNDROME POSCONMOCIONAL

Este síndrome se presenta normalmente después de un traumatismo craneal, por lo general suficientemente grave como para producir una pérdida de conciencia. En él se incluye un gran número de síntomas dispares, como cefaleas, mareos (en los que suelen faltar los rasgos característicos del vértigo), cansancio, irritabilidad, dificultades de concentración y de la capacidad de llevar a cabo tareas intelectuales, deterioro de la memoria, insomnio y tolerancia reducida a situaciones estresantes, a excitaciones emocionales y al alcohol. Estos síntomas pueden acompañarse de un estado de ánimo depresivo o ansioso, dando lugar a una cierta pérdida de la estimación de sí mismo y a un temor a padecer una lesión cerebral permanente. Estos sentimientos refuerzan los

síntomas primarios y se pone así en marcha un círculo vicioso. Algunos enfermos se vuelven hipocondríacos y se embarcan en la búsqueda constante de diagnósticos y de tratamientos, y de ellos algunos pueden adoptar el papel permanente de enfermo.

La etiología de todos estos síntomas no es siempre clara y se han interpretado tanto como consecuencia de factores orgánicos como psicológicos. Por consiguiente, el lugar de este cuadro en la nosología es aún incierto. Por otra parte, no hay duda de que este síndrome es frecuente e implica gran malestar para el enfermo.

Pautas para el diagnóstico:

Un diagnóstico definitivo se basa en la presencia de al menos tres de los rasgos señalados anteriormente. Debe hacerse una evaluación cuidadosa mediante exploraciones complementarias (electroencefalografía, potenciales evocados del tronco cerebral, técnicas neuroradiológicas, oculonistagmografía, etc.), dado que pueden servir para objetivar los síntomas, aunque en la mayoría de los casos estos resultados son negativos. Las quejas no son necesariamente debidas a motivos de compensación.

Incluye:	Síndrome (encefalopatía) posconmocional. Síndrome cerebral postraumático no psicótico.

22.9. Cuidados y atención de enfermería

La mayor parte de los sujetos afectados por estos trastornos son egosintónicos, o sea, individuos que viven como normal su patológica forma de ser. Este hecho va a dificultar o impedir que acudan a los diferentes recursos asistenciales; en consecuencia, mucho más difícil es que estos pacientes sean ingresados en una unidad psiquiátrica hospitalaria, por lo que la atención de enfermería es muy limitada.

Por lo general estos pacientes, una vez ingresados, provocan reacciones fuertes; puede establecerse una relación de empatía y cariño que se ve frustrada rápidamente por el rechazo, por parte del paciente, a cualquier tipo de ayuda. Estas reacciones provocan mayor daño en el profesional que en el paciente; prevenir los efectos de esta frustración será un objetivo que deberá marcarse el personal de enfermería.

De todos los trastornos de personalidad quizá sean el disocial y el de inestabilidad emocional los que, de forma involuntaria o por sus complicaciones, más precisan un internamiento.

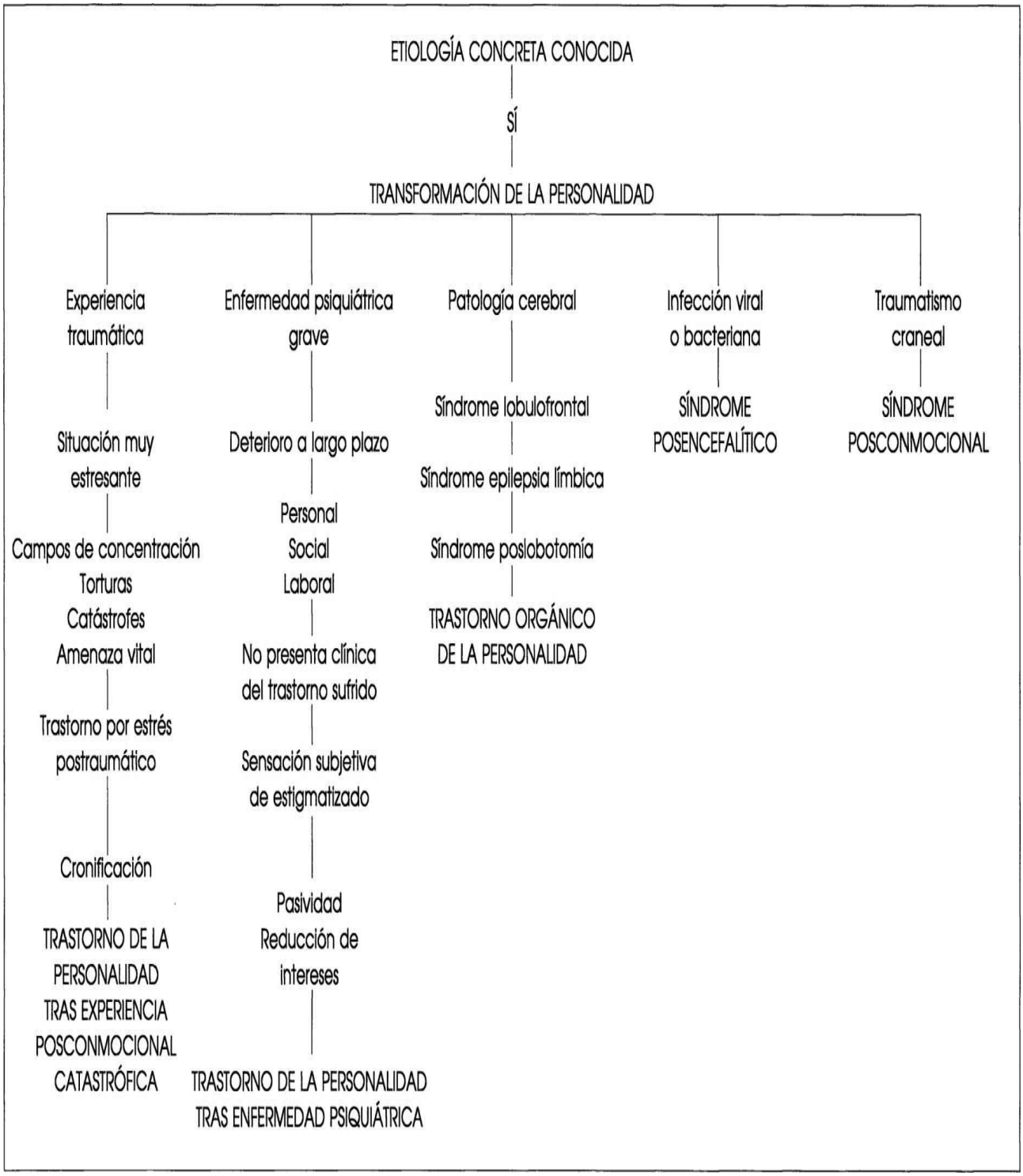


FIGURA 22.5. Transformaciones de la personalidad.

Las pautas de actuación del personal de enfermería son fundamentalmente las siguientes:

- Poner una serie de límites al comportamiento del paciente que favorezcan su autocontrol,
- Explicarle qué se espera de él.
- Favorecer su expresión verbal, que exprese sus sentimientos.
- Evitar emplear medidas extremas como el castigo o el desquite.
- No se debe tolerar un comportamiento arbitrario para después reprenderle; los comportamientos arbitrarios deben reprenderse siempre en el momento.
- No tolerar que el paciente viole los derechos de otros pacientes.
- Es imprescindible la comunicación de información entre todos los profesionales para evitar las diferentes manipulaciones.
- Aplicar principios de disciplina claros; a los familiares les será útil como modelo a aplicar con posterioridad.
- Conviene que estos pacientes canalicen su enojo hacia objetos intermediarios, como golpear una almohada, realizar juegos de dramatización o ejercicio físico.
- Observar al paciente, con quién y cómo se relaciona, con el fin de prevenir situaciones de manipulación de otros pacientes y personal, que dificulten el entorno terapéutico.
- Hay que explicar siempre al paciente cuándo, cómo y dónde son inaceptables sus conductas; muy posiblemente no se haya dado cuenta de ellas.
- Se deberá evitar discutir con el paciente de forma gratuita.
- No hay que frustrarse por la falta de progreso terapéutico de estos pacientes, ni desanimarse, sino comprender lo duro del trabajo cotidiano; una conducta segura y constante les servirá siempre como correcto modelo referencial.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J.: *Tratado de psiquiatría*, 2ª ed. Salvat. Barcelona, 1989.

LIPKIN, G. y COHEN, R.: *Cuidados de enfermería en pacientes con conductas especiales*. Doyma. Barcelona, 1989.

SAUNDERS, J. y VALENTE, S.: *Problemas psiquiátricos*. Nurse Review. Masson. Barcelona, 1991.

SCHULTZ, J. M. y DARK, S. L.: *Enfermería psiquiátrica, planes de cuidados*. Interamerica-na. México, 1984.

TALBOTT, J. A.; HALES, R. y YUDOFSKY, S. C: *Tratado de psiquiatría*. Áncora. Barcelona, 1989.

23

Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos

OBJETIVOS

- Conocer los distintos trastornos de los hábitos y del control de los impulsos: ludopatía, piromanía, cleptomanía y tricotilomanía.
- Conocer la etiología, epidemiología, evolución, diagnóstico y tratamiento de estos trastornos.
- Establecer las pautas de actuación del profesional de enfermería en la atención y cuidados de los pacientes que sufren este tipo de trastornos.

23.1. Clasificación de los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos

Según la última edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10, estos trastornos se agrupan en los siguientes tipos:

- Ludopatía.
- Piromanía.
- Cleptomanía.
- Tricotilomanía.

De manera similar se encuentran clasificados en la tercera edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R).

El motivo de este agrupamiento es meramente descriptivo, ya que su etiología es poco conocida y la valoración que se establece en ellos para que puedan compartir un apartado común radica fundamentalmente en las dificultades para incluirlos en otros grupos patológicos más específicos. Es lo que el DSM-III-R llama "clase diagnóstica residual", por lo que es previsible que se reubiquen en otros apartados conforme se vaya avanzando en su conocimiento.

A excepción de la ludopatía, son fenómenos de escasa frecuencia y quizá por esto poco investigados y conocidos. En su descripción prácticamente sólo se hace referencia a su síntoma principal, que da nombre al trastorno por la marcada especificidad del objeto al que va dirigido el acto impulsivo. La realización de este acto, a diferencia de otros, es egosintónica, es decir que se experimenta como placentera y parte de un deseo consciente de realizarla aunque posteriormente puedan aparecer sentimientos de culpa.

23.2. Ludopatía

Consiste en el fracaso para resistir los impulsos de jugar y en la aparición de una conducta que pone en peligro la vida personal, familiar y social del individuo.

Esta conducta aumenta en los períodos de estrés. Los problemas ocasionados por el juego determinan un aumento en esta misma actividad.

Epidemiología

La incidencia en España, Canadá y EEUU es similar, entre un 2,5 y un 3% de la población en el año 1990. Predomina en varones.

Etiología

No se conoce, aunque hay varias hipótesis que intentan explicarla:

- *Hipótesis neurobiológicas*. Existen dos líneas de investigación que intentan explicar este trastorno:

- *Hipótesis noradrenérgica*, en la cual se establece un paralelismo entre este trastorno y las adicciones, involucrándose al "arousal" o activación junto al rasgo temperamental de "búsqueda de sensaciones". Estos pacientes tendrían un bajo nivel de activación y necesitarían estímulos externos intensos que los activen. Los datos que sustentan esta hipótesis son el aumento de noradrenalina en orina y de su metabolito MHPG en líquido cefalorraquídeo.
- *Hipótesis serotoninérgica*, que intenta establecer un nexo de unión de este trastorno con otras conductas impulsivas, como el suicidio, conductas violentas y la piromanía, ya que en todos ellos existiría un déficit de serotoni-na central. En los pacientes ludópatas, este déficit se ha detectado por la inhibición de la respuesta endocrina en el test de la clorimipramina (CMI).

• *Hipótesis conductuales*. Para esta hipótesis la conducta adictiva es un refuerzo positivo que acaba constituyéndose en componente estructural de la vida cotidiana del individuo.

• *Hipótesis psicoanalítica*. Clasifica a los ludópatas como neuróticos compulsivos con tendencias homosexuales latentes.

Aspectos sociológicos

Los ludópatas son más inestables desde el punto de vista tanto familiar como laboral. El DSM-III-R considera como factores predisponentes una disciplina familiar inadecuada, exposición al juego en la adolescencia y valores familiares que se centran en lo material exclusivamente.

Evolución

Tiende a la cronicidad. Edad de inicio: la adolescencia.

Diagnóstico

Tanto la CIE-10 como el DSM-III-R consideran que podemos diagnosticar la ludopatía cuando nos encontramos ante una conducta de juego de apuestas constante y reiterada, a pesar de las consecuencias negativas tanto sociales como familiares y económicas.

Diagnóstico diferencial

Con el juego social, donde las pérdidas son aceptables, y también con conductas antisociales y episodios maníacos, donde el juego está presente pero forma parte de una psicopatología más abigarrada.

Tratamiento

El principal problema es que los pacientes no acuden voluntariamente, sino bajo presión social y familiar. Las terapias conductuales no dan resultado. Las terapias psicoanalíticas han sido eficaces en algunos casos. Se han intentado terapias grupales ("jugadores anónimos") similares a los grupos de alcohólicos anónimos. Ha habido muchos abandonos pero en los que permanecieron, los resultados fueron buenos. En la actualidad se han intentado tratamientos farmacológicos con clorimipramina con resultados esperanzadores.

23.3. Piromanía

Etimológicamente significa "locura por el fuego", y se caracteriza por una conducta incendiaria, sin otro motivo que el placer que se experimenta tanto en la realización del acto como en la observación de la combustión, precedidos por una sensación de aumento de tensión que se "descarga" con la realización del impulso.

Epidemiología

Los estudios epidemiológicos son poco concluyentes debido fundamentalmente a las dificultades para establecer un diagnóstico preciso. Lo que sí parece claro es que la mayoría de las conductas incendiarias no responden a pirómanos propiamente dichos, sino que son actos realizados por motivos de venganza, buscando dañar o beneficiarse (cobrar seguros, utilizar tierras para tala o cultivo, etc.), o secundarios a otras patologías psiquiátricas, concretamente las psicosis y el trastorno antisocial de la personalidad.

Diagnóstico

Del apartado anterior se deduce la importancia de realizar un diagnóstico previo de exclusión. Antes de confirmar una piromanía hay que descartar otros trastornos y pensar en la posibilidad de que el incendiario esté realizando una simulación para eximirse de la responsabilidad penal.

Etiología

Los estudios causales se han realizado fundamentalmente desde el campo del psicoanálisis, buscando la relación simbólica del fuego con la líbido y pulsión agresiva, asociándose esta conducta desviada con las disfunciones en las relaciones sexual y agresiva.

En el campo de la investigación bioquímica, se han relacionado niveles bajos de glucosa y monoaminas con la conducta incendiaria.

Tratamiento

No es posible hacer una referencia de pautas concretas para el abordaje terapéutico, las informaciones son escasas y dispersas, y la mayor parte hacen alusión a casos aislados, en los que la mayoría de actuaciones son desde la terapia psicoanalítica.

En cualquier caso, la psicoterapia está sobradamente indicada, y los resultados de la misma dependerán en gran medida de la capacidad del paciente y sus recursos personales para elaborar y enfrentarse a su problema, aportándosele vías alternativas de comunicación.

23.4. Cleptomanía

Consiste en el fracaso de resistir los impulsos de robar objetos que no son necesarios para su uso inmediato o por su valor económico. Este comportamiento se presenta con carácter recurrente. Una vez conseguidos estos objetos, son regalados, desechados o escondidos. El hecho de robar libera al individuo de una sensación de tensión. Se puede acompañar posteriormente de vergüenza o culpabilidad.

Esta actividad no ha sido planificada, ni prevista la posibilidad de ser descubierto. No existen cómplices, es una acción realizada en solitario.

Epidemiología

Es una condición rara. Según el DSM-III-R sólo el 5% de los robos realizados en tiendas cumplirían los requisitos de este trastorno.

La distribución por sexos no se conoce, pero la mayor parte de los casos publicados corresponden a personas de sexo femenino.

Etiología

Se desconoce la causa de la cleptomanía. La mayor parte de las hipótesis etiológicas son psicoanalíticas y dan diferentes significaciones psicológicas a esta conducta:

- Expresión de la sensación de culpa inconsciente.
- Sustitución del amor perdido.
- Venganza por la pérdida de algo importante para el individuo.

Evolución

Tiende a la cronicidad. Suele comenzar en la infancia aunque dado lo escaso de la casuística, no puede afirmarse con rotundidad.

Diagnóstico

Tanto la CIE-10 como el DSM-III-R consideran criterios para el diagnóstico una conducta de robo precedido de tensión emocional y que una vez realizada la acción se libera. No obedece a móviles económicos ni se realiza en grupo.

Diagnóstico diferencial

Debe establecerse con el robo ordinario, con los simuladores que pretendan pasar por cleptómanos para rehuir la justicia. También debe descartarse otros enfermos mentales en los que aparece el robo pero sin el significado de la cleptomanía y ocupando un lugar secundario en la clínica de los mismos. Éstos son:

- Trastornos de conducta.
- Trastorno antisocial de la personalidad.
- Esquizofrenia.
- Episodios maníacos.
- Trastornos mentales orgánicos.

Tratamiento

El más utilizado ha sido la terapia psicoanalítica. También se han utilizado técnicas conductistas como la desensibilización sistemática y el condicionamiento aversivo.

23.5. Tricotilomanía

Es el menos frecuente de estos trastornos. El individuo se arranca el cabello dejando áreas irregulares de calvicie sin cicatriz en el cráneo, aunque también en otras zonas pilosas como las cejas, pestañas y pubis.

El trastorno se incluyó dentro de este grupo en la tercera edición revisada del DSM en 1987, manteniéndose en este apartado aunque es muy cuestionable para algunos autores esta inclusión.

Epidemiología

Se da principalmente en niños y adolescentes. En adultos la casuística es muy escasa y, dadas las diferencias entre ambos grupos, es al menos cuestionable su inclusión en una misma nosología.

En niños se da con una incidencia de 2,5 veces mayor en hembras que en varones (Orange y cols., 1986).

Etiología

En niños, se considera que es una manifestación de frustración, donde subyacería un conflicto intrapsíquico; siendo precisamente en los períodos de estrés donde suele desarrollarse éste. Así, las situaciones familiares desestabilizantes, relaciones madre-hijo deficitarias y/o desestructuradas y otros problemas similares, dentro y fuera de la familia, podrían desencadenar una tricotilomanía, sola o acompañada de otros síntomas de similar significancia, como son la onicofagia y la tricofagia (ingesta de uñas y pelo respectivamente), que a menudo se dan asociados al primero.

Al comienzo del capítulo se han comentado las deficiencias en la conceptualización de estos trastornos, lo que hace que exista diversidad de planteamientos. Un ejemplo de esto son las consideraciones de Krishnan y colaboradores (1985), que no consideran la tricotilomanía como enfermedad, sino como síntoma perteneciente a entidades tales como el retraso mental, el trastorno obsesivo-compulsivo, la esquizofrenia, la depresión y el trastorno límite de la personalidad.

Diagnóstico diferencial

Fundamentalmente hay que realizarlo con alteraciones dermatológicas,

concretamente la tiña tonsurante y la alopecia areata, como patologías más frecuentes. Y dentro del campo psiquiátrico, con el movimiento estereotipado, concretamente con el de estirarse el pelo, que puede dar lugar a un cuadro similar.

Tratamiento

Lo más frecuente es que el trastorno desaparezca en el niño cuando un estre-sor psicosocial es el que lo ha desencadenado. Si se mantiene en el tiempo, el planteamiento terapéutico pasa por la valoración familiar y de otras áreas de posible conflicto social que puedan indicar el enfoque del abordaje, que deberá ser siempre específico y diferente para cada paciente.

23.6. Cuidados y atención de enfermería

No deja de tener dificultades el hecho de establecer unas pautas específicas con las que pueda ayudarse el personal de enfermería en la atención de estos enfermos, y esto se debe fundamentalmente a lo poco específico y esclarecedor de una nosología que por el momento no abarca mucho más allá de los límites de lo fenomenológico.

Sin embargo, esto no impide actuar desde una posición terapéutica, es decir, desde una posición que no es esperable en alguien que no sea un profesional de la salud.

- La primera medida que hay que tomar hace referencia a los posicionamientos precisamente, pues la mayoría de estos pacientes acceden a los centros asistenciales presionados por la familia e incluso no faltan los que ya han tenido problemas legales, incluido el encarcelamiento. La posición de la sociedad y la familia es confusa y no exenta de conflicto, algo que no debe ocurrir nunca en el profesional, ya que debe transmitir una referencia serena y no recriminatoria (no por ello blanda o paternal) donde el paciente pueda canalizar y reconvertir la ansiedad de la que es portador.
- En los casos de niños y adolescentes, es primordial una recogida de datos que incluya un sondeo familiar en la búsqueda de puntos conflictivos, sobre todo el cómo está estructurada la relación padres-hijos, si existen conflictos matrimoniales, si la madre tiene tendencias de abandono hacia su hijo, si es en exceso sobreprotectora o permisiva.
- Siempre que se pueda, hay que realizar entrevistas individualizadas con cada padre. Esto permitirá obtener referencias a las que de otra manera no se accedería.
- Igualmente, las preguntas directas sobre consumo de alcohol y otras sustancias, así como posibles malos tratos, físicos o psíquicos, deben

hacerse por encima de los condicionantes sociales que este tipo de cuestiones suelen suscitar: unos padres que quieren a su hijo no deben reaccionar con malestar porque un profesional se tome en serio su trabajo; más aún, las reacciones desmedidas pueden aportar datos sobre la personalidad de los entrevistados.

- A los padres a veces les cuesta aceptar que su hijo tiene un problema mental. Esta "desgracia" vivida como tal dificultará la acción terapéutica. El informarles sobre su significado y el hacerles comprender que su actitud tiene que ver con el buen progreso del tratamiento, que son parte integrante del mismo, puede ser determinante en la obtención de resultados.
- En todos los casos, la familia debe ejercer una acción de control del impulso. Esto, además de evitar situaciones embarazosas y nuevas sensaciones de fracaso por parte del paciente al realizar el acto, favorecerá que éste se sienta obligado a buscar otras vías de resolución del conflicto.
- El profesional debe, por tanto, aconsejar unas normas que dificulten al paciente que el impulso se lleve a cabo, como son el control del dinero, las salidas de casa, que éstas se hagan acompañándolo o con conocimiento de adónde va y el tiempo que puede tardar, etc. Esto debe hacerse de forma sistemática y lo más inflexible posible, pues los pacientes tienden a utilizar el engaño y los descuidos, por mínimos que sean, incluso son capaces de hacer alegaciones en un discurso coherente acerca de lo innecesario de estas medidas.
- Por último, debe prestarse atención a un momento especialmente delicado por el peligro de recaída. Se trata de cuando los pacientes empiezan a responder positivamente al tratamiento, produciéndose una tendencia a la relajación por parte de la familia, del propio individuo, que va adquiriendo una seguridad a veces temeraria, y del terapeuta, que mecánicamente va restando la debida atención en las entrevistas, incluso espaciándolas más de lo debido. Ante esto, el profesional de enfermería debe remotivarse manteniéndose y manteniendo a los demás alerta. Precisamente, éste es el momento en que se puede ahondar más en los conflictos que subyacen tras el trastorno cuyas manifestaciones han sido temporalmente superadas.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J.: *Tratado de psiquiatría*, 2ª ed. Salvat. Barcelona, 1989.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor. Madrid, 1992.

PÉREZ URDANIZ, A. y ROMERO, E.: *Psiquiatría clínica para estudiantes de Medicina*. Eurocruz. Salamanca, 1993.

SAIZ, J.; CARRASCO, J. y MORENO, I.: "Investigaciones neuroquímicas en el juego patológico". *Farmacología*

SNC, vol. 7, 89-96. 1993.
TALBOTT, J. A.; HALES, R. y YUDOFSKY, S. C: *Tratado de psiquiatría*. Áncora. Barcelona, 1989.

24

Trastornos de la identidad e inclinación sexuales

OBJETIVOS

- Aprender a detectar y describir en los pacientes los trastornos de identidad e inclinación sexuales.
- Establecer los diagnósticos de enfermería y las implicaciones de los trastornos a nivel conductual, biológico y social en cada caso.
- Conocer la etiología, el diagnóstico clínico y el tratamiento de los diferentes trastornos, en función de diversos modelos y escuelas.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería en el marco asistencial específico.

24.1. Posibles direcciones dentro de la sexualidad

Para comprender el significado real de este tipo de trastornos o variaciones de la conducta humana es preciso responder antes a una pregunta esencial: ¿Qué significa "ser un hombre" o "una mujer"? Cuando nos hacemos esta pregunta, inmediatamente

aparecen una imagen femenina y otra masculina, cada una de ellas con un sexo bien definido anatómicamente, y con una apariencia externa de cada una de estas imágenes propia de la sociedad en que nos movemos, a las que además se les asigna un papel concreto (tradicionalmente, mujer con vestido, maternal, afectiva, etc.; hombre duro, responsable de su familia, triunfador, etc.). Estas imágenes mentales y conceptuales las proporcionan no sólo la apariencia externa del sexo anatómico, sino también la interacción de los factores que han influido sobre el individuo en cada etapa de su desarrollo sexual, en su contexto histórico, cultural y biográfico.

El sexo ha sido investigado con entusiasmo a lo largo de la historia, pero la investigación verdaderamente científica de las diferencias sexuales apenas si acaba de comenzar.

Se hablaba de que había dos caminos separados, uno que conducía desde "los cromosomas x-y a la virilidad" y otro que iba desde "los cromosomas x-x hacia la femineidad". Pero siempre ha habido excepciones: hermafroditas, travestís, transe-xuales y homosexuales.

El hecho es que no hay dos caminos, sino uno solo con una cantidad de bifurcaciones en cada una de las cuales se decide la dirección masculina o femenina. La mayoría de las personas selecciona en cada bifurcación la misma dirección, salvo algunas que han elegido una dirección distinta en alguna parte del camino; sin su elección, estas bifurcaciones jamás habrían sido descubiertas ni ostentadas *a posteriori*, determinando las identidades e inclinaciones sexuales. Sobre esta base conceptual se analiza a continuación los trastornos de la identidad y de la inclinación sexuales.

24.2. Trastornos de la identidad sexual

La sintomatología esencial de estos trastornos consiste en una disociación entre el sexo anatómico y la propia *identidad sexual*, definida como la percepción individual y la propia conciencia de ser hombre o mujer. Este concepto fue introducido para destacar el contraste con el *sexo*, término que resume los atributos biológicos respectivos de hombre o mujer. La identidad sexual es el producto de tres tipos de fuerzas: respuestas biológicas, biopsíquicas e intrapsíquicas al entorno, especialmente los efectos derivados de las actitudes paternas y sociales.

Otros conceptos significativos acerca de la cuestión son:

- *Rol sexual:* Es la conducta que un individuo muestra a los demás o a uno mismo para determinar el grado de pertenencia al sexo masculino o al sexo femenino.
- *Orientación sexual:* Es la atracción sexual que un individuo siente hacia otras personas, del sexo opuesto o de su mismo sexo, o hacia otros objetos no sexuales.

La identidad sexual se desarrolla en los primeros años de la vida y generalmente se establece a los tres años de edad. Depende en mayor grado del sexo con el que se educa al sujeto, que de los factores biológicos; esto se ha visto en estudios realizados con genitales ambiguos u opuestos al sexo genético. Estos niños desarrollan su identidad sexual de forma consistente con el sexo que se les asigna en el nacimiento, realizándose posteriormente las correcciones hormonales y quirúrgicas necesarias.

Una vez adquirida, la identidad sexual es muy resistente al cambio. Sin embargo, si la apariencia física de un niño es ambigua, o si las personas que lo educan son inconsistentes en su propia visión del niño como hombre o mujer, la identidad sexual no se desarrollará de una forma bien definida, conduciendo a un posible cambio en la identidad sexual en algún momento de su vida.

La identidad sexual se desarrolla entre el nacimiento y los tres años de edad y depende de la educación sexual. Así, en cuanto a los factores que contribuyen a su desarrollo hay diversas teorías:

a) *Teorías biológicas:* Es posible que existan factores biológicos, aún no descubiertos, que influyan en el desarrollo de la identidad sexual. Se ha sugerido que estos factores pueden anular la asignación sexual en el nacimiento.
b) *Modelo teórico del aprendizaje:* La identidad sexual inicia su desarrollo cuando el niño imita o se identifica con modelos de su mismo sexo; entonces, se refuerza al niño por su identificación y se le encamina hacia las conductas de rol sexual "apropiadas".
c) *Modelo psicoanalítico:* La identidad sexual se desarrolla como parte de la formación general de la identidad, en la fase de separación e individualización, y depende en gran medida de la calidad de la relación entre madre e hijo. Posteriormente en la fase edípica se modela el rol y la orientación sexuales.

24.2.1. Trastornos de la identidad sexual en la infancia

Estos trastornos se observan en el niño que se percibe a sí mismo como perteneciente al sexo opuesto. En los niños suele ser difícil separar la identidad sexual de la conducta de rol sexual. Así, hay niños con una identidad sexual normal que pueden jugar con muñecas y niñas a las que les gustan los juegos bruscos y de contacto físico. Sin embargo, en este síndrome existe una pauta repetitiva de conducta de rol sexual opuesta, junto con una alteración en la percepción del niño de "ser" un niño o una niña.

Características

Sensación persistente de malestar e inadecuación que sufre el niño con respecto a su sexo anatómico y deseo de ser o de afirmar ser del otro sexo. Repudia sus propios atributos anatómicos.

Las *niñas* tiene grupos de amigos masculinos, presentan interés por los deportes y juegos violentos, desean tener un pene y pueden simularlo con diversos objetos.

Los *niños* se ponen vestidos, juegan preferentemente juegos típicamente femeninos y sus gestos y acciones se consideran habitualmente femeninos, por lo que suelen ser objeto de broma por sus compañeros, lo que no ocurre con las niñas.

Al evaluar al niño, es importante no considerar sólo la conducta; debe existir una alteración de la identidad sexual y deberán descartarse otros trastornos psiquiátricos, como la psicosis y los trastornos adaptativos.

Etiología

La etiología no está clara, aunque sí se puede hablar de factores predisponentes, como la indiferencia o el favorecimiento de la conducta de sexo contrario por parte de los padres.

La sobreprotección maternal junto con la inhibición de brusquedad y de los juegos violentos, o la ausencia o rechazo del padre en la primera época de la vida, son otros posibles factores.

Inicio y curso

El inicio es temprano, generalmente antes de los cuatro años de edad y se hace obstensible a los diez años. El ostracismo social aumenta durante los primeros años de escuela y el conflicto social se hace evidente hacia los 7-8 años.

Evolución

Tras las alteraciones sexuales en la infancia, se ha observado una elevada incidencia de manifestaciones persistentes en la madurez y una mayor incidencia de conducta y fantasías homosexuales o bisexuales. Muy pocos niños con trastorno de la identidad sexual desarrollarán transexualismo durante la adolescencia o la vida adulta.

Criterios diagnósticos (DSM-lll-R)

Niñas

a) Deseo manifestado enérgica y persistentemente de ser niño, o bien insistencia en que se es un niño.
b) Rechazo de las estructuras anatómicas femeninas, manifestado al menos con una de las siguientes afirmaciones:
– Que cuando crezca se transformará en hombre.
– Incapacidad de quedar embarazada.
– Que no va a tener senos.
– Que no tiene vagina.
– Que tiene o le va a crecer un pene.
c) La alteración comienza antes de la pubertad.

Niños

a) Deseo manifestado enérgica y persistentemente de ser una niña, o bien insistencia en que se es una niña.
b) Una o dos de las siguientes:

1. Rechazo de las estructuras anatómicas masculinas, manifestado al menos con una de las siguientes afirmaciones repetidas:
   – Que cuando crezca se transformará en mujer.
   – Que su pene o sus testículos son desagradables o deseo de que desaparezcan.
   – Que sería mejor no tener pene o testículos.
2. Preocupación por actividades femeninas, manifestada por una preferencia por travestirse o por simular un aspecto femenino o por un deseo compulsivo de participar en juegos de niñas.

c) Comienzo de la alteración antes de la pubertad.

Tratamiento

El tratamiento en estos niños está encaminado a evitar el ostracismo y la humillación por parte de sus compañeros, ayudar al niño a sentirse cómodo con su propio sexo y evitar el posible desarrollo de la disforia sexual en la edad adulta.

La *terapia conductual* se ha utilizado para modificar los comportamientos de sexo contrario. La *terapia analítica* aborda la dinámica familiar, en casos, por ejemplo, de una madre fuerte y devaluadora de lo masculino y de un padre ineficaz, emocionalmente ausente, así como la dinámica individual para tratar los conflictos del niño.

24.2.2. Trastornos de lo identidad sexual en la adolescencia y vida adulta

Este trastorno consiste en un malestar persistente y en un sentimiento de inadecuación respecto al propio sexo, con necesidad persistente o recurrente de adoptar el papel de las personas del otro sexo, de modo imaginado o real, en una persona que ya ha alcanzado la pubertad.

Se diferencia del travestismo fetichista en que el individuo no se traviste con el propósito de excitarse sexualmente.

Inicio y curso

Son variables pero por definición este trastorno es diagnosticado únicamente a partir de la pubertad.

Un pequeño número de personas que presentan este trastorno, con el paso del tiempo, pueden evolucionar hacia el transexualismo.

El deterioro depende de los conflictos con los miembros de la familia o con otras personas testigos del cambio de ropa.

Prevalencia

Desconocida pero más común que el transexualismo. Se da más en los varones.

Criterios diagnósticos (DSM-lll-R)

a) Malestar persistente o recurrente y sentimiento de inadecuación respecto al propio sexo.

b) Travestismo persistente o recurrente con adopción del papel del otro sexo, de modo imaginado o real, sin el propósito de excitarse sexualmente.

c) No preocupación (por lo menos de dos años de duración) sobre cómo deshacerse de las características sexuales primarias o secundarias y de cómo adquirir las características sexuales del otro sexo (como en el transexualismo).

d) La persona ya ha alcanzado la pubertad.

TRANSEXUALISMO

El *transexualismo o síndrome de disforia sexual* es un trastorno de la identidad sexual. El rasgo esencial de este trastorno consiste en que a pesar de que un individuo posea las características anatómicas de un sexo determinado, tiene la autopercepción de pertenecer al sexo contrario, por lo que tiene un sentimiento persistente de malestar y de inadecuación con respecto a su propio sexo anatómico, y un deseo persistente de liberarse de sus propios genitales y vivir como miembro del otro sexo.

Es muy importante evaluar cuidadosamente al paciente y ver si se trata de un auténtico transexual, pues los deseos de cambio de sexo pueden producirse en el travestismo, la homosexualidad afeminada, las psicosis así como en otros trastornos

psiquiátricos.

Los individuos con *disforia sexual* se clasifican en primarios y secundarios:

- *Primarios:* Los hay de toda la vida y presentan profundas alteraciones en el núcleo de su identidad sexual. Poseen una historia infantil de atracción por vestirse con ropas del sexo opuesto (pero nunca se han excitado llevando ropas del sexo contrario), así como una historia de conductas de rol sexual opuestas a su sexo.
- *Secundarios:* Suelen presentar una larga historia de confusión de la identidad sexual pero junto a las alteraciones de la identidad aparecen otras conductas del sexo contrario, como el travestismo (en este caso visten ropa del sexo contrario con fines eróticos) o la homosexualidad afeminada.

Sintomatología asociada

Se observan trastornos psiquiátricos concomitantes al trastorno, como trastorno narcisista, antisocial y límite de la personalidad, abuso de sustancias y conductas autodestructivas o suicidas.

Etiología

Se puede hablar de factores predisponentes, ya que frecuentemente hay una historia de relación familiar alterada.

Subtipos

- *Asexual:* Nunca tuvo deseos sexuales intensos.
- *Homosexual:* Presenta pautas notorias de excitación fundamentalmente homosexual, aunque no lo reconoce como tal.
- *Heterosexual*.

Criterios diagnósticos (DSM-lll-R)

a) Sensación de malestar e inadecuación respecto al propio sexo anatómico.
b) Deseo de liberarse de sus propios genitales y de vivir con un miembro del otro

sexo.

c) La alteración ha persistido dos años y no se ha limitado a períodos de estrés.

d) Ausencia de intersexualidad física o anormalidad genética.

e) No es debido a otra enfermedad mental.

Tratamiento

La mayoría de estos individuos acuden a consulta de forma reiterativa solicitando un cambio de sexo y es difícil la aceptación de cualquier otro tipo de tratamiento que no tenga como fin un cambio de sexo por medios quirúrgicos.

Aun así, al ser la cirugía un proceso irreversible, es importante someter al paciente a psicoterapia, incluso cuando esté claramente indicada la cirugía.

La *psicoterapia de apoyo* se utiliza con diferentes fines:

- Se han descrito casos de remisión del trastorno de identidad sexual, aunque en pocas ocasiones.
- Un ensayo terapéutico es útil en los casos en los que el diagnóstico no está claro.
- Para tratar los miedos a la homosexualidad, con lo que puede disminuir el deseo de un cambio de sexo quirúrgico.
- La psicoterapia es importante en el proceso de cambio de sexo, así como imprescindible en la adaptación posquirúrgica de los transexuales.

El cambio de sexo es la forma de tratamiento más ampliamente utilizada y estudiada. Los primeros resultados fueron muy positivos, pero en revisiones recientes de la literatura mundial sobre el cambio de sexo se observan tanto valoraciones positivas como negativas.

Lo que sí parece claro es que el cambio de sexo no cura la psicopatología preexistente, ni soluciona la inestabilidad relacional y social de estos pacientes; sin embargo, se ha visto que en los trastornos primarios proporciona un alivio subjetivo, mientras que en pacientes con disforia sexual secundaria los resultados no son tan satisfactorios a largo plazo.

24.3. Trastornos de la inclinación sexual: parafilias

Los *trastornos parafílicos* se caracterizan por actos o fantasías sexuales intensas o recurrentes que suponen la presencia de objetos no humanos o de parejas que no consienten, como modo de obtención de placer sexual.

Para su diagnóstico hay que tener en cuenta que, durante al menos un período de

seis meses, el sujeto ha tenido intensas necesidades sexuales recurrentes y fantasías sexualmente excitantes que incluyen:

- *Exhibicionismo:* Exposición de los propios genitales a un extraño.
- *Fetichismo:* Excitación sexual con uso de objetos no vivientes; por ejemplo: ropa interior femenina o zonas corporales específicas, como los pies.
- *Frotteurismo:* Tocar y frotarse contra una persona que no consiente.
- *Pedofilia:* Actividades sexuales con niños o prepúberes.
- *Masoquismo sexual:* Acto de ser humillado, golpeado, atado o sufrir de otra forma.
- *Sadismo sexual:* Actos en que el sufrimiento psicológico o físico de una víctima es sexualmente excitante.
- *Fetichismo travestista:* Vestirse con ropa del sexo opuesto.
- *Voyeurismo:* Observación de personas sin su aprobación o conocimiento, en actividades sexuales, estando desnudas o en el acto sexual.
- *Necrofilia:* Gratificación sexual con cadáveres.
- *Zoofilia:* Gratificación sexual con animales.
- *Parafilias evacuadoras (coprofilia y urofilia):* Defecar u orinar sobre la pareja sexual o viceversa.
- *Klismafilia:* Gratificación sexual mediante el uso de enemas.

Epidemiología

Las parafilias generan angustia personal en pocas ocasiones, por lo que los sujetos demandan raramente asistencia, y cuando acuden para recibir tratamiento es debido a la presión de sus cónyuges o por problemas legales.

Existen pocos datos sobre la prevalencia o el curso de estos trastornos. La gran mayoría de los individuos son hombres y se ha visto que con frecuencia presentan múltiples parafilias. Un 50% de estos individuos inician su actividad parafílica antes de los 18 años.

Etiología

Existen diversas teorías:

a) *Biologicistas:* Se ha visto en animales que la destrucción de parte del sistema límbico genera hipersexualidad. También se ha observado en algunos parafílicos cierta alteración del lóbulo temporal, como convulsiones psicomotoras o tumores. Igualmente se ha indicado la presencia de niveles anormales de

andrógenos que pueden contribuir a una excitación sexual impropiada.

Sin embargo, estas teorías son poco consistentes y los resultados de los estudios realizados han sido poco definitivos.

b) *Psicoanalíticas:* Las diversas ansiedades de castración durante la fase edípica del desarrollo conducen a la sustitución de la madre por un objeto simbólico; por ejemplo, un objeto inanimado o una zona anatómica. La ansiedad junto con la relación dependiente de la madre pueden conducir a la elección de parejas sexuales no apropiadas, sustitutorias y que a la vez no despierten la ansiedad de castración, como en la pedofilia y en la zoofilia, o a la consumación de conductas sexuales seguras en las que no existe contacto sexual, como en el exhibicionismo y en el voyeurismo. Una parafilia puede representar un intento por parte de un individuo de recrearse y de vencer la humillación o el castigo en la primera infancia.

c) *Teoría del aprendizaje:* La activación sexual se desarrolla cuando un individuo consume una conducta sexual que es posteriormente reforzada mediante fantasías sexuales y masturbación, existiendo períodos vulnerables, como en la pubertad, en los que puede actuar este mecanismo.

Existen otros factores que influyen en el desarrollo de una parafilia. Así se ha visto que muchos individuos con pedofilia son incapaces de establecer relaciones sociales y heterosexuales adultas y además suelen tener falsas creencias acerca de su conducta sexual.

Diagnóstico

Es importante distinguir ciertas parafilias, como en el caso del fetichismo y el fetichismo travestista, de las variaciones normales de la conducta sexual.

Se realiza el diagnóstico de la parafilia solamente en el caso de que estas actividades sean exclusivas o representen la forma preferida de lograr la excitación sexual del orgasmo o cuando la pareja no consienta.

En individuos con actividades parafílicas, hay que valorar y excluir los pacientes que tengan estas conductas secundariamente a otro tipo de trastornos psiquiátricos, tales como ciertas psicosis, fases agudas de manía, demencia, etc., así como también hay que tener en cuenta que los individuos con personalidad antisocial pueden cometer actos parafílicos o sexualmente desviados.

Para un correcto diagnóstico se debe realizar una detallada *historia sexual* anotando:

- Inicio y curso de las fantasías y conducta parafílica.
- Historia de las conductas y fantasías sexuales correctas.

- Proporción real de la conducta y fantasías sexuales correctas y parafílicas.
- Grado de control actual sobre la conducta desviada.
- Evaluación de las ideas erróneas acerca de su conducta sexual, las habilidades sexuales y la asertividad con parejas adultas adecuadas, las disfunciones sexuales y la información sexual.

Se utilizan también *mediciones de la erección peneana* para valorar objetivamente la excitación sexual. Estas mediciones se realizan colocando un transductor alrededor del pene y se registra el grado de erección mientras se expone al individuo a diferentes estímulos sexuales mediante vídeos, etc., que representan escenas sexuales correctas y parafílicas; así se compara el grado de excitación ante las escenas sexuales.

Esta prueba discrimina diferentes tipos de parafilias, como exhibicionismo, pedofilia, travestismo, fetichismo y fetichismo travestista, pero no correlaciona con la excitación que puede obtenerse en situaciones reales.

Tratamiento

Biológico

Pueden utilizarse los siguientes fármacos:

a) Fármacos antiandrogénicos: Los andrógenos son responsables en gran parte de la excitación sexual; así el objetivo fundamental del uso de estos fármacos ha sido el bloqueo o la disminución de los niveles plasmáticos de los andrógenos.

Actúan disminuyendo la líbido y de este modo rompen el patrón de conducta sexual desviada y compulsiva del individuo. Estos fármacos se emplean junto con una psicoterapia bien individual como de grupo.

b) Fármacos antipsicóticos: Son útiles solamente en desviaciones sexuales de pacientes con trastornos tales como psicosis, personalidad límite o esquizotipia o retraso mental. Se han empleado clorpromazina, decanoato de flufenacina en su forma depot y haloperidol.

c) Otros fármacos: Se ha utilizado litio, propanodol, carbamazepina, etc., para tratar la conducta agresiva no sexual, y se ha comprobado su utilidad en la conducta sexual agresiva.

Terapia psicoanalítica

Esta terapia se basa en la resolución y en la identificación de los conflictos primarios de los traumas y de las humillaciones, con el fin de eliminar la ansiedad del individuo hacia parejas apropiadas y al mismo tiempo para capacitarlo para renunciar a sus fantasías parafílicas.

Terapias conductuales

Se han empleado métodos de *condicionamiento agresivo*, como la estimulación eléctrica, la apomorfina (inductora del vómito), y la sensibilización encubierta, para disminuir la conducta sexual desviada.

La *saciación* es un técnica en la que el individuo usa sus fantasías posorgásmi-cas de forma repetitiva hasta el punto de saciarse con los estímulos desviados; se trata de que el individuo aborrezca las fantasías y la conducta desviada.

Terapia cognitiva

Para tratar de cambiar las creencias parafílicas inapropiadas, asociadas a los deseos y satisfacción sexuales.

Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad

Para capacitar a estos sujetos a relacionarse de forma apropiada con parejas adultas.

Información sexual

Siempre es conveniente tratar de conocer y corregir los problemas de falta de información sexual, no infrecuentes en estos sujetos.

24.4. Cuidados y atención de enfermería

La participación de enfermería en el diagnóstico y tratamiento de estas anomalías de la conducta sexual puede realizarse desde diferentes niveles y orientaciones.

Es preciso tener en cuenta que los sujetos que padecen trastornos de la inclinación sexual pocas veces se ven a sí mismos como personas que necesitan una atención médica especializada. Cuando acuden a una consulta a pedir ayuda lo que tratan es evitar consecuencias negativas, como divorcio o problemas de tipo judicial. En el caso del trastorno de identidad sexual, el paciente sí busca ayuda para conseguir el cambio de su identidad deseada (en el transexualismo).

En ambos casos el primer nivel de atención especializada a estos sujetos se contempla en los centros de salud mental, entendidos como dispositivos de atención especializada de segundo orden.

Dentro del equipo terapéutico que trabaja en estos centros el papel de la enfermería especializada es importante en diferentes momentos. Así, el primer contacto que el sujeto tiene al llegar a estos centros será con el profesional de enfermería del

equipo, el cual tratará de identificar conductas, problemas o factores desencadenantes que han llevado al paciente a la consulta, mediante una *entrevista*, efectuando una corta *historia* donde se recojan datos que orientarán al especialista que lo va a tratar. En esta historia se incluye:

1. Recopilación de información.
2. Diagnóstico: Análisis de los datos para identificar problemas.
3. Planificación: Elaboración de un plan de acción individual para cada caso, pero basándose en unos protocolos base realizados previamente por todo el equipo terapéutico.
4. Ejecución: Puesta en práctica del plan.
5. Evaluación de los resultados del plan.

El profesional de enfermería trabajará en todo momento conjuntamente con el resto del grupo terapéutico siguiendo indicaciones precisas pautadas de forma individual.

La participación de enfermería también puede realizarse en los equipos de sexología y sexoterapia especializados, mediante la formación apropiada y la colaboración interdisciplinar.

En la actualidad la relación de enfermería con pacientes de alto riesgo (tipo VIH) en hospitalización plantea nuevas exigencias de detección, evaluación y orientación de conductas sexuales anómalas.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *DSM-III-R, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona, 1988.

KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J.: *Tratado de psiquiatría*, vol. I, 2ª ed. Salvat. Barcelona, 1989.

MONEY, J.: *Asignaturas sexuales*. ATE. Barcelona, 1978.

TALBOTT, J. A.: *Tratado de psiquiatría*. Áncora. Barcelona, 1989.

25

Retraso mental

OBJETIVOS

- Saber que el objetivo más importante en el retraso mental es su prevención.
- Conocer el diagnóstico de factores etiopatogénicos.
- Conocer el diagnóstico diferencial con los trastornos generalizados específicos del desarrollo.
- Establecer medios de rehabilitación e integración socio/familiar.
- Analizar los tratamientos paliativos (conductuales y desadaptativos).

25.1. El retraso mental

La preocupación por el retraso mental ha estado presente en las diversas sociedades y culturas, pues ya en el siglo XVI a.C. los egipcios se preocupaban del tratamiento de los individuos cuya capacidad estaba disminuida. No obstante, hasta el siglo XVIII, en el concepto de *idiocia* se encuadraban trastornos deficitarios (tanto psíquicos como físicos). En el siglo XIX, Esquirol efectúa la diferenciación entre demencia y oligofrenia, definiendo al demenciado como "rico arruinado", y al

oligofrénico como "pobre de nacimiento". Un paso importante para llegar al concepto de retraso mental es dado por Binet y Simon en 1905, al publicar el test que lleva su nombre para valorar el desarrollo de la capacidad intelectual. Posteriormente, Terman y Wechsler publican respectivamente su test para medición de la inteligencia.

25.1.1 Concepto de retraso mental

Según la descripción clínica y pautas para el diagnóstico que hace la OMS en su última Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), el retraso mental conceptualmente se define por la presencia de un *desarrollo mental incompleto o detenido*, caracterizado principalmente por el *deterioro* de las funciones concretas de *cada época del desarrollo* (tales como las funciones cognitivas del lenguaje, psicomotricidad, socialización, etc.), que contribuyen todas ellas al *nivel global de inteligencia*.

El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático, y tener un mayor riesgo (3 ó 4 veces más) de padecer todo el espectro de trastornos mentales y del comportamiento; también los individuos con retraso mental tienen un mayor riesgo de sufrir explotaciones o abusos físicos, psíquicos y sexuales. La *adaptación social* al ambiente está siempre afectada; aunque en un entorno social protegido y con el apoyo adecuado puede no ser significativo en pacientes con retraso mental leve.

25.1.2. Evaluación psicométrica y conductual

Para algunos autores la evaluación del retraso mental se debe efectuar desde un enfoque psicométrico, mientras que otros intentan armonizar el estudio psico-métrico con la conducta adaptativa. Así, la Asociación Americana para el Retraso Mental define éste como:

> Capacidad intelectual significativamente inferior a la media de la población, y acompañada de una conducta adaptativa deficiente, que se manifiesta durante el período de desarrollo.

- *Evaluación psicométrica:* Evaluación mediante tests de inteligencia:
  - Piaget: desde los 6 años hasta los 24 meses.
  - Terman-Merrill: desde los 2 hasta los 5 años.
  - Wisch: de los 5 a los 16 años.
  - WAIS: a partir de los 16 años.

- *Evaluación conductual:* Evaluación por escalas de conducta adaptativa (existen más de 300 según Spreat), por ejemplo:
  - Escala de conducta adaptativa (ABS): a través de ella se puede describir de forma objetiva tanto la conducta adaptativa como la inadaptativa del retraso mental.

25.1.3. Pautas y criterios diagnósticos del retraso mental

La inteligencia, al *no* ser una función unitaria, debe ser evaluada a partir de un gran número de capacidades, más o menos específicas. La determinación del grado de desarrollo del nivel intelectual debe basarse en *toda* la información disponible, incluyendo las manifestaciones clínicas, el *comportamiento adaptativo* propio al medio cultural del sujeto y los hallazgos psicométricos.

El diagnóstico definitivo de retraso mental debe basarse en una evaluación de la *capacidad global*, así como en la presencia de un deterioro del rendimiento intelectual, que da lugar a una disminución en la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas del entorno social normal.

Para establecer el diagnóstico de retraso mental hay que considerar los siguientes criterios:

- *Criterio psicométrico:* El retrasado mental es aquel sujeto que presenta un cociente intelectual inferior al que le corresponde según la media de la población.
- *Criterio de adaptación social:* Definido en relación al cumplimiento de las normas sociales, independencia personal y responsabilidad, de acuerdo con su edad y grupo cultural.
- *Criterio biológico:* Hace referencia a los factores orgánicos etipatogénicos. Además de las escalas de maduración y adaptación social, se debe obtener información complementaria con entrevistas a los padres y cuidadores que conozcan las capacidades de adaptación, relación y actividades cotidianas.

25.1.4. Clasificación del retraso mental

A modo de guía, que no debe ser aplicada de manera rígida ya que son divisiones más o menos arbitrarias de un espectro complejo en el que influyen los problemas de la validez transcultural, se enumeran los cocientes intelectuales (CI, edad mental dividida por edad cronológica, multiplicado todo ello por 100) correspondientes a cada categoría diagnóstica (cuadro 25.1), que deben ser determinados de forma individualizada

mediante la aplicación de tests de inteligencia estandarizados y adaptados a la cultura de cada paciente.

$$\text{Cociente Intelectual: } CI = \frac{EM}{EC} \times 100$$

Deberá completarse el estudio con escalas de madurez social y de adaptación, así como entrevistas a los padres y cuidadores que conozcan la capacidad del enfermo para la actividad social cotidiana.

CUADRO 25.1
Clasificación del retraso mental

RETRASO MENTAL	Cl
• Leve	50-70
• Moderado	35-50
• Grave	20-35
• Profundo	>20

25.1,5. Consideraciones clínicas y prevalencia

Debe tenerse en cuenta los siguientes aspectos clínicos:

- La capacidad intelectual general (CI) deberá estar por debajo del promedio, lo cual dará lugar o irá asociado a un *déficit o deterioro* de la conducta adap-tativa.
- El comienzo es antes de los 18 años.
- La conducta adaptativa, independencia personal y responsabilidad social del individuo deberá ser evaluada según su edad y grupo cultural al que pertenezca.
- Si el cuadro de retraso mental aparece después de los 18 años, se hará el diagnóstico de demencia.
- Si aparece antes de los 18 años en un sujeto con *CI normal previo*, se diagnostica retraso mental y demencia.

En cuanto a la prevalencia, el retraso mental constituye el 1% de la población; aproximándose al 10% si son considerados los individuos con capacidad intelectual limítrofe. Es más frecuente en el niño, con relación 1,5:1.

25.1.6. Etiopatogenia

Hay que destacar que un 75% de los factores etiopatogénicos suelen ser desconocidos. En el cuadro 25.2 se muestra una relación de los factores que intervienen en el retraso mental.

CUADRO 25.2
Etiopatogenia del retraso mental

FACTORES BIOLÓGICOS	• Genéticos	– Cromosomopatías (síndrome de Down, síndrome de Edward, Klienefelter, síndrome de Turner). – Trastorno del metabolismo: Hidratos de carbono.
	• Metabolopatías	– Trastorno del metabolismo: Lípidos. – Trastorno del metabolismo: Fenilcetonuria.
	• Embriopatías	– Rubeólica (prevenir por vacunación en niñas de 11 años). – Mal nutrición. – Síndrome alcohólico fetal.
	• Alteraciones prenatales	– Edad de la madre (muy joven o muy anciana). – Infecciones de VIH, sífilis, etc. Toxicomanías. – Radiaciones, diabetes. – Parto distócico.
	• Alteraciones perinatales	– Isoinmunización. RH; ABO. – Trastorno del desarrolllo psicomotor.
	• Alteraciones posnatales	– Encefalitis, meningoencefalitis, traumatismo cranoencefálico. – Hipotiroidismo, desnutrición, ausencia de estímulos socioculturales y/o psicomotrices.
FACTORES PSICOSOCIALES	• Influencia del entorno sociocultural. • Alteraciones en la salud mental. • Trastornos mentales y comportamiento.	
FACTORES BIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES		

Se reseña por su importancia social. El 20% de los retrasos mentales son producidos por la ingestión de alcohol por las embarazadas. Los efectos del alcohol sobre el cerebro del feto son incluso más peligrosos que los producidos por la heroína.

Estas *embriopatías alcohólicas* producen síntomas irreversibles, psíquicos y físicos, como el retraso del crecimiento óseo y neurológico, facies típica, bajo peso, polimalformaciones en los órganos y retraso mental.

25.1.7. Sintomatología general

Los síntomas generales del retraso mental, en sus diferentes grados, son los siguientes:

A) Retraso mental leve

- Aproximadamente el 80% del total (el 1% de la población escolar).
- Retraso del desarrollo psicomotor.
- Retraso en la adquisición del lenguaje.
- Son independientes en el cuidado personal propio.
- Tienen dificultades en las actividades escolares, problemas en la lectoescritu-ra (alcanzan 6º curso).
- Pueden beneficiarse de una educación diseñada para ellos y de profesores de apoyo.
- Dificultad en la vida de relaciones sociales.
- Pueden realizar trabajos que requieran aptitudes de tipo práctico y manual.
- Pedagógicamente son los denominados *educables*.
- Etiología: frecuentemente desconocida (factores genéticos inespecíficos).
- Afecta por igual a clases socioeconómicas bajas y altas.

B) Retraso mental moderado

- Aproximadamente un 12% del total.
- Retraso en el desarrollo y en la comprensión del lenguaje.
- Afectación de la psicomotricidad.
- Importantes trastornos de conducta o comportamiento.
- Progresos escolares limitados (alcanzan 2º curso)
- Raramente llegan a ser independientes.
- Etiología: suele ser orgánica (cromosopatías y metabolopatías).
- Pueden realizar trabajos prácticos y sencillos si son supervisados.

- Denominados *no educables*, pero entrenables o modificables.

C) Retraso mental grave

- Constituyen un 4% del total.
- Su cuadro clínico es similar al anterior, con mayor afectación psicomotriz e intelectual.
- Marcado déficit del desarrollo psicomotor.
- Daños y anomalías del sistema nervioso central con secuelas neurológicas.
- Etiología: orgánica (grave afectación del sistema nervioso central).
- Mayor frecuencia en las clases socioeconómicas bajas.

D) Retraso mental profundo

- Aproximadamente el 1% del total.
- En la práctica los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones y requerimientos, o para actuar solos.
- Movilidad restringida: no controlan los esfínteres, no son capaces de cuidar de sí mismos, requieren ayuda y cuidados continuos.
- Etiología: orgánica (importantes déficits somáticos y neurológicos).
- Graves déficits somáticos y neurológicos asociados.
- Mayor frecuencia en las clases socioeconómicas bajas.

25.1.8. Tratamiento

Están indicados los siguientes tratamientos del retraso mental:

- Lo más importante es la *prevención* (rutinaria actualmente en el hipotiroidismo y fenilcetonuria).
- *Estimulación precoz* (psicomotriz).
- *Farmacológico* en los casos con trastornos del comportamiento graves:
  - Meleril (R) tioridazina.
  - Nemactil (R) propericiazina.
  - Tiaprizal (R) tiapride.
  - Posedrine (R) beclamida.
  - Plenur (R) litio, como antiagresivo.
  - Dromia (R) 5 hidroxitriptófano, en los casos que cursen con hipotonia importante.

25.2. Dinámica familiar del retraso mental

El conocimiento del retraso mental de un hijo es una de las situaciones más difíciles por las que pueden pasar unos padres. Sus reacciones varían y dependen de su personalidad, madurez emocional, nivel cultural, etc. Asimismo influyen la forma en que fue suministrada la información, la edad del niño en el momento del diagnóstico y su grado de retraso mental Es también importante en su reacción la actitud de la familia y de la comunidad en que viven. El impacto psicológico será mayor cuanto más precoz sea el diagnóstico, y suele ser vivenciado por los progenitores con síntomas depresivos y ansiedad.

Los sentimientos que pueden generar los hijos con una deficiencia mental en los padres pueden ser varios: después del choque inicial, el *rechazo* es uno de los más frecuentes. Este rechazo puede ser hacia el niño afectado o bien hacia su retraso mental. Otras veces se manifiesta en la *no aceptación* de un diagnóstico. Es, en definitiva, un mecanismo de defensa de negación, el de no asumir el tener un niño con retraso mental, aunque quizá lo más angustioso para los padres es que este rechazo no puede ser explicitado según nuestras normas culturales y sociales, sino que tiene más bien que ser disimulado.

Afectivamente la reacción puede ser de ambivalencia. Polarizados los sentimientos afectivos en amor-odio a nivel consciente e inconsciente, el amor parental hacia el hijo con retraso mental puede verse influido por esto, pasando de ser el máximo objeto de amor para los padres, con actitudes de sobreprotección, a ser objeto de rechazo parcial, encubierto e inconsciente, con sentimientos de vergüenza y culpa.

La reacción puede ser también de *tristeza y ansiedad*, comprensibles como exteriorización de una situación trágica para todos: el nacimiento de un hijo que no será normal y la incertidumbre ante su futuro.

La *intelectualización* del problema en padres de buen nivel cultural es otro mecanismo de defensa ante la tristeza y ansiedad: la colaboración activa con el equipo terapéutico, la participación en sesiones de estudio y trabajo, la colaboración con asociaciones de padres y fundaciones dedicadas a este tipo de problemas, etc., es otra forma de reacción y lucha.

La reacción de algunos padres internando al niño es desaconsejable cuando se hace de forma prematura y sistemática: le perjudica al niño y a los padres, a quienes no resuelve el conflicto.

25.3. Escolarización del niño con retraso mental

La etapa de escolarización del niño con retraso mental tiene por objeto el desarrollo intelectual y cultural, contribuyendo en la formación de su personalidad y en la integración social y laboral posterior. Por tanto, en su educación se debe considerar prioritarios los siguientes aspectos:

- La educación del niño con retraso mental ha de empezar *antes* que para los

otros niños. Para ellos la educación preescolar es una necesidad absoluta.

- Hay que mantener el mayor número posible de niños en la educación ordinaria, y establecer la educación especial para los niños que de ningún modo pueden permanecer en la ordinaria.
- No "enclaustrar" al niño en centros de educación especial, hay que mantener al alumno en contacto con la familia y con la sociedad exterior.
- El centro de educación especial deberá ser al mismo tiempo un centro de formación ocupacional.
- El centro de educación especial no ha de ser una residencia de internamiento, ni una "ciudad del deficiente". Debe dar asesoramiento y ayuda en la incorporación posterior a la sociedad.
- Otros criterios empleados en la clasificación del retraso mental en función de las posibilidades de escolarización y educación especial son: la *gravedad* del cuadro clínico y el nivel de deficiencia, el *momento evolutivo* (que está en función de la esperanza de desarrollo máximo de la capacidad intelectual), la *edad para* la organización escolar y el *nivel pedagógico* para evaluar la cantidad y calidad del aprendizaje que es capaz de asimilar el niño. También es importante en esta fase para su escolarización, la *estabilidad emocional y* los *problemas comportamentales* que pueda presentar.

Por tanto, se debe hacer el mayor esfuerzo en la educación especial del niño con retraso mental, asumiendo que el nivel intelectual de un individuo no es algo fijo y definitivo, sino que en condiciones favorables y con un ejercicio intelectual sistemático y personalizado puede ir aumentando considerablemente, y viceversa, en condiciones desfavorables el progreso alcanzado puede perderse, retrocediendo hasta etapas más infantiles del desarrollo intelectual. Por todo ello, la obligación para con la educación y escolarización del niño con retraso mental es un deber ineludible en una sociedad moderna y desarrollada como pretende ser la nuestra.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

AJURIAGUERRA, J. DE: *Manual de psiquiatría Infantil*. Toray-Masson. Barcelona, 1991.

CROME, L.y STERN, J.: *Patología del retraso mental*. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1972.

KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J.: *Psiquiatría clínica*. Editorial Médica Hispanoamericana. Buenos Aires, 1991.

KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J.: *Manual de farmacoterapia en psiquiatría*. Editorial Médica Hispanoamericana. Buenos Aires, 1993.

MENDIGUCHIA QUIJADA, F. J.: *Psiquiatría infanto-juvenil*. Editorial del Castillo. Madrid, 1980.

26

Trastornos del lenguaje y del desarrollo

OBJETIVOS

- Conocer los trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.
- Conocer los trastornos del aprendizaje escolar.
- Diferenciar entre trastornos específicos del lenguaje y trastornos generalizados del desarrollo.
- Definir los trastornos de la coordinación psicomotora.
- Identificar los trastornos generalizados del desarrollo.
- Conocer los cuidados y atención de enfermería en los trastornos del desarrollo.

26.1. Trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje

En el presente estudio se entiende por trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje todos aquellos cuadros en los que el lenguaje no aparezca o lo haga con funciones lingüísticas más o menos alteradas en edades en que normalmente debería aparecer, excluyendo los trastornos del lenguaje cuando ya ha sido adquirido y los trastornos en los que hay alteración sensorial, fisiológica o neurológica.

Dependiendo de la gravedad del cuadro, se pueden clasificar estos trastornos en los siguientes tipos:

- Retraso simple del lenguaje.
- Disfasia.
- Audiomudez.

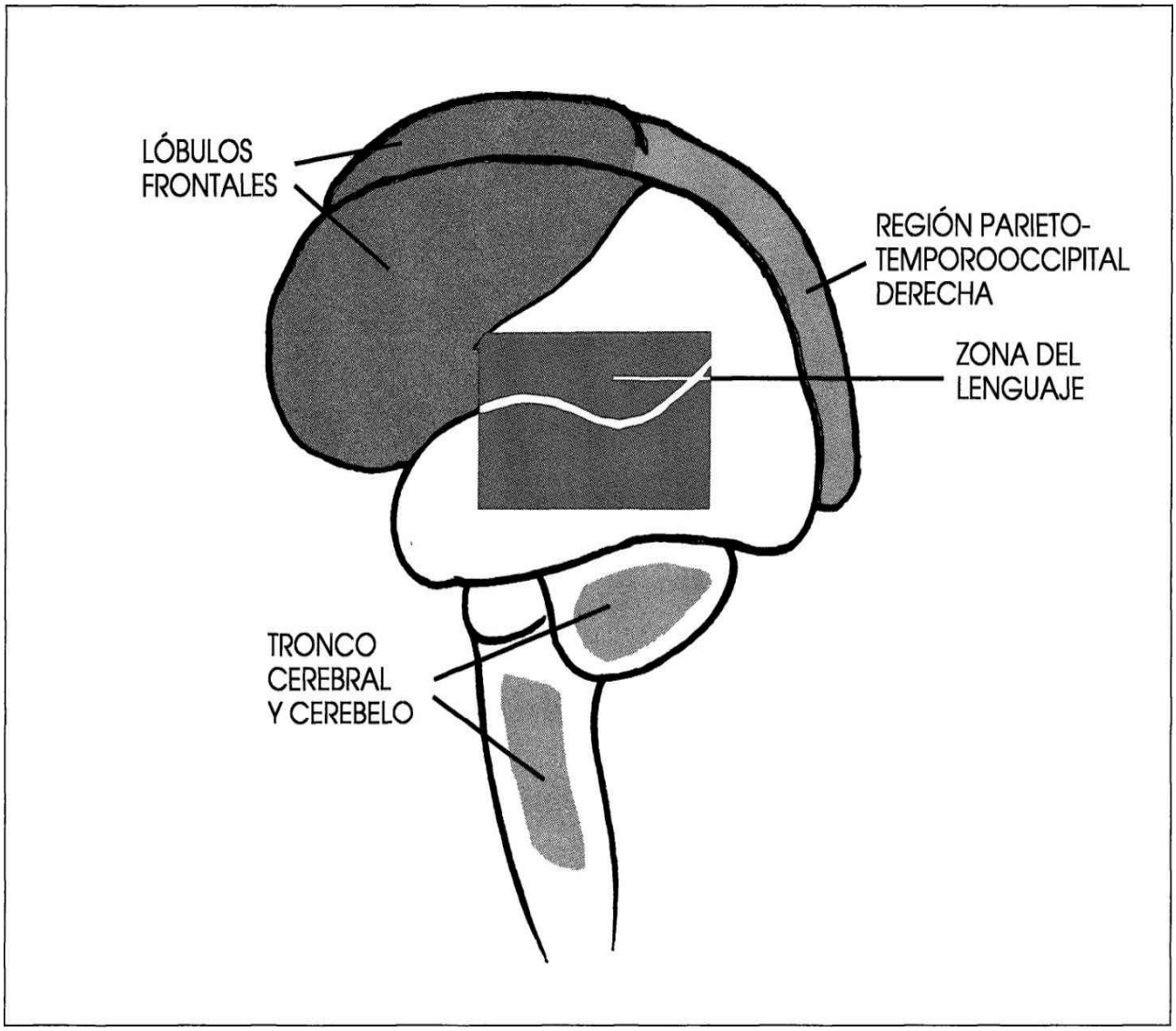


FIGURA 26.1. Esquema de las diversas alteraciones del lenguaje.

26.1.1. Retraso simple del lenguaje

Se trata de niños normalmente constituidos en los que hay un desfase entre las adquisiciones de su lenguaje y lo que se espera de ellos por su edad cronológica. El niño

en este caso habla muy poco o lo hace con muchos errores y se encuentra en una edad entre los 2 y 6 años. Habría que señalar que a pesar de su falta de lenguaje se comunica verbalmente con los que le rodean supliendo con otros recursos, mímica, gestos, etc. su falta de lenguaje.

Los niños con este tipo de problema van a presentar un desfase cronológico en la adquisición y aparición de los diferentes elementos lingüísticos. Así, las primeras palabras aparecerán más tarde, lo mismo que las primeras frases; el vocabulario estará muy reducido, a base de palabras simplificadas con patrones infantiles más allá del tiempo normal en que esto se espera. La comprensión es mejor que la expresión e incluso puede parecer normal, aunque desde luego suficiente para que el niño se adapte perfectamente al mundo que le rodea. Generalmente va acompañado de un retraso motor, con torpeza, incoordinación y aparición tardía de la marcha y trastornos afectivos de más o menos importancia.

El niño con retraso del lenguaje evoluciona espontáneamente de forma favorable, y así a los 6 años suele normalizar su lenguaje. No obstante pueden quedar secuelas, si no en su lenguaje expresivo propiamente dicho, sí en otras adquisiciones en las que el lenguaje desempeña un papel primordial y él lo ha tenido limitado.

En cuanto a la *etiología* de este trastorno todo apunta a que nos encontramos con el concurso de varias causas, en muchos casos acumuladas (Estienne, 1991):

- Factores hereditarios y constitucionales. Hay elevada incidencia de.antecedentes familiares, y habría que hablar de individuos con cierta predisposición al trastorno que al combinarse con otros factores etiológicos desencadenan el cuadro.
- Cierta falta de don para el lenguaje, lo que se ha dado en llamar *insuficiencia linguo-especulativa*.
- Factores neurológicos, no detectables, pero con ciertos antecedentes que implican patología cerebral, prematuriedad, accidentes perinatales, traumatismos craneales, etc.
- Factores socioculturales y de entorno lingüístico, donde nos encontraríamos con niveles socioculturales bajos, situaciones de abandono, insuficiente estimulación verbal, e incluso algunas situaciones de bilingüismo.
- Factores afectivos y relacionales, como ciertas actitudes de la madre (protectoras, rechazantes) y actitudes del niño que lo fijan en un cierto infantilismo. Aquí se incluirían también las actitudes regresivas o de estancamiento debidas a situaciones ambientales conflictivas.

26.1.2. Disfasia

Es una elaboración tardía e imperfecta del lenguaje en ausencia de lesión orgánica detectable. En este caso, y eso lo diferencia del retraso simple, el lenguaje nunca alcanza

el grado de normalidad, es decir nunca supera un cierto estadio de desarrollo. Sólo se puede hablar de disfasia en niños de más de 6 años.

Los órganos de fonación son normales morfológica y funcionalmente hablando e incluso existe una articulación correcta de fonemas aislados. No hay déficit auditivo, pero sí está alterada la comprensión, que es aproximada, con dificultades para entender las nociones abstractas. En cuanto a la expresión suelen hacerse comprender, aunque utilicen un código reducido de vocabulario. También presentan dificultades motrices y trastornos del ritmo y, en general, son niños con una estructura afectiva alterada, organizaciones prepsicóticas de la personalidad, manifestación de ansiedad u organizaciones de la personalidad en los límites de la normalidad.

En cuanto a la etiología, habría que hacer referencia a las mismas causas que para el retraso simple.

26.1.3. Audiomudez

En este caso, la forma más severa y rara de los trastornos del desarrollo del lenguaje, nos encontramos ante niños que a la edad de 5 años no han adquirido ningún lenguaje o sólo unas pocas palabras, sin ningún déficit auditivo o intelectual que lo justifique.

Uno de los problemas que presenta la audiomudez es precisamente el de su diagnóstico, prácticamente imposible de establecer entre los 3 y los 6 años de edad. La mayor dificultad se centra en el diagnóstico diferencial con el retraso mental, la sordera y la psicosis infantil. En los tres casos sólo la observación continuada permite descartarlas, teniendo en cuenta que la inteligencia del niño audio-mudo no es comparable con la del niño que habla, que presenta cierto desinterés hacia la voz humana, e incluso puede presentar cierta pérdida auditiva electiva, es decir en ciertas frecuencias pero sin llegar a poder diagnosticar una sordera.

En cuanto a la etiología, es un problema sin resolver. Comúnmente se acepta que un trastorno de tanta envergadura sólo puede darse en un sustrato de lesión cerebral, aunque en la actualidad no pueda detectarse.

26.2. Trastornos del desarrollo de la lectoescritura

Vamos a abordar en este apartado las dificultades para la adquisición del lenguaje escrito, que tradicionalmente se ha dado en llamar *dislexia*, y que hace referencia tanto a los problemas en la lectura como en la escritura. No obstante, ciertos autores diferencian *dislexia* y *disortografía*, entendiendo que se pueden tener dificultades en la lectura que no afecten a la ortografía y viceversa, aunque en la realidad son raras las excepciones en las que haya problema lector sin dificultades con la ortografía, o disortografía sin

problemas con la lectura.

Como un problema aislado de las dificultades para el aprendizaje de la lectura y escritura estaría la *disgrafia*, o alteración de la escritura en cuanto al grafismo, es decir los trazos estarían muy alterados y desproporcionados.

Para poder hablar de un trastorno del desarrollo de la lectoescritura (dislexia), Estienne (1991) propone unos criterios mínimos:

- Inteligencia suficiente, con un CI al menos igual a 90 en la escala de Wechsler para niños.
- Escolaridad normal, es decir el niño ha debido estar normalmente escolarizado, sin cambios ni ausencias frecuentes ni prolongadas de escuela.
- Dificultades selectivas y duraderas en lectura y en ortografía, debiendo presentar más allá de los 6-7 años un claro desfase entre los resultados obtenidos en la lectoescritura y las demás materias escolares.

De esta manera no debe confundirse con el trastorno escolar generalizado, ni con las dificultades debido a inmadurez intelectual o afectiva, en que el niño no está preparado para abordar el aprendizaje de la lectoescritura, ni con las dificultades provocadas por la utilización de un método inadecuado de aprendizaje.

La observación de la sintomatología de un niño disléxico puede entrañar algún problema. Así, en lo que se refiere a la *lectura*, presentan un tipo de errores que pueden considerarse como pertenecientes al período de aprendizaje. Estos errores también aparecen en los niños no disléxicos y sólo van a tener valor como síntoma, y por tanto ser determinantes de la existencia de patología, si persisten más allá del primer año de lectura, en especial a partir de los 7-8 años. También puede ocurrir que si se explora a un disléxico en una edad más tardía pueden no aparecer.

En este tipo de faltas es frecuente encontrar:

- Confusiones visuales entre grafemas de formas idénticas pero de diferente orientación o de forma vecina, como p-b, d-q, s-z, m-n, ch-cl, etc.
- Confusiones auditivas entre fonemas que son próximos fonéticamente: b-p, d-t, etc.
- Omisión de consonantes, de sílabas, inversiones ("pal" en lugar de "pla"), adición de consonantes.
- El ritmo de lectura es titubeante, entrecortado y sin tener en cuenta los signos de puntuación, en ocasiones con una entonación que no se corresponde con el texto. También pueden presentar alteración en la comprensión.

Con el tiempo las dificultades en la lectura van desapareciendo y son capaces de leer más o menos correctamente, por lo que la detección del disléxico puede ser más difícil; sin embargo, la lectura sigue siendo imperfecta y casi siempre la detestan.

Respecto a la *ortografía*, los errores son de la misma naturaleza que los de lectura: confusiones, omisiones, inversiones, economía de las letras (suprimen la parte final de la

palabra), separaciones arbitrarias, faltas de concordancia, además de ser incapaces de realizar una copia de un texto sin errores.

Como factores asociados que suelen acompañar a estos trastornos, aunque no siempre, figuran otras dificultades: trastorno de la lateralidad, del esquema corporal, mala estructuración del espacio y del tiempo, y lenguaje oral poco elaborado, siendo este último un elemento casi siempre asociado a la dislexia.

26.3. Trastornos específicos del desarrollo psicomotor

Por trastorno específico del desarrollo psicomotor se entiende el retraso en el desarrollo de la coordinación de los movimientos que no se debe a un trastorno neurológico específico, congénito o adquirido. El diagnóstico se hace sólo si el déficit interviene de forma significativa en los aprendizajes académicos o en las actividades de la vida cotidiana.

El diagnóstico de este trastorno se realiza mediante la aplicación de escalas de desarrollo psicomotor, tests de inteligencia y pruebas específicas de coordinación, administradas de forma individual, que miden tanto el nivel de desarrollo de la habilidad motora como la capacidad intelectual del niño.

Las manifestaciones son múltiples y varían con la edad, de forma que en los más pequeños se observa retraso en la aparición de la marcha, carrera, salto, etc. *(motricidad gruesa)*, o en el aprendizaje de los hábitos motores finos, como atarse los zapatos, abotonarse la camisa, abrocharse el pantalón, etc. *(motricidad fina)*. En los más mayores se observan dificultades en diversas conductas motoras de manipulación de rompecabezas, construcción de modelos a escala, bajo rendimiento en el deporte, déficit en la escritura y escasa habilidad para dibujar y comprender mapas geográficos.

El grado de trastorno también es variable. En algunos casos puede presentarse retraso en el desarrollo motor y además déficit en el desarrollo del lenguaje, principalmente en la pronunciación. El niño puede ser lento para aprender a comer, saltar, subir escaleras, ir en triciclo, etc. *(motricidad gruesa)* o lento para aprender a hacer nudos, lanzar y recibir pelotas, abotonarse, etc. *(motricidad fina)*. Puede aparecer incoordinación en una de ellas o en ambas. La torpeza se detecta en la primera infancia por la frecuencia con que se caen las cosas al suelo, por la tendencia a tropezar, a chocarse con obstáculos y a tener mala letra.

La clasificación DSM-III-R recoge estos trastornos de las habilidades motoras (torpeza, dispraxia) en el cuadro de trastornos del desarrollo de la coordinación, y los criterios diagnósticos coinciden con los que aparecen en la CIE-10 en el trastorno específico del desarrollo psicomotor.

La sintomatología asociada a estos trastornos en el desarrollo de la coordinación son los retrasos en otras funciones básicas no motoras, como el trastorno en la articulación, trastornos del desarrollo del lenguaje de tipo expresivo y receptivo y cierto déficit en la resolución de tareas viso-espaciales (rompecabezas, laberintos, grafismo,

etc.). Algunos niños presentan además déficits escolares que en ocasiones pueden ser graves; en otros casos presentan problemas sociales, emocionales y de comportamiento, pero se sabe de su frecuencia y características.

Como factores predisponentes, existe alguna prueba de que hay antecedentes de complicaciones perinatales, como bajo peso al nacer, parto claramente prematuro o diferentes tipos de lesiones perinatales que conducen a la aparición de estos trastornos.

26.3.1 Torpeza motora

La exploración clínica cuidadosa pone de manifiesto en la mayoría de los casos una notoria inmadurez neurológica en forma de *sincinesias* (movimientos involuntarios), que alteran la correcta imitación de movimientos simples y complejos. La torpeza se aprecia por la dificultad de inhibir estos movimientos parásitos. Evolutivamente las sincinesias desaparecen o se llegan a controlar, aunque quedan ciertas tensiones del tono muscular que provocan movimientos difusos, rigidez o ansiedad en el aprendizaje de movimientos nuevos.

En algunos casos las alteraciones del tono no son tan manifiestas y la torpeza se puede explicar por dificultades en el proceso de *lateralización* (predominio de un hemisferio cerebral sobre el otro). En unos casos se detecta indiferenciación o ambivalencia del predominio lateral (dislateralidad), no hay claro predominio de un hemisferio sobre otro y la falta de especialización o eficacia puede afectar a la dirección de la mano, al ojo y al pie en conjunto o por separado.

En otros casos se observa un conflicto entre la lateralidad espontánea y la lateralidad de uso, como ocurre en niños que muestran una tendencia zurda y por error educativo se les entrena como diestros (zurdos contrariados). También se observan situaciones en las que hay un claro predominio lateral pero la dirección del ojo, mano o pie son diferentes y esta disarmonía provoca un conflicto de acoplamiento que retrasa la coordinación viso-motora (variantes de lateralidad cruzada).

En todas las situaciones nombradas el movimiento resulta torpe, vacilante y confuso. Evolutivamente estos niños llegan a desarrollar la suficiente habilidad manual y motora (precisión y rapidez) para adquirir sus aprendizajes escolares y su autonomía personal, aunque puede quedar cierta lentitud y ansiedad para iniciar el movimiento o cualquier actividad que requiera una orientación derecha-izquierda.

Existe también la torpeza de origen afectivo que se detecta en la historia personal cuando aparecen situaciones que van desde el abandono hasta modos de relación protectores o rechazantes que resultan poco estimulantes o inhibidores del comportamiento motor. El síndrome del niño torpe ha sido diagnosticado frecuentemente como *disfunción cerebral mínima*. En la CIE-10 no se recomienda, ya que engloba significados diferentes y contradictorios.

26.3.2. Dispraxia

Es el trastorno de la coordinación más evolucionado y complejo. Se caracteriza por un déficit en la organización espacial. Las dificultades para construir o reproducir modelos que implican relaciones espaciales son el eje del diagnóstico. En la dispraxia se da un retraso o insuficiencia de la coordinación que, a diferencia del retraso motor, no llega a alcanzar espontáneamente la normalidad. Puede hablarse de dispraxia en niños mayores de 6 años.

La dificultad surge al realizar acciones que requieren un desarrollo espacio-temporal, es decir coordinar varios segmentos corporales en direcciones variadas y siguiendo un orden para llegar a un fin. La acción o el gesto se interrumpe, se bloquea o queda dividida por ser difícil ordenarla. El trastorno afecta a la representación y planificación mentales de la acción debido a la dificultad de comprender nociones espaciales y temporales.

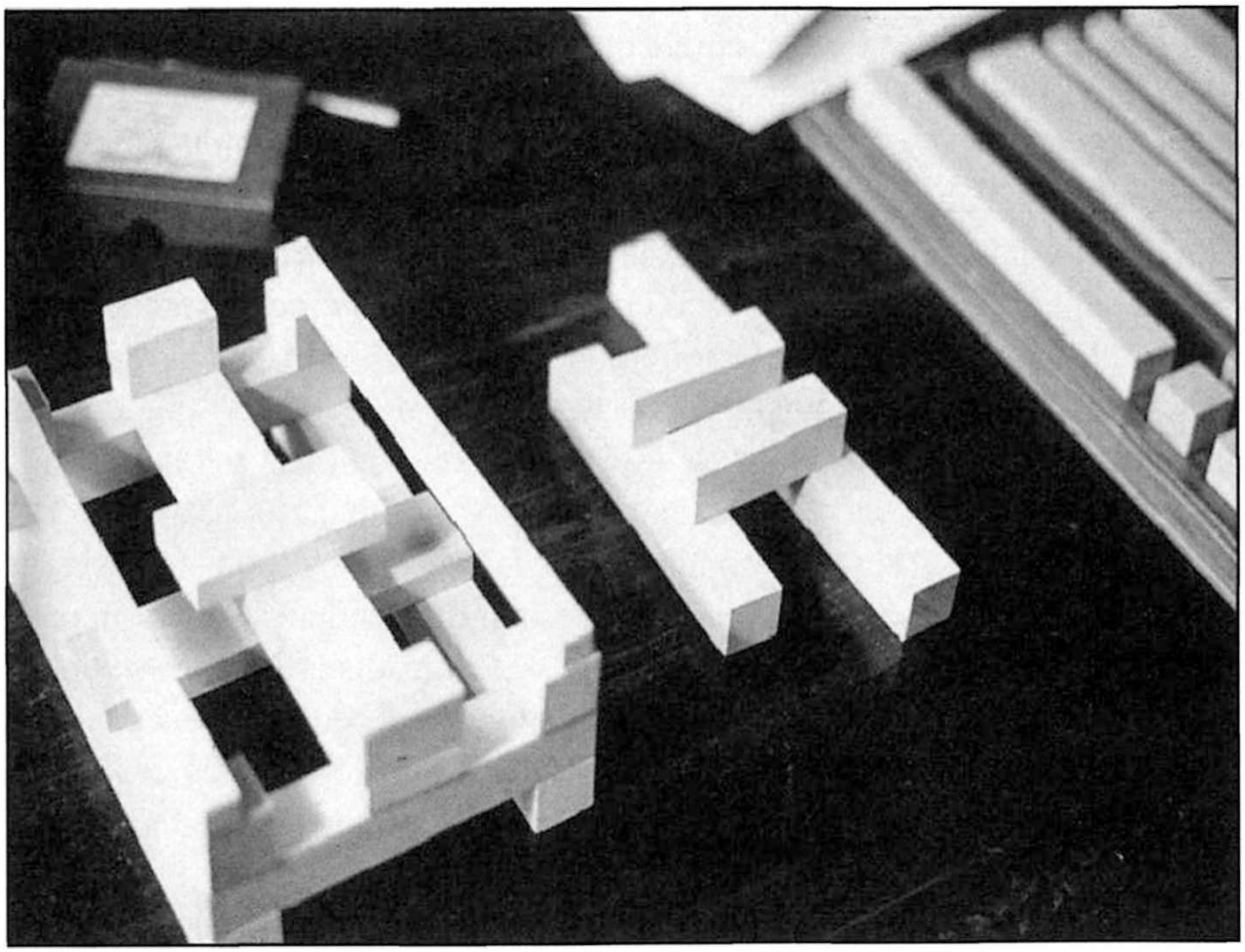


FIGURA 26.2. Apraxia constructiva en un paciente con una lesión parietal unilateral derecha. A la izquierda se observa un modelo que el paciente debe reproducir mediante los bloques de madera correspondientes. A la derecha puede verse el resultado de la ejecución. (Test de la apraxia constructiva tridimensional de A. Benton.)

La exploración clínica pone de manifiesto, según Ajuriaguerra y colaboradores, que se pueden distinguir dos grupos:

a) Se vislumbran ligeros restos de lesiones neurológicas e insuficientes resultados en las pruebas motoras, no presentan trastornos graves del esquema corporal y su adaptación afectiva es claramente normal o es un trastorno menor de tipo conflictivo o neurótico. Este grupo parece responder bien a tratamiento de reeducación psicomotriz.

b) Los niños están menos afectados en el plano motor, el examen neurológico siempre es negativo y las dificultades aparecen sólo cuando la tarea propuesta exige gran precisión en su ejecución. En ellas la dispraxia forma parte de un cuadro psicológico más complejo en el que los trastornos del esquema corporal son importantes (dificultad para señalar y nombrar partes del cuerpo en un dibujo, etc.). Presentan graves alteraciones de la conducta y/o relaciones desorganizadas con los objetos y las personas. Este grupo no evoluciona con reeducación psicomotriz y parece ser que pueden responder a la psicoterapia de tipo analítico.

26.4. Trastornos generalizados del desarrollo

Este grupo de trastornos se caracteriza por un deterioro cualitativo en el desarrollo de la interacción social, en el desarrollo de las habilidades de comunicación (verbal y no verbal), en la actividad imaginativa y a menudo también se observa un limitado campo de intereses y actividades repetitivas y estereotipadas.

Estos trastornos se caracterizan, asimismo, por un comportamiento desviado en relación a la edad mental del niño, aunque la expresión del trastorno y la gravedad de estos deterioros varía de un niño a otro.

En la mayoría de los casos el desarrollo es anormal desde la primera infancia y sólo en algunas ocasiones se observan anomalías después de los 5 años. Cuanto más pequeño es el niño y más graves sus incapacidades, es muy probable que haya síntomas asociados de alteraciones y retrasos en las habilidades intelectuales, comprensión del uso del lenguaje, postura, movimientos, de la alimentación y el sueño, etc.

En algunos casos estos trastornos tienen relación con alguna patología somática (crisis epiléptica infantil, rubeola congénita, esclerosis tuberculosa, lipiasis cerebral y fragilidad del cromosoma X, son las más frecuentes).

La prevalencia de los trastornos generalizados del desarrollo se estima entre 10 y 15 niños por cada 10.000 habitantes. En cuanto a incidencia, es más frecuente en niños que en niñas y a pesar de que la investigación ha avanzado considerablemente en métodos diagnósticos, parece ser que a nivel de tratamientos se dispone de muy poca información.

El trastorno más grave es el autismo, al que se considera el prototipo de los

trastornos profundos del desarrollo. A continuación se analiza cada trastorno en particular, según la clasificación de la CIE-10.

26.4.1. Autismo infantil

Se caracteriza por la presencia de un desarrollo alterado antes de los 3 años; existe un comportamiento anormal que afecta a la interacción social y a la comunicación y se da una serie de actividades repetitivas y restrictivas.

El deterioro cualitativo en la interacción social se caracteriza por la incapacidad para establecer relaciones sociales y por la falta de interés y respuesta hacia las personas. Esto se manifiesta por una falta de contacto visual y respuesta facial, falta de respuesta al abrazo así como por la indiferencia o rechazo al afecto y al contacto físico. En los niños que durante los primeros años parecen normales, la incapacidad se observa para desarrollar juegos imaginativos, de cooperación y amistades.

El deterioro en la comunicación se manifiesta en que puede que no se desarrolle el lenguaje; y si hay lenguaje "normal", la estructura gramatical es inmadura (ecolalia, inversión de pronombres: "tú" por "yo", etc.) y el niño presenta incapacidad para utilizar términos abstractos, expresiones peculiares y sólo comprensibles en el medio familiar, entonación anómala (elevada o manótona) así como ausencia de gestos que apoyen la comunicación verbal. Aunque no existan anomalías grandes en las habilidades verbales, el niño autista no utiliza el lenguaje para una función social, debido a una alteración de la función lúdica basada en el juego social imitativo y simulada; además esta falta de creatividad y fantasía también se observa en los procesos del pensamiento.

La restricción de intereses y actividades puede adoptar varias formas. En los más pequeños puede observarse apego a objetos extraños "no suaves" (cuerdas, tiras de goma…) y pueden presentar resistencia o reacciones catastróficas a los pequeños cambios de la vida cotidiana. Las estereotipias motoras incluyen dar palmadas, aleteo de manos, movimientos de balanceo, etc. En los niños mayores esta rigidez y rutina del comportamiento se presenta de forma muy precisa, por ejemplo preocupándose por fechas, trayectos y horarios sin sentido funcional. Puede haber una fascinación por el movimiento de objetos que giren rápidamente (ventiladores, ruedas de bicicletas, etc.).

Las estereotipias verbales incluyen la repetición de palabras o frases al margen de su significado y en los niños mayores pueden ser excelentes las tareas relacionadas con la memoria a largo plazo, como recordar la letra de una canción escuchada años antes, los horarios de los trenes, fechas históricas o fórmulas químicas, aunque su información puede ser repetida al margen del contexto.

En general, cuanto más pequeño es el niño y más graves son sus incapacidades, mayor es la probabilidad de que haya síntomas asociados. Se observan con frecuencia anomalías en el desarrollo de las habilidades mentales. En muchos casos existe un diagnóstico asociado de retraso mental. Pueden aparecer anomalías posturales y del

movimiento, como andar de puntillas, a saltos, aleteo de brazos; respuestas peculiares a estímulos sensoriales, como la fascinación por sensaciones luminosas, táctiles u olfativas; conductas anormales en el sueño y alimentación; conducta autodestructiva, como golpearse la cabeza, morderse los dedos, la mano, etc., y además miedos y fobias.

26.4.2. Autismo atípico

Difiere del autismo en que el desarrollo anormal se presenta únicamente después de los 3 años o en que faltan anomalías suficientemente demostradas en una o dos de las tres áreas psicopatológicas requeridas para el diagnóstico de autismo (la interacción social, el trastorno de la comunicación y el comportamiento restrictivo, estereotipado y repetitivo). El autismo atípico suele presentarse en individuos con retraso profundo y en individuos con trastornos específicos del desarrollo de la comprensión del lenguaje.

26.4.3. Síndrome de Rett

Se trata de un trastorno descrito hasta ahora sólo en niñas. En la mayoría de los casos comienza entre los 7 meses y los 2 años. El rasgo más característico es una pérdida de los movimientos intencionales de las manos y de la motricidad manual fina. Se acompaña de retraso del crecimiento de la cabeza; pérdida parcial o ausencia del desarrollo del lenguaje; movimientos estereotipados de retorcer o "lavarse las manos", brazos flexionados frente a la barbilla o al pecho, o humedecerse las manos con saliva; hay una falta de masticación adecuada; episodios de hiperventilación y mal control de esfínteres.

El desarrollo social y lúdico se detiene en el segundo o tercer año pero el interés social suele mantenerse. La postura y la marcha tienden a ser con aumento de apoyos, hay hipotonía muscular y los movimientos del tronco son lentos y poco coordinados. En la mayoría de los casos puede haber ataques epilépticos o algún tipo de ataque menor y anterior a los 8 años. A diferencia del autismo, son raras las preocupaciones o rutinas estereotipadas complejas y las automutilaciones.

La consecuencia de este trastorno es una grave invalidez mental.

26.4.4. Trastorno desintegrativo de lo infancia

A diferencia del síndrome de Rett, este trastorno se caracteriza por un desarrollo aparentemente normal hasta los 2 años, seguido por una pérdida de las capacidades, adquiridas con anterioridad. Es frecuente que en estos casos se dé una regresión

profunda; una pérdida completa del lenguaje, regresión en las actividades de juego, de la capacidad social y del comportamiento adaptativo. Además suele presentarse pérdida del control de esfínteres y a veces mal control del movimiento.

Estos rasgos vienen acompañados con frecuencia de movimientos motores y pérdida de interés por el entorno. Por lo general hay una ausencia de enfermedad o daño cerebral identificable, aunque puede presumirse algún tipo de disfunción cerebral mínima.

El pronóstico en general es malo y aunque puede aparecer cierto grado de recuperación, la mayoría de los individuos quedan afectados de retraso mental, aunque el deterioro de la socialización y de la comunicación tiene rasgos característicos más semejantes al autismo que al deterioro intelectual.

26.4.5. Síndrome de Asperger

Este trastorno se caracteriza por la presencia de signos autistas en la interacción social, manifestaciones repetitivas y estereotipadas de intereses y de la actividad general, pero, a diferencia del autismo, no se observa retraso en el lenguaje o del desarrollo intelectual significativo.

26.5. Cuidados y atención de enfermería

La actuación de enfermería para la atención y cuidado de estos pacientes, niños y adolescentes, es de gran importancia tanto si éstos se encuentran en el medio hospitalario como en el ambulatorio.

La asistencia psiquiátrica del niño le exige al profesional de enfermería aplicar de manera creativa sus experiencias combinadas en Pediatría, Psiquiatría, Maternidad y Salud Comunitaria.

Esta actuación se verá más favorecida si los conocimientos del personal de enfermería sobre crecimiento y desarrollo normal y anormal son los adecuados. Ello también redundará en su capacidad para hacer frente a las necesidades expresadas por el niño. A continuación se relacionan los principales criterios de actuación de enfermería:

- El trato que se les da a estos pacientes debe basarse en la comprensión y conocimiento correcto de lo que le ocurre al niño, teniendo en cuenta la dinámica del comportamiento propio de su edad. A partir de esto el personal de enfermería ejercerá una influencia terapéutica y asistencial, ayudando a estos niños o adolescentes a alcanzar un crecimiento y desarrollo emocional y físico adecuados.
- Los niños y adolescentes tienden a sufrir desequilibrios emotivos en distintas etapas de su vida y sobre todo coincidiendo con acontecimientos vitales (nacimiento de hermanos, cambio de domicilio, escolaridad, ingresos

hospitalarios, etc.). Es fácil que aparezcan conductas impropias de su edad, como temor, malestar e incapacidad de afrontar algunas situaciones. Si el personal de enfermería adopta con ellos actitudes afables y comprensivas, le será más fácil al paciente adaptarse a ellas.

- El profesional de enfermería que está en contacto con estos pacientes ha de establecer formas amistosas de comunicación con los familiares, para que contribuyan a ayudar al niño.
- La observación atenta de patrones de interacción entre el niño y sus padres servirá de gran ayuda y ayudará a conocer mejor al paciente y planear con mayor eficacia el tratamiento.
- Padres y madres necesitan apoyo y orientación para aceptar a su hijo en cada fase de su desarrollo y el personal de enfermería puede ayudarles en muchos casos.
- El niño también necesita información y respuestas a las preguntas que formula sobre los cambios que experimenta en su persona y medio. El personal de enfermería deberá darle explicaciones sencillas ante cualquier duda. Su información será realista y veraz.
- La actuación de enfermería será distinta si el paciente está hospitalizado, en cuyo caso la relación será más estrecha y más constante y dependerá mucho del tipo de patología a tratar.
- A nivel ambulatorio la actuación será muchas veces de apoyo a otros profesionales (psiquiatra, psicólogo, logopeda, etc.) pero también es muy importante la realización de Consultas de Enfermería, debidamente protocolizadas, para contribuir a la mejoría de distintas patologías, como enuresis, encopresis, trastornos del sueño o la alimentación, etc. De especial importancia es también la participación en terapias logopédicas, en las que el personal de enfermería puede ser de gran ayuda para el niño, como en los casos de trastornos en la lectoescritura, retraso de la aparición del lenguaje, etc.
- Es importante la actuación de enfermería en la prevención primaria de trastornos psicológicos o del lenguaje con el asesoramiento a los padres mediante charlas informativas y programas divulgativos. Es necesario identificar a los niños o familias de alto riesgo para insertarlos en los programas.
- En cuanto a la prevención secundaria, es de gran importancia la detección precoz de casos y su tratamiento eficaz. El personal de enfermería puede participar de forma eficiente en esta idea mediante sus entrevistas en la primera visita o incluso en los programas de prevención primaria.
- La prevención terciaria se basa en la resolución del problema afecto del niño o adolescente y su inserción a su ambiente normal o habitual. Para este cometido serán muy beneficiosas las asistencias domiciliarias desarrolladas por enfermería o charlas a familia y pacientes sobre planes de alta y de

nuevo enfrentamiento a su casa y comunidad.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ESTIENNE, F.: "Retraso del lenguaje, disfasia y audiomudez" y "Dislexia", en J. RONDAL y X. SERON, *Trastornos del lenguaje*, 3. Paidós. Barcelona, 1991.

KYES, J. y HOFLING, C. K.: *Enfermería psiquiátrica*. Interamericana. México, 1982.

LAURIE CRAWFORD, A. y CURRY KILANDU, V.: *Enfermería psiquiátrica y salud mental* Manual Moderno. México, 1987.

REGINALD PELLETIER, L.: *Enfermería psiquiátrica*. Doyma. Barcelona, 1990.

27

Urgencias psiquiátricas y crisis

OBJETIVOS

- Conocer el concepto de urgencia psiquiátrica.
- Adquirir los conocimientos más elementales sobre las distintas situaciones de urgencia que pueden presentarse en psiquiatría: paciente agitado, agresivo, depresivo, suicida y toxicómano.
- Saber qué actitud y cuidados debe adoptar el personal de enfermería en cada una de ellas.

27.1. Concepto de urgencia psiquiátrica

La urgencia psiquiátrica se está convirtiendo en un acontecimiento cada día más frecuente y constituye un tema de gran preocupación dentro de la asistencia sanitaria en general y de la psiquiátrica en particular. Por otra parte, la urgencia psiquiátrica se encuentra rodeada de una serie de circunstancias que la diferencian notablemente del resto de las urgencias médicas, pues las psiquiátricas conllevan, además de la connotación médica de toda urgencia, otra serie de connotaciones generadas por el

fantasma de la peligrosidad, el miedo y temor que generan en los demás y por las ansiedades que despierta, en la mayoría de los casos, el enfermo mental.

Un aspecto importante de la urgencia psiquiátrica es su delimitación, que suele ser difícil de precisar, pues en muchas ocasiones detrás de unos síntomas puramente psicopatológicos se encuentra un grave trastorno somático y otras veces van a ser los factores sociales los que, de una manera más determinante influyen en el comportamiento de los pacientes (Seva, 1983).

Todo lo expuesto implica que la noción de urgencia psiquiátrica es relativa y van a ser en definitiva los criterios subjetivos del propio paciente, el entorno o el personal sanitario no especializado los que van a determinar la intervención psiquiátrica urgente. Por ello puede afirmarse que las urgencias psiquiátricas tienen un marcado carácter psicosocial.

La definición de *urgencia psiquiátrica* no resulta tan sencilla pues los profesionales de la asistencia psiquiátrica minimizan el volumen de estos tipos de urgencias y, por el contrario, el resto de profesionales sanitarios tienden a magnificarlo. Esta diferencia puede surgir de un desacuerdo conceptual. En favor de los primeros diremos que realmente son pocas las situaciones que requieren estrictamente atención psiquiátrica urgente, y a favor de los segundos hay que admitir el elevado porcentaje de consultas urgentes que realizan los pacientes psiquiátricos y que requieren asistencia, aunque no sea puramente psiquiátrica.

Incluiremos dentro de las urgencias psiquiátricas todos aquellos síndromes psiquiátricos que crean situaciones que exigen soluciones rápidas por entrañar un cierto peligro para el enfermo o para los que le rodean. Por tanto, el personal sanitario tiene que saber cómo actuar en estos casos, al menos en las primeras horas, hasta la llegada de personal especializado o el envío del paciente a un centro psiquiátrico.

Las urgencias psiquiátricas están constituidas por *crisis agudas*, que pueden ser el inicio agudo de una enfermedad nueva o una reagudización de una enfermedad crónica. Lo importante en toda urgencia psiquiátrica es recordar que se está atendiendo a un paciente y que se requiere:

- Un abordaje técnico, serio, con aproximación directa y de orientación médica, evitando posturas de pasividad o excesivo intervencionismo.
- Una actitud comprensiva y respetuosa, evitando hacer juicios morales o mostrar actitudes hostiles o paternalistas.
- No banalizar la situación, que es el error que se comete con mayor frecuencia. Los pacientes con una personalidad patológica van a presentar dificultades a la hora de realizar la anamnesis o de referir sus síntomas, lo que deberá salvar el profesional sanitario realizando una entrevista dirigida y con preguntas concretas que permita identificar el motivo (a veces vital) de asistencia a un servicio de urgencias.

Es necesario tener en cuenta que un paciente psiquiátrico que presenta reacciones anómalas ante la adversidad o el sufrimiento, presentará igualmente esas respuestas

anormales ante un padecimiento somático. Por ello no hay que conformarse con el diagnóstico que sugiere la actitud del paciente y es preciso descartar otros procesos de mayor riesgo vital. No debe olvidarse que los histéricos también pueden presentar tumores cerebrales o encefalitis y pueden morirse.

Hay una abundante patología somática cuya primera e incluso única manifestación son síntomas psicopatológicos, como sucede en enfermedades toxicometa-bólicas, endocrinopatías, neoplasias, afecciones cardiovasculares, meningo-encefalitis, intoxicaciones, etc.

27.2. Frecuencia de las urgencias psiquiátricas

La frecuencia con que se presentan las urgencias psiquiátricas es importante. En Leningrado (1969) se cifran en 40 casos anuales por 10.000 habitantes. En New Haven (EEUU) hasta 136/10.000 h/año en 1974. En Valladolid (1978) 25 casos anuales por 10.000 habitantes y sólo para el Hospital Clínico Universitario. En Burgos (1985) 10/10.000 h/año. En 1986 las urgencias psiquiátricas en Valladolid se contabilizaron en 60/10.000 h/año y solamente para el Hospital Universitario habían ascendido en el plazo de ocho años a 43/10.000 h/año.

Otro aspecto a tener en cuenta, y de gran importancia, es que la demanda de atención psiquiátrica urgente tiende a seguir una línea ascendente en todos los centros y hospitales que ofrecen este servicio. Así, Mindham (1973) señala que uno de los hospitales generales pioneros en este tipo de servicios como es el Maudsley Hospital de Londres pasó de *666* urgencias psiquiátricas en 1951 (cuando se abrió dicho servicio) a 3.610 al cabo de 10 años y a 6.000 urgencias psiquiátricas anuales al cabo de otros 10 años. La mayoría de autores nacionales y extranjeros, interesados y estudiosos de las urgencias psiquiátricas señalan el incremento desproporcionado de la demanda de atención psiquiátrica urgente.

A continuación se analizan las formas más frecuentes de presentación de las urgencias psiquiátricas y la actitud terapéutica que debe adoptarse en cada caso.

27.3. Paciente agitado

La *agitación psicomotriz* no es una enfermedad, es un síndrome que puede aparecer en cualquier cuadro psiquiátrico, igual que la fiebre en cualquier enfermedad infecciosa.

Consiste en un estado de intranquilidad psíquica e hipermotilidad que suele llevar al paciente a un estado de violencia y que casi siempre se acompaña de otros síntomas psicopatológicos en función de su etiología. Cabe distinguir varios tipos de agitación psicomotriz:

AGITACIÓN MANÍACA

Se caracteriza por un estado de agitación psicomotriz que se acompaña de un aspecto desordenado, logorrea e hipercontacto, bulimia e hipererotismo. Los pacientes se encuentran lúcidos e hipervigilantes, con una atención dispersa y pensamiento ideofugal. Su estado de ánimo es exaltado, expansivo y con una euforia patológica. Presentan una actitud lúdica y el insomnio suele ser una constante. Se pueden recoger antecedentes de otros episodios maníacos o depresivos que orientarán hacia una psicosis maníaco-depresiva. Sin embargo, diferentes enfermedades somáticas (PGP, intoxicaciones, traumatismos craneoencefálicos, tumores cerebrales, etc.) pueden cursar con cuadros de agitación maniforme.

AGITACIÓN CONFUSA

Los estados de confusión mental o de delirio agudo *(delirium acutum)* comprenden siempre cierto grado de agitación psicomotora que, a menudo, llega a dominar el cuadro confusional. La agitación psicomotriz se acompaña de graves trastornos de la conciencia y de la orientación. Son frecuentes los trastornos sen-soperceptivos de tipo alucinatorio visual, auditivo o cenestésico.

El paciente se entrega totalmente al delirio, como si soñara despierto. Por ello, la agitación va siempre acompañada de una gran ansiedad y muchas veces de una reacción de huida, temor o agresividad hacia supuestos enemigos que el enfermo cree ver u oír. La agitación provoca signos orgánicos graves, como fiebre, deshi-dratación, trastornos metabólicos, equimosis, etc.

La etiología de la agitación confusa es siempre somática. En unos casos se trata de intoxicaciones, siendo el delirium tremens alcohólico el prototipo de las mismas, o bien de tipo medicamentoso (anfetaminas, corticoides, isoniazidas, etc.). En otros casos se trata de trastornos metabólicos (hipoglucemia, hiponatremia, etc.), grandes pirexias, traumatismos craneales, tumores cerebrales, puerperio, etc.

Una regla que hay que tener siempre en cuenta es que la presencia de una agitación psicomotriz acompañada de trastornos de la conciencia debe llevar siempre a la búsqueda de una etiología somática.

AGITACIÓN PSICÓTICA

Se presenta en las psicosis delirantes agudas, caracterizadas por un comienzo brusco del delirio. Éste es de carácter polimorfo y domina todo el cuadro psicopato-lógico. El delirio es vivido como una experiencia irrecusable y esta adhesión del paciente implica en parte su agitación psicomotriz. El estado de ánimo es muy variable.

AGITACIÓN ESQUIZOFRÉNICA

La esquizofrenia puede comenzar bruscamente con un cuadro similar al de las psicosis delirantes agudas, pero si se indaga en la anamnesis se observa que el paciente presentaba ya una sintomatología larvada desde hacía tiempo y que en este momento hace auténtica eclosión.

Considerando las formas clínicas de la esquizofrenia que se admiten clásicamente, se pueden distinguir:

- *Agitación hebefrénica:* similar a la agitación maníaca, caracterizada por logorrea, hiperquinesia, pensamiento que semeja a la fuga de ideas, hiperexpresividad casi teatral, manierismos, etc.
- *Agitación catatónica:* contacto difícil, sonrisas extemporáneas, actividades estereotipadas, lenguaje incoherente, muecas, discordancias, violencias impulsivas, etc.
- *Agitación paranoide:* actitud de espía, integra al personal en su mundo delirante, ansiedad psicótica, vivenciación dramática de sus ideas delirantes, atención polarizada hacia el tema delirante, frecuentemente de perjuicio-persecución.

AGITACIÓN NEURÓTICA

Las formas de neurosis más típicas que se acompañan de agitación psicomo-triz son las crisis histéricas y las de ansiedad.

- *Agitación histérica:* El paciente histérico se agita de una manera teatral y por lo general en presencia de público. Es el clásico y popular "ataque de nervios" en el que el paciente se agita, vocifera, se revuelca por el suelo, presenta convulsiones desordenadas, gesticula, espumajea, se rasga los vestidos y amenaza frecuentemente con suicidarse.
- *Agitación ansiosa:* Es la gran "crisis de angustia" en la que el enfermo bruscamente se siente invadido por una sensación penosa de peligro inminente y mal definido. Se encuentra agitado y tiende a huir o, por el contrario, se arrincona y es incapaz de moverse. Presenta manifestaciones somáticas tales como: taquicardia y palpitaciones; polipnea, ritmo respiratorio irregular, respiración suspirosa; diarreas, poliurias y tenesmo vesical; hiperreflexia y defensa muscular; algias diversas; sensaciones vertiginosas y acúfenos; hiperhidrosis, etc.

La melancolía ansiosa constituye el principal diagnóstico diferencial. Agitación y ansiedad se hayan presentes al máximo pero acompañadas de manifestaciones depresivas (tristeza, pena, desesperanza, pesimismo, sentimientos de minusvalía e ideas de culpabilidad, etc.).

AGITACIÓN DEMENCIAL

La inseguridad hacia el ambiente por la desorientación auto y alopsíquica, la dificultad para reconocer sucesos externos por los déficits mnésicos, la disminución de rendimientos y de su capacidad de adaptación por el déficit de funciones cognoscitivas y las ideas de perjuicio suelen ser los desencadenantes de esta forma de agitación, que suele surgir ante el menor incidente, que es vivido con una extraordinaria carga afectiva.

Cuidados y atención de enfermería

PROBLEMAS QUE PLANTEA LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ
1. Hiperactividad. Agitación psicomotriz en aumento. 2. Insomnio. 3. Disminución de la ingesta de alimentos y líquidos (deshldratación). 4. Comportamiento hostil. 5. Amenazas auto y heteroagresivas. 6. Euforia patológica, hipervigilancia, prodigalidad (Ag. maníaca). 7. Trastornos del nivel de conciencia, desorientación, alucinaciones (Ag. confusa). 8. Ideas delirantes (Ag. psicótica). 9. Trastornos del comportamiento, regresión pensamiento desorganizado (Ag. esquizofrénica). 10. Ansiedad, conductas desordenadas (Ag. neurótica). 11. Deterioro de las funciones psicológicas superiores, pérdida de autonomía (Ag. demencial).

CUIDADOS Y OBJETIVOS A CORTO PLAZO
1. Disminuir la hiperactividad y la agitación psicomotriz. 2. Regular el ritmo sueño/vigilia. 3. Asegurar y controlar un aporte suficiente de alimentos y líquidos. 4. Procurar un clima de tranquilidad. 5. Vigilancia somática constante. 6. En la *agitación maníaca:* • Proporcionar actividad física para disminuir la tensión y energía. • Disminuir los estímulos del medio ambiente. • Favorecer el descanso. • Establecer una relación de confianza.

7. En la *agitación confusa:*

   - Presencia constante con el paciente en evitación de accidentes.
   - Mantener la mismas referencias espaciales, de objetos y personas.
   - Disminuir los estímulos del medio ambiente.

8. En la *agitación psicótica:*

   - Ayudar al paciente a sentirse más seguro en su ambiente.
   - Ayudarle a incrementar su autoestima.
   - Animarle a confiar en los miembros del equipo.
   - Establecer una relación de confianza.

9. En la *agitación esquizofrénica:*

   - Establecer comunicación y crear confianza.
   - Ayudar al paciente a participar en la comunidad terapéutica.
   - Incrementar el nivel de comunicación con los demás.
   - Incrementar los sentimientos de seguridad del enfermo.
   - Aumentar la interacción del paciente con el medio.

10. En la *agitación neurótica:*

    - Disminuir la ansiedad aislando al paciente y escuchándole tranquilamente.
    - Mantener el diálogo con el paciente permitiéndole verbalizar sus problemas.

11. En la *agitación demenciai:*

    - Incrementar la seguridad del paciente en el ambiente.
    - Buscar la cooperación del enfermo en sus cuidados personales.
    - Evitar una excesiva pasividad y conseguir la mayor autonomía posible.
    - Ayudar al reconocimiento de acontecimientos externos.

27.4. Paciente agresivo

La agresividad patológica se manifiesta de forma muy variable. Puede dirigirse bien contra la personalidad moral y afectiva de otro sujeto, bien contra la integridad física e incluso contra la vida.

En cuanto a la urgencia, va a ser el riesgo homicida lo que constituya la preocupación esencial.

A) Estados peligrosos con trastorno de la conciencia

Son aquellos cuadros psicopatológicos en los que la agresividad y violencia se

acompañan de un estrechamiento del campo de la conciencia. Acontece en cuadros orgánicos, siendo los más frecuentes el alcoholismo y la epilepsia.

EMBRIAGUEZ EXCITO-MOTORA

De comienzo brusco, en forma de acceso impulsivo que pone al paciente furioso y colérico. Lo rompe todo, vocifera, insulta y golpea sin discernimiento. Suelen insinuarse ideas delirantes, que en otros casos dominan el cuadro y pueden ser el origen de reacciones homicidas impulsivas. Se acompañan de una amnesia posterior de todo el episodio.

ESTADOS CREPUSCULARES EPILÉPTICOS

Se trata de una complicación poco frecuente de la enfermedad epiléptica. Se caracterizan por una obnubilación mental que se presenta súbitamente, casi siempre después de una o varias crisis convulsivas. Se pueden superponer fenómenos ilusorios e incluso alucinatorios y a veces aparece una organización delirante. Se presentan conductas agresivas, a veces auténticamente salvajes y dramáticas.

B) Estados peligrosos con ausencia de trastornos de la conciencia

Son los cuadros psicopatológicos en los que la agresividad y violencia no se acompañan de un trastorno de la conciencia. Suele ser la sintomatología productiva (alucinaciones y delirios) y los trastornos de la personalidad los que con mayor frecuencia generan estas situaciones de agresividad.

PARANOIA

Las construcciones delirantes que acompañan a un fondo paranoico son variables, aunque están vinculadas a los mismos mecanismos de interpretación o intuición.

No cabe duda de que los delirios paranoicos son peligrosos, especialmente el delirio de celos y también la erotomanía. De igual modo puede serlo un delirio de persecución, ya que el perseguido se convierte en perseguidor.

El peligro aumenta con la evolución del delirio, pues la amenaza homicida se intensifica.

ESQUIZOFRENIA

Es principalmente al comienzo de la enfermedad cuando algunos pacientes esquizofrénicos pueden resultar peligrosos para sí mismos o para los demás. La agresividad de estos sujetos introvertidos, rebeldes, negativistas y sumidos en una especie de cavilaciones melancólicas puede estallar en un acceso de furor.

La brusca pulsión agresiva del esquizofrénico, tanto más sorprendente cuanto que un momento antes parecía impasible, es debida más bien a formas ya evolucionadas y no constituye una eventualidad para el sanitario práctico.

PERSONALIDAD PSICOPÁTICA

El término abarca casos cuyo denominador común es el carácter antisocial y la impulsividad. El trastorno de tipo psiquiátrico en el adulto joven se manifiesta con una violencia a menudo organizada en el cuadro de una banda, con actos de vandalismo, robos, peleas y agresiones sexuales. Otros viven aislados, reservando su perversidad para el medio familiar.

El peligro de pasar al acto impulsivo no es el mismo en todos los casos y se encuentra la mayor peligrosidad con las personalidades psicopáticas de fondo paranoide o esquizoide. El psicópata, lejos de defenderse contra sus pulsiones, llega a asegurar la unidad del Yo gracias a la válvula del paso al acto, evitando de esta manera la angustia.

Cuidados y atención de enfermería

PROBLEMAS QUE PLANTEA LA AGRESIVIDAD
1. Agresividad verbal y física. 2. Inquietud-agitación psicomotriz. 3. Conductas desorganizadas. 4. Falta de cooperación. 5. Resistencia a la hospitalización o al programa terapéutico. 6. Trastornos de la personalidad, del comportamiento u otros trastornos (confusión, alucinaciones, delirios, etc.). 7. Sentimiento de hostilidad, ira, temor. 8. Destrucción de la propiedad.

CUIDADOS Y OBJETIVOS A CORTO PLAZO
1. Facilitar la verbalización de los sentimientos. 2. Proteger de lesiones al paciente y a los demás. 3. Establecer una relación de confianza. 4. Aceptar sentimientos como la ira sin culpabilizar. 5. Canalizar la hostilidad y agresividad por vías más adecuadas. 6. Prevenir la destrucción de propiedades.

27.5. Paciente depresivo

La depresión es un síndrome psicopatológico extremadamente frecuente que se acompaña en muchas ocasiones de ansiedad, dando lugar a las *depresiones ansiosas*.

Otras veces predominan las manifestaciones y quejas somáticas, quedando entonces la depresión en un segundo plano; son las denominadas *depresiones enmascaradas*.

La tristeza del paciente depresivo suele acompañarse de apatía, astenia, desilusión, desinterés, inhibición psicomotriz, temporalidad alargada, desesperanza, pesimismo, alteraciones del apetito y del sueño, ideas de muerte y de suicidio, sentimientos de incapacidad y minusvalía.

Ante la presencia de cualquier cuadro depresivo es preciso descartar una causa somática (endocrinopatías, neoplasias, enfermedades neurológicas, fármacos, etcétera).

Cuidados y atención de enfermería

PROBLEMAS QUE PLANTEA LA DEPRESIÓN
1. Insomnio. 2. Hiporexia. 3. Apatía. Inhibición psicomotriz. 4. Desilusión. Desinterés. Desesperanza. 5. Llanto fácil e inmotivado. 6. Sentimientos de incapacidad y minusvalía. 7. Ideas y tentativas de suicidio.

CUIDADOS Y OBJETIVOS A CORTO PLAZO
1. Tomar las medidas necesarias para adecuar el ritmo de sueño. 2. Observar la ingesta de alimentos y líquidos para mantener una nutrición e hidratación suficientes. 3. Ayudar a mantener pequeñas actividades. 4. Animar al paciente a hacer cosas para sentirse mejor y no esperar a sentirse mejor para hacer cosas. 5. Animar al paciente a que exprese y verbalice sus sentimientos aunque sea a través del llanto. 6. Ayudar a incrementar los sentimientos de autoestima. 7. Impedir que el paciente se dañe a sí mismo mediante observación estrecha y medidas de protección.

27.6. Paciente suicida

La ideación suicida o la tentativa de suicidio se convierten con suma frecuencia en motivos de urgencia psiquiátrica. La tentativa de suicidio es en primer lugar una urgencia médica o quirúrgica y solamente cuando éstas se hayan resuelto pasa a ser urgencia

psiquiátrica.

Lo más interesante es buscar y detectar el riesgo de suicidio en cualquier situación psiquiátrica de urgencia. Es preciso tomar siempre muy en serio la presencia de ideas, amenazas o tentativas de suicidio en un paciente, no juzgando, ni criticando, ni intentando convencer.

Existen una serie *de factores de riesgo suicida* que siempre es preciso tener en cuenta en el momento de evaluar una urgencia psiquiátrica:

- Sexo: en varones son más frecuentes los suicidios consumados, y en las mujeres, las tentativas de suicidio.
- Edad: los ancianos.
- Estado civil: solteros, viudos y divorciados.
- Factores socioafectivos: desempleo, profesiones no cualificadas, situaciones de soledad, pérdida afectiva reciente.
- Factores médicos: dolor crónico, enfermedad crónica o terminal, intervención quirúrgica reciente.
- Antecedentes personales: amenazas o tentativas suicidas anteriores.
- Enfermedades psiquiátricas: depresión mayor, alcoholismo, esquizofrenia, trastorno de la personalidad.

Otro aspecto importante es saber valorar el *potencial suicida* de un paciente que ha llevado a cabo una tentativa suicida y que dependerá de:

- La situación psicopatológica previa.
- Tiempo de planificación del acto suicida.
- Letalidad del método suicida elegido.
- Precauciones tomadas para ser o no descubierto.
- Crítica de la tentativa suicida (arrepentimiento, sorpresa, pesar, etc.).
- Apoyo social que tiene el paciente.
- Cambio en las circunstancias que determinaron el intento suicida.
- Proyectos y planes de cara al futuro.

Cuidados y atención de enfermería

PROBLEMAS QUE PLANITEA EL SUICIDIO
1. Ideación o tentativas suicidas. 2. Sentimientos de minusvalía o infraestima. 3. Déficit de control de impulsos. 4. Sentimientos de vergüenza o fracaso por la tentativa llevada a cabo. 5. Comportamientos y conductas dirigidos a llevar a cabo una nueva tentativa suicida.

CUIDADOS Y OBJETIVOS *A* CORTO PLAZO
1. Proporcionar un ambiente de seguridad con estrecha vigilancia y medidas de seguridad (ausencia de medicamentos y objetos peligrosos a su alcance, topes en las ventanas, cubiertos y vajilla de plástico, etc.). 2. Favorecer la verbalización de ideas y planes suicidas. 3. Incrementar sus sentimientos de autoestima asegurándole ayuda y apoyo para conseguirlos. 4. Ayudar a aumentar el control de impulsos. 5. Ayudar al paciente en la autocrítica de sus ¡deas o tentativas suicidas. 6. No minimizar ninguna idea o tentativa suicida por leve que sea. 7. Informar al resto del equipo de cualquier incidencia que pueda hacer pensar en una planificación suicida. 8. Evaluar el riesgo de suicidio en cualquier urgencia psiquiátrica. 9. Evaluar el potencial suicida en toda tentativa de suicidio.

27.7. Paciente toxicómano

Las situaciones clínicas que se dan más frecuentemente con pacientes toxicómanos en situaciones de urgencia son:

SOBREDOSIS

Se convierte en una urgencia vital y por consiguiente corresponde actuar a los servicios de Medicina Interna o a la Unidad de Cuidados Intensivos.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Siempre es conveniente matizar una serie de aspectos, como el tiempo de adicción, tipo de droga, vía de administración, dosis diaria, tiempo que lleva en abstinencia, etc.

En cuanto a las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia, se pueden establecer los siguientes parámetros:

- *Grado 1* (7 a 12 horas de abstinencia): diaforesis, rinorrea, lagrimeo, ansiedad, insomnio, bostezos.
- *Grado 2* (12 a 18 horas de abstinencia): midriasis, piloerección, calambres

musculares, artromialgias, escalofríos.

- *Grado 3* (18 a 24 horas de abstinencia): hipertensión arterial, taquicardia, taquipnea, fiebre, anorexia, náuseas, vómitos, agitación.
- *Grado 4* (48 a 72 horas de abstinencia): diarrea, deshidratación, hiperglucemia.

Cuidados y atención de enfermería

PROBLEMAS QUE PLANTEA LA TOXICOMANÍA
1. Consumo de tóxicos. 2. Trastornos de índole somática. 3. Malnutrición y deshidratación. 4. Insomnio. 5. Ansiedad. 6. Falta de cooperación. 7. Agresividad y cambios bruscos del estado de ánimo.

CUIDADOS Y OBJETIVOS A CORTO PLAZO
1. Vigilancia estrecha para evitar el consumo de tóxicos. Control de las visitas. 2. Vigilancia de la situación somática. Toma de constantes. 3. Conservar una nutrición e hidratación suficientes. 4. Fomentar el reposo y el sueño. 5. Brindar apoyo emocional. 6. No emitir juicios morales ni mostrar actitudes que denoten prejuicios. 7. Proporcionarle un ambiente de seguridad.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

FELDMAN, M.: *Psiquiatría de urgencia*. Editorial Médica Venezolana. Caracas, 1977.
SCHULTZ, J. M. y DARK, S. L.: *Enfermería psiquiátrica. Planes de cuidados*. Interamerica-na. México, 1985.
SEVA, A.: *Urgencias en psiquiatría*. Edos. Barcelona, 1993.
SLABY, A. E.: *Manual de urgencias psiquiátricas*. A. Carrido Juan Ed. Barcelona, 1978.
SOTO LOZA, A.: *El suicidio en la práctica médica:* Madrid, 1993.

28

Conductas suicidas

OBJETIVOS

- Distinguir las diferentes fases del proceso suicida: ideación suicida, acto suicida y resultado del acto suicida.
- Conocer las características de los grupos de suicidios y los grupos de tentativas suicidas.
- Conocer las particularidades de los fenómenos suicidas, especialmente en lo que concierne a las poblaciones con actos suicidas.
- Establecer la relación entre los trastornos psiquiátricos y su clínica y los fenómenos suicidas.
- Conocer los elementos que deben tenerse en cuenta en la evaluación de un sujeto suicida y en el manejo del mismo o de los supervivientes de un suicidio.

28.1. El proceso suicida

La Organización Mundial de la Salud propuso los siguientes términos para la investigación de las conductas suicidas:

- *Acto suicida:* Hecho por el cual alguien se causa una lesión a sí mismo, independientemente de su intención y el conocimiento de sus motivos.
- *Suicidio:* Muerte como resultado de un acto suicida;
- *Intento o tentativa de suicidio:* Acto suicida cuyo resultado no implicó la muerte.

Beck y colaboradores, por su parte, utilizan el término de *sujeto con ideación suicida* para designar a aquellos que de manera persistente piensan, planean o desean cometer suicidio. Investigaciones llevadas a cabo en áreas metropolitanas de EEUU en la población general, para estudiar su incidencia en el año anterior a la entrevista, demostraron un 5,8% de personas con ideación suicida. Era importante en ciertos grupos como varones ancianos y jóvenes, así como en enfermos psiquiátricos de ambos sexos.

Las tentativas de suicidio, a su vez, suponen un problema cada vez más importante en los servicios de urgencias, tanto por su volumen como por las dificultades en su manejo, ya que la mayoría de las mismas son expresión al límite de las dificultades por las que atraviesa el sujeto y del agotamiento de sus recursos habituales.

Los suicidios son otro aspecto importante en las conductas suicidas. El suicidio figura entre las diez primeras causas de mortalidad en casi todos los países del mundo. Además supone graves consecuencias psicológicas sobre los familiares que quedan. Y este impacto no solamente afecta a los familiares, sino a los profesionales de asistencia sanitaria y a su capacidad de respuesta ante dicha crisis.

Las investigaciones en archivos judiciales llevadas a cabo a nivel local indican que las tasas mínimas de suicidio se sitúan en España en torno a unos 10 suicidios por cien mil habitantes. Se supone además que por cada suicidio se dan de ocho a diez tentativas, siendo éstas aún más difíciles de registrar que aquéllos por su fácil ocultamiento.

Los datos sociodemográficos, fiables a nivel de la detección de grupos de riesgo, no dan una imagen cabal del acto, único e individual, del acto suicida. En la literatura suicidológica siempre se basan en los resultados para explicar los actos que llevaron a ellos, en vez de basarse en el proceso que llevó a dichos resultados. Por esta razón, la mayor parte de los conocimientos sobre esta conducta son retrospectivos y un tanto artificiales.

Cabría por tanto hacer una distinción entre *ideación suicida, acto suicida* y *resultado del acto suicida*. Los datos acerca del conjunto del *proceso suicida* serían importantes en el manejo de la persona presuicida, pues señalan valiosas claves respecto a la conducta de las personas en grave riesgo de llevar a cabo un acto suicida, antes poco explicadas, como la tendencia a aislarse de los demás, la ambigüedad en el deseo de morir, la ocultación de la intencionalidad suicida, etc.

28.2. La ideación suicida

Pensar en morir como solución meramente instrumental a los problemas de la vida

no es ni infrecuente ni anormal, sino que deriva de la capacidad que tiene la especie humana para dar solución a un problema mediante diversas vías. La ideación suicida suele ser transitoria y asociada a etapas de dificultades importantes en la biografía de una persona, desapareciendo normalmente cuando el problema se resuelve.

Lo anormal tiene que ver más bien con que la ideación suicida se instale continua y persistentemente, y el sujeto contemple el acto suicida como única perspectiva a su situación. Este proceso ha recibido diversos nombres: crisis suicida, situación suicida o síndrome presuicida.

Las *crisis suicidas* podrían describirse como crisis en las que la ideación suicida ocupa un lugar importante para el sujeto como solución a las mismas. Son transitorias, de duración más o menos breve según los problemas de fondo, pero con gran riesgo de llevar a cabo un acto suicida.

Se considera que este proceso, aunque tiene una serie de rasgos comunes a todos los sujetos, está determinado a nivel particular por los múltiples factores que concurren en el sujeto. Éstos son de largo plazo y de corto plazo, del propio sujeto y del ambiente.

Salvo en una pequeña minoría de sujetos con ideación suicida recurrente, el presentar la idea de matarse cómo solución parece ser estado-dependiente, fundamentalmente en función de síntomas relacionados con las depresiones, con el uso de drogas, con crisis existenciales o con dificultades en las relaciones personales.

La situación clínica más frecuente que antecede a la ideación suicida es la depresión como síndrome. Éste implica la presencia de trastornos de tipo cognitivo que conllevan cambios en el tipo de razonamiento del sujeto, ante todo la aparición de la llamada *tríada cognitiva depresiva*, con razonamientos de tipo negativo respecto a sí mismo, al entorno y al futuro. Además aparece un razonamiento de tipo dicotómico, limitaciones en la valoración de problemas, rigidez en el enfoque de los problemas, junto a la tristeza y la desesperanza.

La gravedad de la depresión influye directamente en la presencia de ideación suicida, mientras que la gravedad de dichas ideas y el riesgo de paso al acto parece que están más en relación con el grado de desesperación.

La mayoría de los estudios sobre suicidios obtienen el diagnóstico de depresión como el más frecuente, aunque están presentes además otros diagnósticos, como alcoholismo y esquizofrenia. Para muchos autores el hilo que recorre por debajo de toda ideación (y riesgo de acto) suicida sería la presencia de depresión, independientemente de que ésta sea primaria o secundaria a otros diagnósticos psiquiátricos.

En los grupos de tentativas de suicidio la presencia de síndromes depresivos es importante, pero éstos son más transitorios, existiendo otros diagnósticos más importantes, como los trastornos de la personalidad y los de adaptación.

Parece ser que los síntomas y cambios psicopatológicos mediatizarían el que un sujeto con ideación suicida y con trastorno psiquiátrico tuviese más probabilidad de llevar a cabo un acto suicida que si la idea apareciese en un sujeto sano.

Hace ya tiempo que se describió la situación psicológica correspondiente a las crisis suicidas. Aunque existe un aura de irracionalidad e impotencia que rodea al suicidio, la

realidad es que las crisis suicidas tienen una evolución lógica y un tipo de pensamiento peculiares tras ellas.

Así, los antecedentes de los sujetos que sobrevivieron accidentalmente a un método suicida altamente letal indican, según Shneidman, que los sujetos en una situación presuicida desarrollan como característica común una manera de pensar diferente, una *lógica suicida*. Poco antes del acto suicida, estas personas se encuentran bajo la urgente presión de acabar con la vivencia insoportable del dolor psicológico que sienten, generalmente debido a la frustración de alguna necesidad psicológica importante.

Dicha vivencia penosa de dolor se acompaña además de sentimientos negativos, entre los que destacan la desesperanza (pesimismo respecto al futuro), la impotencia (incapacidad de resolver el problema) y el desamparo (nadie le puede ya ayudar). Esto es especialmente importante si tenemos en cuenta que estos sentimientos se presentan en el contexto de un razonamiento rígido y dicotómico, que restringe su capacidad de ver alternativas a sus problemas (figura 28.1).

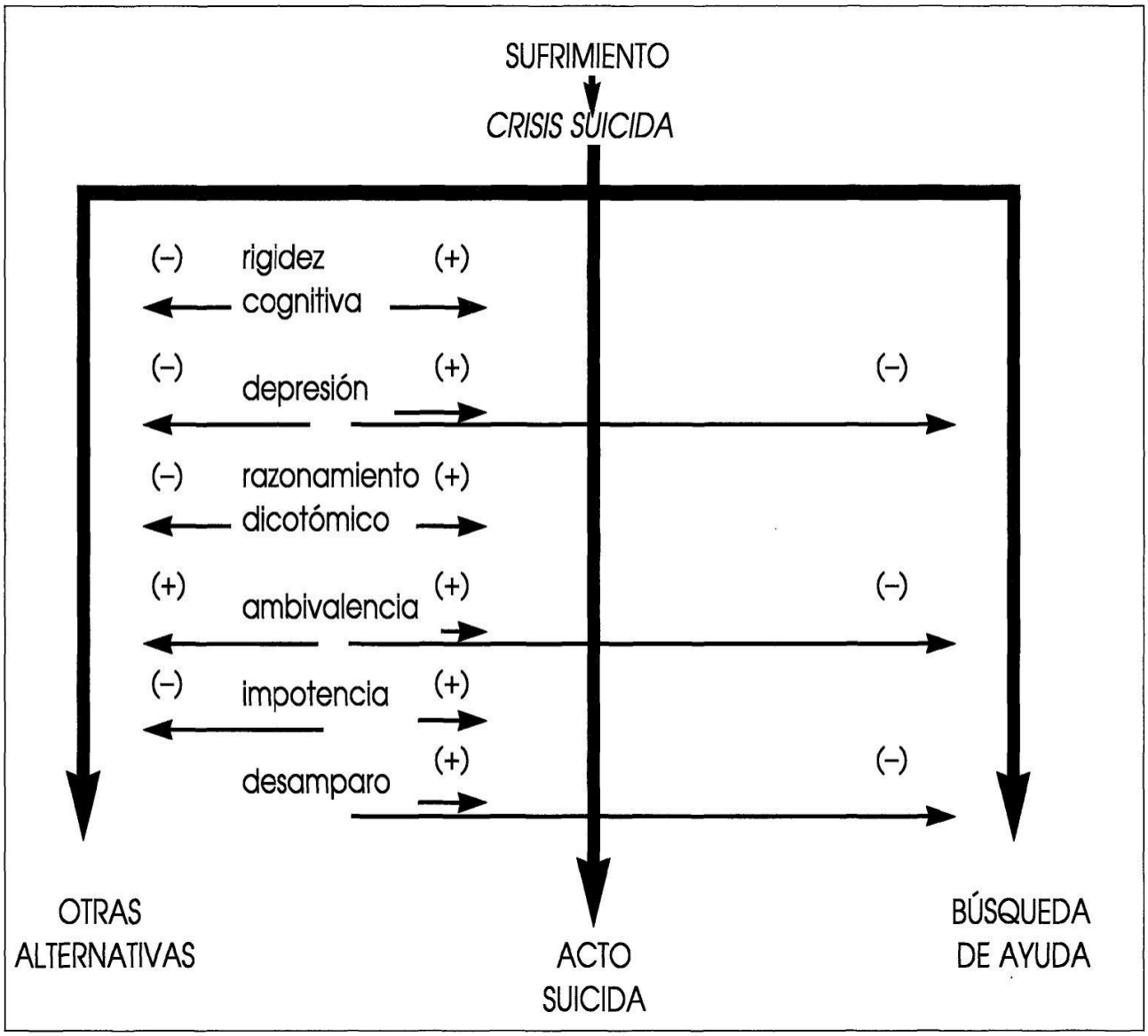


FIGURA 28.1. Desarrollo de la crisis suicida (basado en Shneidman, 1986).

Estos cambios en el razonamiento de los sujetos suicidas han sido objeto de interés particular para la psicología cognitiva, que considera que están basados en cambios en el procesamiento de la información, ante todo, altos niveles de desesperanza y déficits de tipo cognitivo en la resolución de problemas. Todo ello coexiste con una importante ambivalencia por la cual, a la vez que contemplan la propia muerte, fantasean con un rescate mágico, queriendo simultáneamente morir para huir, pero también vivir.

Es esta última característica del suicida la que puede inducir al error, trágico a veces, de pensar que solamente aquel que tiene auténtico deseo de morir se mata y que el que duda es que no tiene deseo de morir, de manera que existe siempre el peligro de no reconocer la verdadera situación del suicida, atrapado en su lógica mortal.

Muchas personas con ideación suicida no se matan debido a limitaciones de conciencia de tipo religioso o filosófico. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que estas limitaciones son insuficientes en las crisis más graves, que pueden poner en cuestión incluso las ideas más firmes del sujeto. No es un problema de la voluntad, sino de la desesperación que sobrepasa ampliamente a aquélla.

28.3. El acto suicida

En una etapa más avanzada de la crisis suicida, si no se resuelven el sufrimiento ni los problemas, el inclinarse hacia la decisión de llevar a cabo el acto suicida hará que los detalles de éste pasen a ocupar el pensamiento del sujeto, aunque continuará el fantasear con soluciones mágicas que eviten la misma, de ahí la típica ambigüedad ante la muerte hasta el acto mismo, aun en los más letales.

Muchos autores piensan que a la hora de valorar lo que precipita el acto suicida individualmente, siempre existe algo que se escapa al análisis, generalmente aquello que tiene que ver con la íntima decisión de pasar de las ideas a los hechos en un momento determinado (Diekstra, 1987).

No parece que haya acontecimientos comunes particulares que lleven al acto suicida, sino que en las historias clínicas se registran toda una serie de hechos traumáticos. La naturaleza, la clase y la cantidad son importantes, pero el orden en que se presentan es lo que tiene un mayor peso en la determinación del paso al acto. Un estudio con dos grupos de adolescentes (suicidas y no suicidas) demostró que ambos grupos presentaban la misma cantidad e intensidad de problemas, pero los suicidas presentaban una secuencia de acontecimientos típica:

1. Una larga serie de problemas.
2. Una escalada de dificultades coincidiendo con la adolescencia o con períodos críticos del desarrollo.

3. Fallos progresivos en recursos de adaptación, tanto para problemas antiguos como para los nuevos, que implicaban un aislamiento progresivo en sus relaciones sociales más importantes.
4. El sujeto piensa que ha llegado a una situación límite donde no es posible la esperanza.
5. Ello provoca un proceso interno que construye el momento para saltar sobre el abismo que separa la idea del acto.

Estudios de suicidas que habían sido hospitalizados alguna vez encontraron la siguiente secuencia: dificultades con la bebida, con el sexo, con miembros de la familia y del trabajo; tratamiento psiquiátrico anterior; cansancio de la vida; tentativa de suicidio; amenazas de suicidio; miedo a la muerte; ingreso hospitalario psiquiátrico.

En los varones la secuencia era: pérdida de los padres, alcoholismo, arresto y encarcelamiento, tentativa de suicidio, divorcio, hospitalización psiquiátrica, pérdida de ocupación, amenaza de suicidio y suicidio consumado. En las mujeres: pérdida de los padres; pérdida de marido y ocupación; tentativa de suicidio; muerte de padre, hijo o esposo.

Lester proporciona la siguiente secuencia: comenzaba por una familia multiproblemática, continuaba con fracasos interpersonales que llevaban a movilidad social descendente y desesperación, abuso de drogas, aislamiento por vergüenza social, contemplar la muerte como una huida, tentativa de suicidio y, finalmente, suicidio.

No obstante parece que los acontecimientos a corto plazo que tienden a precipitar el suicidio son los mismos que figuraban en el sujeto como problemas de largo plazo, lo que indicaría que uno de los factores más importantes en el contexto del acto en los suicidios sería la *recurrencia* de sus problemas crónicos.

En el paso al acto suicida los factores evolutivos siguen actuando, pero son más importantes los *factores situacionales* para entender mejor su aparición en un determinado contexto. Estos factores de corto plazo, no solamente actúan como precipitantes, sino también de otros modos (variando la letalidad por ejemplo).

Así, se ha visto que los actos suicidas juveniles necesitan la concurrencia de una psicopatología (síntomas y signos de trastorno mental), de una crisis existencial y/o consumo de drogas que modifique las percepciones, de un síndrome pre-suicida superpuesto a los anteriores, de información o experiencia previas y de medios para llevarlo a cabo.

Muchas veces lo que subyace en el acto suicida es simplemente la presencia de una gran impulsividad; otras, una especie de acto de abandono que deja su suerte en manos del destino; otras, elementos cargados de significado que el suicida percibe en el ambiente. Pero en muchas ocasiones no es posible obtener información y hay que quedarse con las hipótesis.

28.4. Los suicidios y las tentativas suicidas como grupos

Los actos suicidas no conllevan todos el mismo resultado, lo que parece depender, no solamente de las diferentes características de las poblaciones implicadas en dichos actos, sino del propio proceso y también de elementos que a veces no se pueden imputar más que al azar. Debido a ello tanto los grupos de tentativas suicidas y como los de suicidios no son homogéneos dentro de sí mismos, sino que contienen subgrupos diversos.

No obstante existen unas características asociadas a ambos grupos. Los *grupos de tentativas suicidas* presentan un predominio de mujeres y personas jóvenes y una escasa presencia de casos psiquiátricos de gravedad (a excepción de trastornos de la personalidad, como se aprecia en el cuadro 28.1), mientras que los *grupos de suicidios* presentan como principales características sociodemográficas tener mayor proporción de varones y de personas de edad adulta o avanzada, así como presentar enfermedades psiquiátricas graves.

Las *características del acto suicida* también plantean diferencias. Mientras en los suicidios el escenario implica la mayor parte de las veces un método letal con una planificación muy meditada y basada en una causa precipitante personal (sin-tomatología depresiva), que es llevado a cabo en medio de una ausencia de comunicación con el entorno y un aislamiento que dificultan una posible intervención por parte de otras personas en su auxilio; en las tentativas, predomina por lo general la existencia de un método poco letal llevado a cabo con gran impulsividad, en el contexto de un precipitante interpersonal y con una gran comunicación con el entorno de allegados y poco aislamiento de los demás, lo que hace generalmente posible la intervención de otras personas tras el acto suicida.

Curiosamente, las características que presenta el grupo de los suicidios se pueden encontrar también en una minoría de casos de las tentativas suicidas. Los estudios que se han hecho sobre tentativas demuestran que existen entre las tentativas suicidas un subgrupo de sujetos con un pronóstico más sombrío, cuyas características son similares a las de los fallecidos por acto suicida. La mayoría de las tentativas, sin embargo, tienen menores probabilidades de pronóstico letal, siendo sus características diferentes de las de los suicidios (cuadro 28.1).

CUADRO 28.1
Grupos de tentativas suicidas (modificado de Mann, 1987)

GRUPO MAYORITARIO	GRUPO MINORITARIO
• Más jóvenes	• Mayores
• Mujeres	• Varones
• Conflicto interpersonal	• Conflicto intrapersonal
• Actos impulsivos	• Actos planeados
• Comunicación con otros	• Aislamiento de los demás

• Método de baja letalidad	• Método de alta letalidad
• Intención baja/moderada	• Intención moderada/alta
• Alta probabilidad de ayuda	• Baja probabilidad de ayuda
• Mayor hostilidad	• Menor hostilidad
• Mayor patología del carácter	• Menor patología del carácter

Esto está respaldado por los seguimientos realizados en grupos de tentativas suicidas que comprueban que en torno a un 1% anual de casos se suicidarán posteriormente (aproximadamente el 10% en 10 años), y son precisamente esta minoría de tentativas con características demográficas de los suicidios las que tienen la mayor probabilidad de encontrarse entre esa mortalidad.

Los estudios del grupo de suicidios también indican que existe una minoría de casos con tentativa suicida anterior (en torno al 25%). Ello indica que el esquema habitual de relacionar suicidios con tentativas no es de utilidad, ya que la mayoría de las tentativas de suicidio no morirán de suicidio y la mayoría de los suicidios presentan un único acto suicida, el relacionado con su muerte (figura 28.2).

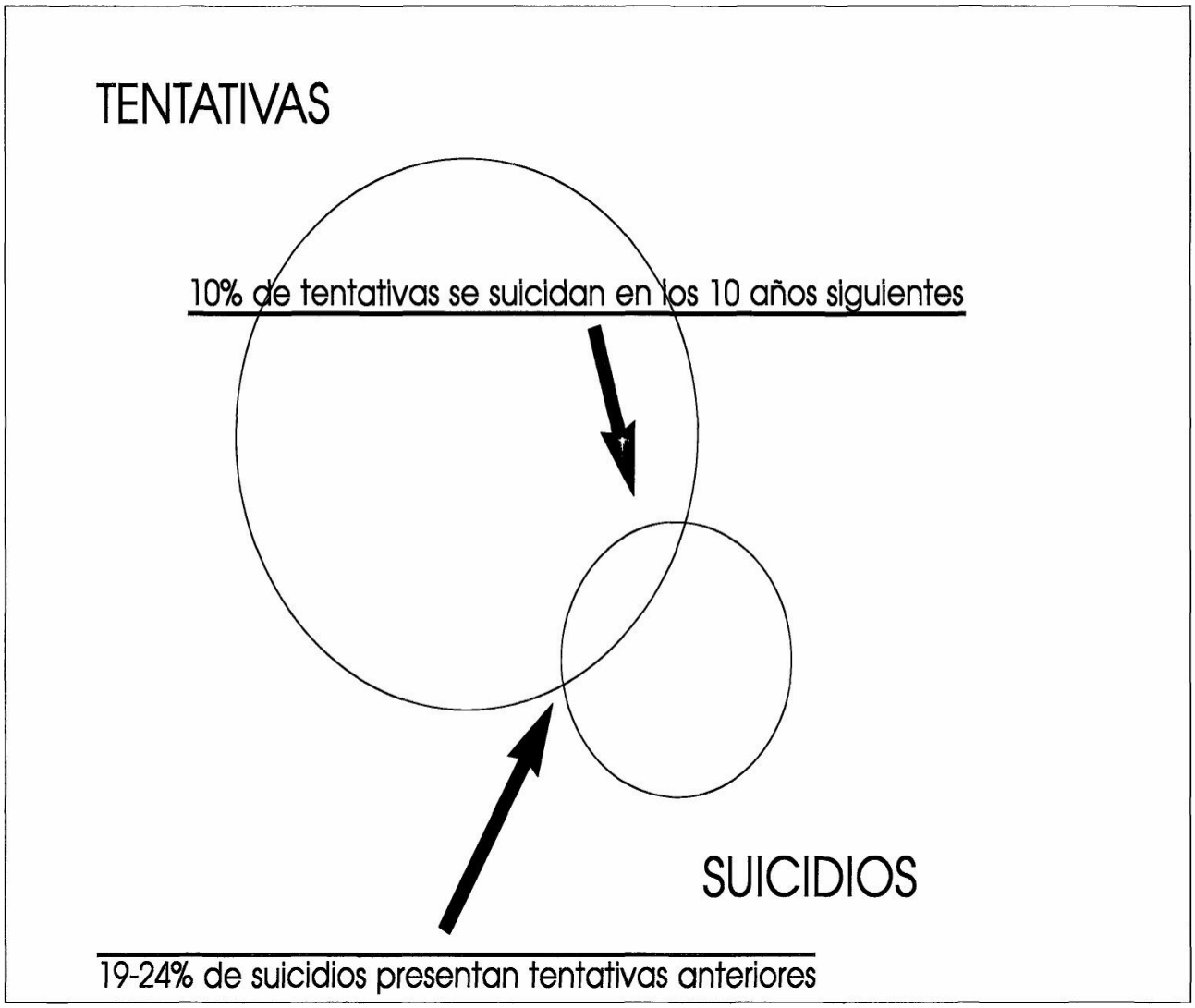


FIGURA 28.2. Relación entre los grupos de suicidios y tentativas (Roy, 1991).

28.5. Impacto de los actos suicidas

En la gran mayoría de casos las crisis suicidas son diádicas, es decir está implicada otra persona allegada importante. Por ello las repercusiones de la amenaza o del acto suicidas son de gran trascendencia para el ambiente de allegados del suicida, que los percibe como una venganza o un chantaje.

Cuando una persona habla de suicidarse, provoca en los demás una fuerte ansiedad que puede expresarse con rechazo, ira o inseguridad. Estos sentimientos complican aún más las relaciones del sujeto suicida, incluso con los profesionales.

Aun sin haber existido previamente problemas interpersonales, la muerte suicida es una carga terrible para los allegados, que suele llevarles a duelos muy largos y complicados, incluso a depresiones.

Un estudio de las respuestas de duelo inmediatas de un grupo de padres frente al suicidio de un hijo adolescente demostró un grado elevado de hostilidad y negación, seguidas de culpa y depresión. La proyección de la hostilidad sobre el entorno social (personal de salud, de investigación forense, etc.) fue bastante frecuente, lo que les permitía expresar el estrés, pero no la culpa que sentían. El duelo era excesivo.

Todos los padres entrevistados manifestaron alguna forma de negación, siendo típicos la sorpresa ante el suicidio y el parecerles irreal el hecho de la muerte. La mayoría de los padres rechazaban el suicidio y se referían a un accidente. Todos los entrevistados negaban historia personal o familiar de actos suicidas. Otros aspectos destacados fueron unos sentimientos de culpa muy prolongados y un retraimiento social importante.

28.6. Problemas psiquiátricos y conductas suicidas

El riesgo de mortalidad en la conducta de muchos enfermos psiquiátricos es una amenaza que pesa sobre gran parte de los diagnósticos psiquiátricos. Los estudios de suicidios señalan desde hace años el hecho de que entre un 56 y un 97% de los sujetos presentan alguna psicopatología, en su mayor parte trastornos de tipo depresivo.

También en estudios sobre tentativas se encuentra que en torno al 61% de los individuos presentan trastornos psiquiátricos al pasarles un cuestionario y entrevista estandarizados.

Motivos básicos para la conducta suicida que se pueden presentar cuando existen factores psicopatológicos determinantes serían:

a) El sujeto cree que está afectado por enfermedad mental grave o incurable.
b) El sujeto reacciona de una manera desproporcionada a una situación externa que normalmente consideraría sin importancia.

c) Depresión tan intensa que le hace ver situaciones y cosas de manera distorsionada y pesimista, no pudiendo seguir viviendo.

d) Motivaciones delirantes y alucinatorias que le presentan una realidad intolerable.

e) Exceso de impulsividad incontrolada que de forma brusca y casi automática provoca una conducta autodestructiva.

f) Asociación a toxicomanías.

El sistema de clasificación de trastornos psiquiátricos DSM-III-R plantea la ideación suicida como síntoma de muchas categorías diagnósticas en las que aparecen ideas y actos suicidas.

DIAGNÓSTICOS QUE CURSAN CON RIESGO DE IDEACIÓN Y TENTATIVA SUICIDA (DSM-lll-R, 1988)
• Demencia degenerativa tipo Alzheimer con depresión. • Demencia por infarto múltiple con depresión. • Depresión mayor, episodio único o recurrente. • Trastorno bipolar, depresivo. • Trastorno bipolar, mixto. • Síndrome orgánico del estado de ánimo. • Trastorno del estado de ánimo por alucinógenos. • Trastorno del estado de ánimo por feniciclidina. • Trastorno esquizoafectivo. • Trastorno límite de la personalidad

También se habla de subtipos de diagnósticos que tendrían mayor probabilidad de actos suicidas, tanto desde los estudios clínicos como desde los biológicos. Así, clínicamente se plantea que la mayor parte de los suicidios corresponden a las psicosis y más específicamente a las psicosis endógenas. La razón principal habría que buscarla en ciertas peculiaridades psicopatológicas características de algunos diagnósticos en su evolución o tratamiento, que desembocan en la depresión.

Pero otros muchos factores inciden en el riesgo suicida: ello ha planteado que se hable cada vez más de *determinación múltiple del acto suicida*. No es suficiente que exista alteración mental sino que se necesita la presencia de otros factores para el paso al acto suicida.

Los trastornos más importantes de riesgo de actos suicidas serían los siguientes (cuadro 28.2):

- Trastornos afectivos mayores: psicoticismo/polaridad.
- Esquizofrenia.

- Alcoholismo.
- Trastorno de la personalidad: límite y antisocial.
- Síndrome psiquiátrico mayor con trastorno de la personalidad.

CUADRO 28.2
Incidencia del suicidio en distintos trastornos psiquiátricos (Klerman, 1987)

TRASTORNO DE RIESGO	% INCIDENCIA
• Trastorno afectivo mayor	20-30
• Esquizofrenia	10-20
• Alcoholismo	15-25
• Sin trastorno psiquiátrico	<1

28.6.1 Enfermedades depresivos

Para muchos autores la depresión es el estado previo a cualquier acto suicida. De hecho señalan las analogías entre las enfermedades depresivas y los que han "intentado matarse", y encuentran similitudes entre los dos grupos respecto a sexo, edad, clase social, raza, religión, estado civil y grado de depresión; sólo encuentran diferencias en hostilidad.

El 80% de las depresiones cursan con ideas suicidas. Es frecuente la aparición de las ideas de suicidio en situaciones de depresión, pero:

- La profundidad de la depresión se relaciona con las ideas, no con los actos suicidas.
- La desesperación, y no la profundidad suicida, es la que tiene relación con el intento de suicidio.

Se estudiaron las diferencias entre enfermos depresivos y suicidios depresivos y se comprobó que estos últimos presentaban mayor probabilidad de ser solteros, vivir solos, sufrir frecuentemente de insomnio, autonegligencia o memoria alterada, tener más tentativas de suicidio previas y, por lo general, presentar una enfermedad muy corta o

muy prolongada. Si se controlaban la edad y el sexo, no diferían en cuanto a síntomas depresivos, hostilidad, enfermedad psiquiátrica previa, historia familiar de enfermedad psiquiátrica, clase social, situación laboral o domicilio urbano o rural.

Dentro de las depresiones el mayor riesgo de suicidio aparece en las formas depresivas de la *psicosis maníaco-depresiva*. También las *distimias* tienen un cierto riesgo suicida en caso de aparecer en el ambiente la idea suicida, quizás hasta entonces inexistente en sus síntomas. Además los antidepresivos de efecto desinhibidor pueden exaltar estas ideas y agravar el riesgo.

Las depresiones parecen condicionar las ideas suicidas que experimentan muchos enfermos toxicómanos y alcohólicos, sobre todo en estados de recaída tras larga abstinencia. Existe un diferente riesgo suicida en relación a la evolución clínica de las depresiones, como se aprecia en el cuadro siguiente:

FACTORES CLÍNICOS DE RIESGO SUICIDA EN LAS DEPRESIONES
• En el inicio de la crisis depresiva. • Durante la fase inicial del tratamiento. • Presencia de ansiedad y agitación. • Depresiones psicótlcas con delirios paranoides o de culpa. • Calma repentina en depresiones con gran ansiedad. • Cambios de melancolía a manía y efecto de antldepresivos incisivos. • insomnio. • Altas hospitalarias, especialmente sin seguimiento.

Siempre hay que tener en cuenta el peligro de que en caso de delirio depresivo, sobre todo en los de contenido catastrófico o de ruina, el pensamiento suicida pueda organizarse con relativa rapidez, haciéndose extensivo al resto de los miembros de la familia *(suicidio ampliado):* no tolerará para sí ni para los suyos el horrible mundo que le presenta su delirio.

28.6.2. Suicidio y alcoholismo

Para algunos autores el alcoholismo es el segundo diagnóstico psiquiátrico asociado en sí mismo al suicidio, con un alto riesgo de letalidad. Al alcoholismo se le atribuye el 17% de tasa de mortalidad suicida. Además complica el pronóstico de otros diagnósticos psiquiátricos, como la depresión o la esquizofrenia.

Así, se ha visto que más del 50% de alcohólicos con tentativas de suicidio presentaban otros diagnósticos psiquiátricos. Muchos autores ya habían apuntado la posibilidad de que el uso o tolerancia del alcohol fuera consecuencia de un intento por parte del sujeto de controlar estados de ánimo depresivos, que podría provocarles sin embargo desinhibición, facilitando la expresión de más sentimientos depresivos, así como la iniciativa para llevar a cabo un acto suicida.

También se ha visto que entre los alcohólicos que se suicidan existe una gran incidencia de depresión. La interacción de abuso alcohólico, personalidad y trastorno psiquiátrico podría ser el factor de suicidio primordial.

El acto suicida en alcohólicos vendría dado: por su efecto desinhibidor, ya que muchas veces encubre una depresión oculta; para otros, los problemas que crea podrían dar lugar a una crisis psicosocial con sentimientos depresivos; según otros, por el posible efecto desencadenador de depresión que tiene el alcohol; para otros, por los síntomas psiquiátricos del delirio que se asocia a sus estados crónicos o agudos; y, en fin, para otros por la vulnerabilidad ante el estrés que asocia.

Esto último podría explicarse tanto por los efectos psicosociales del alcohol como por sus efectos psicopatológicos (afecto deprimido, desinhibición, incremento de la impulsividad, junto con un umbral disminuido a la frustración. La reducción de los niveles de 5-HIAA en líquido cefalorraquídeo podría ser el rasgo bioquímico de tales cambios de conducta).

Momentos de especial riesgo de acto suicida en alcohólicos serían:

- Los estados de etilismo agudo, debido a la desinhibición que provocan.
- La fase de sobriedad en las desintoxicaciones, por la aparición de sentimientos de culpa.
- Los episodios de consumo masivo, una especie de juego con la muerte.

28.6.3. Esquizofrenia

La comparación de suicidios esquizofrénicos con otros suicidios demostró que los protagonistas de aquéllos eran más jóvenes, solteros y con menos síntomas depresivos y psicóticos. No diferían respecto a sexo, método de suicidio o comportamiento suicida anterior.

Parece ser que la mayoría de los pacientes esquizofrénicos no llevan a cabo actos suicidas cuando los síntomas son más severos, sino cuando están bajo control con medicación antipsicótica. No está clara la explicación de este fenómeno y se le atribuyen varias causas: depresión pospsicótica de la esquizofrenia, acatisia extrema causada por los antipsicóticos o el que todas las drogas antipsicóticas son poderosas antagonistas de la serotonina y podrían elevar bioquímicamente el riesgo de suicidio.

Existen diversos factores clínicos que se asocian a riesgo suicida en los enfermos

esquizofrénicos:

FACTORES CLÍNICOS DE RIESGO SUICIDA EN LA ESQUIZOFRENIA (Rojas, 1984)
• En etapas iniciales con sentimientos de amenaza y gran angustia, por delirio de catástrofe o síntomas de depresión atípica. • En estado agudo con angustia intensa, catatonía agitada, delirios de tipo paranoide o alucinaciones acústicas de mandato. • En delirios de tipo místico o meslánico. • En fase de remisión por aparición de una depresión. • Una vez remitido el cuadro por crisis psicosociales.

Las crisis psicosociales son un factor de riesgo importante porque desencadenarían un trastorno de adaptación, dada la mayor vulnerabilidad ante el estrés de estos enfermos, tal como sucede también en todos los trastornos psiquiátricos mayores.

Esta vulnerabilidad podría ser potenciada por la institucionalización. Así, se ha visto que el riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos disminuye en razón inversamente proporcional a la raíz cuadrada del tiempo que permanecen ingresados bajo tratamiento psiquiátrico.

28.6.4. Suicidio e ingresos psiquiátricos

Se sabe que los pacientes psiquiátricos previamente hospitalizados tienen un exceso de mortalidad suicida (cuadro 28.3). Para algunos se debería a que la hospitalización psiquiátrica incrementa el riesgo de suicidio, sobre todo entre depresivos y psicóticos. Se calcula que el 5% de los deprimidos hospitalizados se suicidan.

CUADRO 28.3

Taso suicida en pacientes psiquiátricos hospitalizados o dentro del año del alta (Sletten, 1975)

TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	SUICIDIOS POR 100.000 HAB.
• Depresión neurótica	830
• Depresión psicótica	190

• Esquizofrenia	110
• Trastornos de la personalidad	100
• Abuso de drogas	70
• Síndrome cerebral orgánico	40
• Retraso mental	20

En Suecia el número de suicidios durante el ingreso se ha incrementado aproximadamente cuatro veces, mientras que el suicidio en la población general se ha incrementado un 20%. El número de suicidios con contacto psiquiátrico anterior está incrementándose aproximadamente en un 50%, si se incluyen tanto los ingresados como los ambulatorios. Desde los inicios de los años sesenta, el porcentaje que comete suicidio durante el tratamiento ambulatorio es de aproximadamente el 6% del número total.

El aumento de suicidios se atribuye a varios motivos:

- Mayor número de suicidas potenciales recibiendo tratamiento.
- Introducción de medicaciones que pueden ser utilizadas para el suicidio.
- Mayor estrés al que están sujetos los pacientes ahora (el aumento de los matrimonios entre los ex ingresados psiquiátricos, por ejemplo).

Como el riesgo de suicidio es una indicación importante para el ingreso, junto con el incremento del número de pacientes psiquiátricos en estos últimos años, se produce una acumulación de ingresos con alto riesgo de suicidio.

Sólo una minoría de pacientes ingresados cometen suicidio. La mayoría lleva a cabo el acto durante el alta o después de haber dejado el tratamiento. Las comunidades con una alta tasa suicida tienen también una alta tasa de suicidios en sus hospitales psiquiátricos.

Existe una relación entre el número de los que cometieron suicidios y que previamente habían tenido contacto con un psiquiatra y los parámetros de cuidados: la proporción de suicidas es mayor en lugares con elevado número de altas psiquiátricas, psiquiatras y consultas abiertas. No existe relación con el número de camas de hospital.

Este tipo de suicidio es de particular importancia y afecta de manera importante al personal sanitario, ya que la responsabilidad recae sobre ellos. Cuanto mayor es el tiempo que pasa desde el último contacto psiquiátrico, mayores son las probabilidades de que otros factores, además de los de hospitalización, influyan en el acto suicida.

Existen una serie de cambios importantes en la relación entre asistencia psiquiátrica y suicidio: antes eran pocos los pacientes psiquiátricos ingresados y bajo vigilancia durante largos períodos de tiempo; ahora son pacientes con diferentes niveles de gravedad, en una organización abierta y flexible, continuamente cambiante y con estancias de corta duración.

En el balance total de suicidios de pacientes ingresados, el 18% llevaron a cabo el acto durante su hospitalización o en el mes después del alta. El 55% habían sido alta en los seis meses anteriores. Aproximadamente la mitad de los suicidados había tenido contacto con un hospital psiquiátrico, un tercio dentro de los seis meses antes de su muerte. Una décima parte se suicidó durante el tratamiento, ingresado o en la semana del alta. Las cifras para las mujeres son algo más elevadas, tanto en relación al suicidio en la unidad psiquiátrica como dentro de los seis meses del alta. Se explica debido a que es mayor el número de mujeres que buscan asistencia psiquiátrica.

En relación a los diagnósticos, el número de suicidios alcohólicos en conexión con la unidad psiquiátrica era bajo, a pesar de que son un grupo de riesgo importante. Los pacientes con neurosis cometen suicidio tanto bajo el cuidado psiquiátrico como más tarde, y los que tienen psicosis cometen suicidio sobre todo en conexión con la unidad psiquiátrica. Más de un tercio de suicidios habían sido ingresados por depresión. La conclusión general es que pacientes con varias enfermedades psiquiátricas desarrollan depresiones secundarias, particularmente difíciles de diagnosticar si el paciente ha sido admitido antes bajo otros diagnósticos.

28.7. Factores psicopatológicos de riesgo suicida

De los estudios sobre suicidios no solamente se desprende que la presencia de ciertas enfermedades psiquiátricas mayores aumenta enormemente el riesgo del acto suicida, sino que algunas variables psicopatológicas influyen más en su probabilidad y letalidad.

FACTORES CLÍNICOS EN EL RIESGO DE SUICIDIO
• Ideación suicida persistente. • Hostilidad contra sí mismo. • Hostilidad contra otros. • Impulsividad. • Frustración de una relación dependiente. • Situaciones que generan amenaza, inquietud, angustia o sentimientos de pánico. • Desesperanza. • Patrones anaclíticos de desarrollo. • Niveles altos de insatisfacción.

- Querer morir o matarse.
- Pérdida de interés en las relaciones con ios demás.
- Preocupaciones por la salud.

28.8. Intervención en el riesgo suicida: Cuidados de enfermería

Es posible intervenir individualmente cuando una persona se encuentra en una crisis suicida. Aunque el suicidio sea una conducta de un sujeto, y como tal no se pueda predecir la misma con un grado de seguridad que haga rentable las intervenciones, dentro de esos factores existe una jerarquía: factores necesarios y determinantes, junto con otros necesarios pero no determinantes. Evidentemente, el factor más importante es la voluntad del sujeto para decidir pasar al acto.

Existen dos razones muy importantes para mantener siempre los esfuerzos antisuicidas:

- La ambivalencia respecto a morir.
- El hecho de que la impulsividad necesaria para pasar al acto no persiste indefinidamente.

El problema se plantea con la detección de las crisis suicidas. Por ello se recurre a los signos, tanto de la ideación suicida directa como de las circunstancias que están asociadas a ideación suicida. Estas últimas, ante todo, enfermedades psiquiátricas y crisis psicosociales, tienen una relación muy cercana con los síndromes presuicidas.

28.9. Evaluación del riesgo suicida

En la evaluación del riesgo suicida hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

A) Forma de presentación

1. Los signos de ideación suicida directos son los que pueden ser comprobables en una persona presuicida que se comunica con los demás. Es importante evitar siempre el peligro de contextualizar la ideación suicida como signo de la poca intencionalidad de matarse del sujeto, ya que lleva a la banalización de los mensajes suicidas y a correr un gran riesgo.

   Las comunicaciones directas, excepto que se pregunte por ellas (cosa que siempre se debe hacer), son difíciles de escuchar, ante todo porque a las personas no les gusta preocupar a sus allegados.
2. Una situación también frecuente es aquella en la que el sujeto que manifiesta ideación suicida presenta otros signos de malestar mental.

3. Lo más frecuente son los comentarios de tipo indirecto sobre las pocas ganas de vivir o sobre las dificultades de la existencia, pero la amplia difusión de éstas en la población hace difícil valorarlas. Sin embargo, cuando los comentarios tienen como sujeto a una persona con signos de malestar emocional, será necesario prestarles especial atención. La preparación de un largo viaje es el símil más utilizado por los expertos en suicidio para describir los contenidos de estos signos indirectos, unas veces verbales y otras no verbales.

4. En otras situaciones el sujeto solamente manifiesta signos de malestar mental más o menos evidentes sin que se manifieste ideación suicida directa, y es en estos casos en especial donde es necesario preguntar por las preocupaciones suicidas.

B) Objetivos de la evaluación

1. *Grado de la intención de matarse*. Hay que preguntar por la intencionalidad de matarse del sujeto, aunque la relación entre el grado de intención de morir y la gravedad médica del resultado del acto suicida es relativa. Los métodos violentos aparecen asociados a una alta intencionalidad, pero en el caso de las intoxicaciones, grados de intencionalidad baja pueden estar asociados con un alto riesgo médico. Lo que es seguro es que una alta intencionalidad de morirse correlaciona muy bien con un resultado de mayor letalidad cuando el sujeto es consciente de las consecuencias de su acto suicida.

   Hay que preguntar también por tentativas anteriores, y las razones que llevaron a ellas, así como por sus consecuencias. También se debe preguntar respecto a conductas suicidas en allegados o su conocimiento de noticias sobre suicidios recientes.

2. Riesgo de acto suicida inmediato. La ideación suicida persistente y continuada es un marcador del riesgo de acto suicida. Además se utilizan los datos demográficos de los pacientes y las circunstancias de los mismos. Existen escalas para la evaluación del riesgo suicida, pero su validez está limitada generalmente al grupo de riesgo del que han sido obtenidas. Sí que son útiles como recordatorio de los factores de riesgo que hay que averiguar en el sujeto suicida. Fundamentalmente la evaluación del riesgo sigue siendo una tarea clínica, puesto que estas escalas sólo sirven para asignar pacientes a un grupo de riesgo, no para determinar el riesgo individual.

   Los pacientes cuyos problemas no se resuelven con el paso del tiempo, especialmente si ha llevado a cabo una tentativa de suicidio reciente, tienen un alto riesgo de llevar a cabo un nuevo acto suicida dentro de los meses posteriores a la misma.

   Es importante indagar el grado de elaboración de la idea suicida

en cuanto a método, forma, lugar, tiempo, preparación de material. Indica riesgo más o menos próximo del acto.

3. *Problemas, recientes o crónicos, que preocupan al paciente*. Se deben listar los problemas a los que se enfrenta el paciente, especialmente los que más le presionan actualmente, así como la naturaleza de sus dificultades, incluyendo la fecha de comienzo. También se han de clarificar las relaciones entre ellos.
4. *Grado de alteración psiquiátrica*. Sobre todo, el tipo de diagnóstico y los síntomas predominantes. Es necesario saber cuál es la verdadera situación mental de la persona suicida mediante un examen sistemático. Hay que buscar especialmente los signos de depresión grave.
5. Se deben evaluar además los *recursos del sujeto*, en especial:
    - Recursos externos y relaciones de apoyo.
    - Recursos propios actuales.

- Recursos que utilizó anteriormente en situaciones de crisis.

6. *Determinar un plan de ayuda y control* adecuado a la situación actual del paciente, que ha de contar con su aceptación. Una cuestión fundamental a la hora de establecer el tipo de ayuda que requiere el sujeto suicida sería la de responder a la pregunta de si el paciente puede hacerse cargo de sí mismo (en particular, si está dispuesto a asumir un compromiso de no recurrir al acto suicida y de pedir ayuda en caso de necesidad), o es necesario que otra(s) persona(s) lo haga(n) temporalmente.

En este sentido necesitan ingreso psiquiátrico aquellos pacientes que:

- Sufren un trastorno psiquiátrico importante.
- Parecen presentar un riesgo inminente de acto suicida.
- Requieren un período breve de alejamiento de sus graves problemas.

C) Medidas a tomar para disminuir el riesgo de actos suicidas

1. *Medidas de tipo personal*. Sobre todo, tomar precauciones de tener a la vista y al alcance a los pacientes en situación suicida, incluyendo las horas de dormir y momentos en que utiliza el baño. Además es necesario extremar la evaluación de su conducta, actitud y manifestaciones durante períodos de tiempo determinados y anotarlos en la hoja de observaciones.

Los pacientes que no parecen presentar ideación suicida y que tampoco presentan síntomas de compromiso respecto al control de su conducta pueden ser manejados en forma habitual respecto a la las precauciones y observaciones.

En los que exista ideación suicida y cierto riesgo de acto suicida tras

una evaluación pero que no tengan un plan suicida concretado, y están claramente dispuestos a comprometerse respecto a no llevar a cabo actos suicidas y además presentan un buen juicio de realidad, deberían aumentarse las precauciones y las evaluaciones, controlando su situación cada media hora aproximadamente.

En aquellos pacientes con ideación suicida y mayor riesgo suicida que los anteriores, sobre todo porque presentan un plan suicida concreto, ambigüedad respecto a compromisos antisuicidio o alteraciones del juicio de realidad o del control de impulsos, se deberían extremar los controles (cada 15 minutos o menos) y las medidas ambientales antisuicidio.

Evidentemente si se está en presencia de un paciente con mayor riesgo de acto suicida, o con una tentativa realizada recientemente, las precauciones antisuicidio han de ser permanentes durante las 24 horas del día y las evaluaciones muy frecuentes.

2. *Medidas de tipo ambiental*. Los métodos utilizados para el acto suicida se suponen meramente instrumentales, es decir en relación directa con lo que se quiere alcanzar. Sin embargo, se ha visto que la accesibilidad a ciertos medios altamente letales limita las posibilidades de supervivencia drásticamente, es el caso de las armas de fuego. También es importante la limitación del acceso a ciertos tóxicos y medicamentos, muy letales por la irreversibilidad de sus efectos.

   Por eso tiene mucho interés la presencia de medidas de tipo pasivo en unidades de hospitalización: instalación de cristales irrompibles, de ventanas con apertura limitada o de cables con longitud mínima.

   En pacientes psiquiátricos ingresados, contar los cubiertos e instrumentos cortantes antes y después de las comidas, evitar que los pacientes permanezcan solos demasiado tiempo y mantener cerrados bajo llave todos los accesos a dependencias no clínicas, como escaleras, baños y cuartos de limpieza, deberían ser normas habituales.

   Además, en pacientes con situación de crisis suicida es obligatoria la adopción de medidas especiales de prevención, como la revisión con el paciente de sus efectos personales (dentro de la unidad o a la vuelta de permisos) para quitarle todos los objetos potencialmente peligrosos, así como impedir que los visitantes introduzcan o se olviden objetos de dicha naturaleza.

28.10. Intervención con supervivientes del suicidio: Posvención

Resnick, con la técnica de la *resíntesis psicológica* como intervención, conceptualiza las secuencias de la reparación tras un suicidio. Intenta reconstruir un suicidio, pero no desde un punto de vista diagnóstico como la autopsia psicológica, sino

principalmente desde un punto de vista terapéutico.

La resíntesis psicológica consta de tres partes: resucitación, rehabilitación y renovación.

28.10.1. Fase de resucitación

La fase de resucitación comprendería el contacto inicial con los familiares, con lesiones psíquicas importantes. Dentro de las primeras 24 horas se debe realizar una visita a los supervivientes para ayudarlos en la fase inicial de choque de su duelo. Aplazar el duelo o negarse a creerlo puede contribuir seriamente a la retención del suicidio.

Lo ideal sería que el contacto inicial lo hiciese un profesional de salud mental que no tenga que ver con la investigación judicial, sobre todo por su papel terapéutico y preventivo. Una vez establecida la relación de ayuda se debería concertar una visita para unos días después, en la que los sentimientos sean más fácilmente abordables. Las responsabilidades, los culpables, la culpa y los sentimientos respecto a acciones u omisiones erróneas son habituales. Esta fase continúa durante las primeras semanas.

28.10.2. Fase de rehabilitación

La fase de rehabilitación ayudaría a los supervivientes a trabajar su duelo, aprendiendo nuevos modos de enfrentarse a su pérdida. Puede durar hasta dos meses. Aquí se pueden ofrecer entrevistas adicionales, tanto a nivel individual como familiar. Se deberían enfocar especialmente la cohesión y la psicopatología familiar, a veces origen y a veces consecuencia del suicidio. Igualmente se debe explorar la culpa real y fantaseada antes de que se puedan establecer distorsiones. Los contactos deben ser regulares, pero sin estructurar.

La necesidad de las entrevistas parece disminuir de las 6 a las 8 semanas si el terapeuta sigue apoyando a la familia en su afrontamiento de la aflicción, el dolor y la hostilidad del abandono. No obstante, dado que en esta fase la relación con el profesional de salud ha sido ya firmemente establecida, es posible ofrecer ayuda en caso de que se prolongue demasiado el proceso de duelo y aflicción.

28.10.3. Fase de renovación

La fase de renovación sería el fin de la aflicción y toda su vinculación al suicidio, con la sustitución parcial de nuevas relaciones objetales y el establecimiento de nuevos vínculos. Esto suele ocurrir a partir de los 6 meses, momento en el cual los padres son

capaces de pensar desde una nueva perspectiva (sin embargo no pueden pensar en reemplazar al hijo, como sucede en los familiares de las víctimas de accidentes). Después de estos 6 meses cualquier entrevista será a petición familiar solamente, pero se reafirma el acceso ilimitado al terapeuta mientras dure. Se acaba con la comunicación del profesional a la familia en el primer aniversario del suicidio. Dicha comunicación reabrirá el proceso de duelo nuevamente, pero sólo durante un breve período. El profesional da a entender que la fecha es importante y que está disponible, lo que puede ser de gran ayuda para los familiares. Se indican seguimientos de mayor duración cuando exista evidencia de trastornos individuales o familiares.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

FARBEROW, N., y SHNEIDMAN, E. S.: *¡Necesito ayuda!* La Prensa Médica Mexicana. México, 1969.

ROJAS MONTES, E.: *Estudios sobre el suicidio*. Salvat. Barcelona, 1984.

SARRO, B., y DE LA CRUZ, C.: *Los suicidios*. Martínez Roca. Barcelona, 1991.

VARCAROLIS, E. M.: "People Who Contemplate Suicide", en E. M. VARCAROLIS, *Founda-tions of Psychiatric Mental Health Nursing*. Saunders. Filadelfia, 1990.

29

Trastornos psiquiátricos asociados a la infección por el VIH y al SIDA

OBJETIVOS

- Saber en qué consiste la infección por el VIH y conocer su clasificación y diagnóstico.
- Conocer los principales trastornos psiquiátricos asociados al SIDA, a la luz de las más recientes clasificaciones diagnósticas.
- Definir los cuidados psicosociales de enfermería propios de los distintos ámbitos de los cuidados, relacionados con cada etapa del proceso (aguda, crónica y terminal), incluyendo el soporte a la familia y al entorno social del paciente.

29.1. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

La detección en 1981 de una neumonía de fatales consecuencias producida por un patógeno oportunista, el *pneumocystis carinii*, en homosexuales varones aparentemente

sanos condujo a la identificación del *síndrome de la inmunodeficiencia adquirida* (SIDA). Dos años después el agente infeccioso causante de esta aparentemente nueva enfermedad fue identificado como un retrovirus anteriormente desconocido, que fue llamado inicialmente *virus linfotrófico de las células T humanas* (VLCTH3) o *virus asociado a linfoadenopatías* (VAL). Actualmente se conoce como *virus de la inmunodeficiencia humana* (VIH). Este virus tiene un tropismo particular por los linfocitos derivados del timo, particularmente las células T4 (colaboradoras), que desempeñan un papel crucial en la regulacion del sistema inmunitario. La destrucción o lesión en los linfocitos T4 produce trastornos en la inmunodeficiencia celular que hacen sucumbir al individuo frente a las invasiones de microorganismos patógenos, especialmente los virus, protozoos, hongos y microbacterias intracelulares.

Los pacientes afectos de SIDA también desarrollan neoplasias, principalmente sarcoma de Kaposi (un tumor en la piel) y linfomas. La infección por el VIH es la enfermedad de transmisión sexual más importante en EEUU y Europa.

El número acumulado de casos declarados hasta diciembre de 1992 fue de 260.069 y de 94.600 en EEUU y Europa, respectivamente. En España el número de casos acumulados hasta la misma fecha es de 19.201. Los casos de SIDA declarados a la OMS en el mundo hasta diciembre de 1992 es de 625.241. La cifra real estimada es mayor, alrededor de 2.500.000. El número de seropositivos es difícil de calcular, parece que está en torno a los 14.000.000 en todo el mundo, correspondiendo las 3/4 partes al continente africano. En América del norte y Europa la enfermedad afecta principalmente a hombres homosexuales o bisexuales y a los usuarios de drogas inyectables que comparten agujas y jeringas contaminadas. Asimismo, se observa una progresión lenta pero clara del SIDA, hacia otros grupos de población, sobre todo las mujeres, hecho previsible en una enfermedad vírica transmitida por vía sexual o sanguínea. En algunos países del África central la vía de transmision más frecuente es heterosexual, por ello el número de hombres y mujeres afectados es prácticamente equivalente (Montagnier, 1993).

El virus puede estar presente en la sangre, tejidos, semen, secreciones vaginales y saliva (sólo en muy pequeña proporción). Existe evidencia de que el VIH es menos infeccioso que el virus de la hepatitis B. El riesgo de infección por un pinchazo de aguja contaminada por el VIH ha sido calculado en el 0,2-4%, mientras que un pinchazo por aguja contaminada por el VHB es aproximadamente del 20%.

29.1.1. Clasificación de las infecciones por el VIH

La infección por el VIH es normalmente subclínica, aunque un número muy pequeño de pacientes puede desarrollar un síndrome parecido a la enfermedad de la mononucleosis, caracterizado por fiebre, linfoadenopatias y erupción cutánea en las dos o tres semanas siguientes a la infección. La mayoría, sin embargo, permanecen sin

síntomas. Después de un largo y variable período de incubación (la OMS estima que puede llegar a 10 años), la mayoría de las personas infectadas desarrollarán uno o más de los siguientes síndromes:

- *Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida* (SIDA) asociado a inmunodeficiencia celular profunda, infecciones oportunistas mayores, especialmente la neumonía por *pneumocystis carinii*, y sarcoma de Kaposi. Actualmente se estima que el 60% de las personas afectadas evolucionarán hasta este síndrome.
- *Linfoadenopatía generalizada persistente* (LGP) o *complejo relacionado-SIDA* (CRS), el cual a menudo también se define como *SIDA prodrómico*. Los pacientes con CRS son sintomáticos y pueden presentar pérdida de peso, diarrea, candidiasis oral y fiebre junto con leucopenia y deplección de T4. Tienen una alta probabilidad de desarrollar el SIDA y se calculan en un 20% del total de pacientes seropositivos.

29.1.2. Diagnóstico

El diagnóstico de la infección por el VIH se confirma por la detección de anticuerpos del virus en el suero. Actualmente se conoce que el virus persiste en el cuerpo durante toda la vida y el paciente que es positivo debe ser considerado como infectado permanentemente. Los anticuerpos del VIH tardan un tiempo variable en desarrollarse, pero normalmente serán positivos dentro de los dos o tres meses siguientes a la infección. Asimismo, nunca se debe confiar en un test de anticuerpos negativo en personas de "alto riesgo".

Las pruebas para los anticuerpos sólo deben ser efectuadas con el asesoramiento y consentimiento del paciente. Antes de las pruebas se debe contemplar la posibilidad de que él conoce las consecuencias de un resultado positivo. Se pueden considerar algunas excepciones, como pacientes gravemente enfermos, ins-concientes, o para excluir la infección por el VIH como parte del diagnóstico diferencial de una infección desconocida en enfermos de bajo riesgo. El cribaje entre los pacientes de alto riesgo antes de practicar cirugía mayor (cirugía cardíaca) puede ser considerada, pero es difícil de aceptar como un procedimiento de rutina sin que se consideren las consecuencias de un resultado positivo.

Aunque todavía no existe un tratamiento efectivo para la infección por el VIH algunos fármacos antivíricos, como Zidovudina (Retrovir), pueden retrasar el crecimiento del virus y enlentecer el progreso de la infección; los efectos secundarios, sin embargo, son importantes.

El control del SIDA depende principalmente de la terapia de apoyo y la prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas, tales como la neumonía. El VIH es

eficazmente inactivado por el calor y los desinfectantes, como el hipoclori-to sodico (lejía), glutaraldehídos y fenolatos.

La prevención de la transmisión de la infección depende de la modificación de las conductas sexuales, particularmente en la evitación de la promiscuidad y de las prácticas sexuales sin protección en los grupos de riesgo; del estricto control para los anticuerpos del VIH en la sangre de los donantes y de los hemoderivados para transfusión, así como del consejo y soporte psicosocial a las personas seropositivas.

29.2. Trastornos psiquiátricos asociados a la infección por el VIH y al SIDA

Actualmente, más del 30% de los pacientes con SIDA presentan trastornos psiquiátricos y más del 60% de las biopsias cerebrales *postmortem* muestran algun tipo de lesión cerebral (Pakesch y cols., 1992). Aunque se ha escrito mucho sobre los efectos psicológicos y sociales del SIDA, la necesidad de formación psiquiátrica, recursos sociales y sistemas de soporte psicológico es una constante en el personal clínico-asistencial y una demanda de los familiares y entorno social del paciente.

Aunque no existen criterios específicos, a continuación se relacionan los diagnósticos psiquiátricos asociados con la infección por el VIH según el DSM-III-R *(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition, Revised)* de la American Psychiatric Association, siguiendo las pautas de Dilley (1992).

29.2.7. *Trastornos adaptatlvos*

Son los que mejor caracterizan la reacción psicológica típica de "vivir con el VIH" y los que se observan con mayor frecuencia en la práctica clínica. Se reconocen primariamente por determinados rasgos depresivos o de ansiedad, que acompañarán a sucesos propios del proceso de la infección, como una caída brusca del recuento de células T colaboradoras o la aparición de una nueva infección oportunista.

Una reacción se considera desadaptativa cuando dificulta el funcionamiento social u ocupacional del individuo o cuando la reacción es superior a la esperada. Distinguir entre estos síntomas y la progresión hacia trastornos psicopatológicos más graves es esencial antes de instaurar el tratamiento. En el primer caso la terapéutica estándar puede consistir en la administración de fármacos ansiolíticos o hipnóticos para el tratamiento del insomnio y la psicoterapia de apoyo.

El profesional de enfermería puede poner en contacto al paciente con grupos de personas que están afrontando el problema de vivir con el VIH, en grupos de la comunidad u otros. Éste puede ser un paso muy importante en el camino hacia la aceptación de la enfermedad.

29.2.2. Trastornos afectivos

Los rasgos característicos de estos trastornos incluyen alteraciones del humor. El trastorno afectivo más comun en los pacientes VIH positivos es la *depresión mayor*. En muchos casos el internista cae en la tentación de considerar "comprensibles" los síntomas por el hecho de que el paciente está luchando con una enfermedad amenazante para la vida, pero este hecho puede ser perjudicial para él; si el diagnóstico de depresión mayor es claro, debe considerarse que ésta es una enfermedad tratable en los pacientes VIH positivos.

Previamente debe excluirse previamente la existencia de factores ogánicos, como la demencia por el VIH-1, trastornos metabólicos o efectos secundarios de la medicación, como la pérdida del apetito por el tratamiento con Septrin(r). El tratamiento para estos pacientes debería incluir psicofármacos (antidepresivos) y/o intervención social y de soporte.

La "marca de fábrica" del segundo trastorno afectivo, el *trastorno bipolar*, incluye la detección de ciertos períodos de un humor elevado, eufórico o irritable entre otros períodos caracterizados por la depresión. El tratamiento farmacológico sería igual al de otros pacientes bipolares excepto en el caso de ser necesario el uso de antipsicóticos, que requieren medidas especiales en función del *status* del paciente. Las dosis de carbonato de litio deben vigilarse especialmente, dada la posible toxicidad del fármaco, en el caso de la asociación de diarreas, secundarias a infecciones oportunistas propias del SIDA, al trastorno bipolar.

29.2.3. Trastornos de ansiedad

La amenaza real de vivir con un enfermedad crónica y los múltiples estresores psicosociales que estos pacientes deben controlar forman un fértil campo de cultivo donde crecen la ansiedad anticipatoria, la preocupación y el miedo. La angustia puede ser físicamente dolorosa y psicológicamente terrorífica. El tratamiento de la ansiedad debe empezar con un abordaje no farmacológico y añadir ansiolíticos cuando sea necesario.

Las técnicas de relajación y los masajes son de utilidad en las etapas iniciales. Aquellos pacientes con historia anterior de consumo de drogas y alcohol presentan problemas específicos y debe considerarse la consulta con especialistas. Debe evitarse el uso de benzodiazepinas en los pacientes infectados por el VIH con demencia por la depresión del funcionalismo cortical y el consecuente riesgo de desinhibición o empeoramiento de los trastornos conductuales.

29.2.4. Trastornos mentales orgánicos

Las causas más comunes de alteraciones neurológicas en los pacientes con SIDA incluyen la infección por el VIH en sí mismo y otras infecciones víricas y no víricas, neoplasias y enfermedad cerebrovascular. Varios autores confirman la evidencia empírica de que en un 10-25% de los pacientes el diagnóstico de SIDA viene precedido por una disminución subclínica de las funciones cognitivas.

Probablemente el más común de los trastornos mentales orgánicos, el que actualmente se denomina *complejo de demencia asociada al VIH*, se desarrolla como resultado de una encefalitis crónica y debilitante, caracterizada por una tríada de síntomas cognitivos, conductuales y motores. Éstos incluyen pérdida de memoria, confusión en el tiempo, el lugar o las personas, apatía, pérdida de coordinación en la marcha, desinhibición, insomnio, etc. El psiquiatra consultor puede sugerir estrategias conductuales para el paciente comprometido cognitivamente y el uso de psicofármacos.

Los *síntomas psicóticos* pueden aparecer en el paciente con SIDA en múltiples contextos, incluidos la demencia y el delirium. En los estados delirantes es importante detectar trastornos subyacentes, como la abstinencia de drogas o alcohol, desequilibrios hidroelectrolíticos, hipoglicemia, infecciones o intoxicaciones medicamentosas.

El tratamiento de los pacientes con trastornos psicóticos incluye medicación antipsicótica y posiblemente psicoterapia de apoyo y soporte psicosocial.

29.3. Cuidados y atención de enfermería al paciente VIH positivo o con SIDA y trastornos psiquiátricos

La clasificación aprobada por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) define el conjunto de diagnósticos de enfermería necesarios para la planificación de los cuidados que puede administrar autónoma y legalmente el personal enfermería en EEUU (Carpenito, 1988).

En un gran número de hospitales de España, las enfermeras y enfermeros aplican los diagnósticos de enfermería para administrar unos cuidados de calidad. Contribuyen a sistematizar los problemas psiquiátricos y psicosociales que potencialmente pueden presentar estos pacientes y son un punto de partida para, de acuerdo con el tratamiento y necesidades específicas de cada uno, diseñar el plan de cuidados.

Basándose en los diagnósticos de enfermería de la NANDA, algunos autores (Miller, 1987, San Francisco General Hospitals Special Care Unit Procedures) han extraído los principales dignósticos relacionados con los problemas que potencialmente pueden presentar los pacientes con SIDA y trastornos psiquiátricos asociados.

Para mayor facilidad de manejo, se han agrupado estos diagnósticos en dos secciones que incluyen la totalidad de los síndromes descritos en el apartado anterior.

29.3.1. Diagnósticos de enfermería y cuidados asociados a los trastornos adaptativos, afectivos y de ansiedad

Diagnósticos de enfermería

Ansiedad debida a:

- Falta de información sobre la enfermedad.
- Los efectos de la enfermedad sobre las actividades de la vida diaria.
- Limitaciones de la enfermedad sobre la actividad sexual.

Angustia debida a:

- Anticipacion de la sensación de muerte.
- Pérdida de calidad de vida por falta de cuidados.

Depresión debida a:

- Una respuesta ante problemas específicos.
- Una respuesta a la pérdida de las amistades y la vida social de relación.

Duelo anticipado debido a:

- Sensación de muerte inminente relacionada con el diagnóstico.

Cuidados de enfermería

Para las personas afectadas, el diagnóstico de SIDA tiene, en la fase inicial y durante toda la enfermedad, intensas consecuencias emocionales. La predicción de muerte que implícitamente se asocia al diagnóstico de SIDA provoca cambios profundos en la percepción de sí mismo y de la vida cotidiana, que no pueden ser asumidos repentinamente.

Las acciones de enfermería que deben planificarse en esta etapa se dirigen básicamente al asesoramiento puntual y continuado y al soporte psicosocial.

La administración de psicofármacos para la ansiedad, el insomnio y la depresión que con frecuencia acompañan a los trastornos adaptativos y emocionales, es parte fundamental del tratamiento y contribuye a aumentar la calidad de vida del paciente. Los masajes y las diversas técnicas de relajación (cognitivas, *bio-feed-back*, yoga y otras) son asimismo de utilidad.

Se resumen a continuación las actividades más importantes que pueden incluirse en el soporte psicosocial, en cada etapa de la enfermedad, bien entendido que estarán sujetas a modificaciones en función de cada paciente y de la formación del personal de

enfermería. (Modificado de Kelly, J. y Holman, S., 1993.)

Soporte psicosocial de enfermería en las distintas etapas de la infección

A) Seroconversión

1. Insistir en que el paciente *vivirá con el VIH y* no que morirá con el SIDA.
2. Explicar la diferencia entre ser seropositivo y contraer SIDA.
3. Explicar cómo se transmite la infección para que el paciente evite contagiar a los demás.
4. Enseñar algunas normas para la práctica del sexo seguro.
5. En las mujeres infectadas, explicar las ventajas e inconvenientes de los anticonceptivos.

6. Analizar cómo y cuándo informar de la seroconversión a la pareja sexual. Ofrecer ayuda para ello.

7. En caso de adicción a drogas por vía intravenosa enseñar cómo esterilizar jeringuillas y agujas e incluir en programas específicos.
8. Proporcionar información escrita sobre el VIH y ofrecer sistemas de soporte.

B) >500 células CD4/mm^3 sin síntomas

1. Revisar las actividades cotidianas para el mantenimiento de la salud; alimentación, sueño, actividad.
2. Insistir en la necesidad de un control y seguimiento regular.
3. Evaluar los sistemas de soporte social, familiar y económico de que dispone el paciente.
4. Ofrecer la participación en grupos de apoyo.

C) <500 células CD4/mm^3 sin síntomas

1. Informar sobre las indicaciones, dosis y manejo de los efectos secundarios de la medicación: profilaxis antituberculosa, profilaxis antitoxoplasma, etc.
2. Colaborar en la realización de planes familiares y laborales a largo plazo.

D) Síntomas visibles: pérdida de peso y/o erupción cutánea

1. Estimular la ingesta frecuente de pequeñas cantidades de alimento.

2. Dar suplementos dietéticos.
3. Sugerir "trucos" para enmascarar los signos visibles de la enfermedad.
4. Sugerir actividades de poco esfuerzo.
5. Proponer recursos sociales para el cuidado de los niños, situación económica, etc.

E) Después de la hospitalización por infecciones oportunistas

1. Reevaluar el soporte familiar y social.
2. Proponer ayudas a domiclio.
3. Proporcionar confort físico: evitar dolor y úlceras por presión en caso de encamamiento prolongado.
4. Respetar el sentimiento de duelo familiar anticipado.

F) Fase final

1. Asegurar el máximo confort físico: evitar el dolor, realizar masajes, etc.
2. Estimular la toma de deciciones por parte del paciente, respecto a interrupción tratamientos, recuperación cardio-respiratoria en caso de fallo cardíaco o la conveniencia de nuevas hospitalizaciones.
3. Proporcionar asesoramiento puntual a la familia.

29.3.2. Diagnósticos de enfermería y cuidados asociados a los trastornos mentales orgánicos

Diagnósticos de enfermería

Lesiones debidas a:

- Caídas por descoordinación motora.
- Desorientación espacial.

Confusión debida a:

- Oscilaciones en el nivel de conciencia.
- Sedación por psicofármacos.
- Demencia.

Agitación psicomotriz debida a:

- Ideación delirante.
- Conductas psicóticas.

Necesidad de educación del paciente y familiares por:

- Pérdida de autonomía.
- Recuperación de hábitos higiénicos y alimentarios.
- Reorientación temporoespacial y de personas.

Cuidados de enfermería

Los cuidados de enfermería en esta etapa se concentran en la valoración continuada de las oscilaciones en el nivel de conciencia y de las alteraciones en las funciones sensitivas y motoras: visión, audición, parestesias, disfagia, ataxia y parálisis. Se debe proteger y vigilar atentamente al paciente, retirando obstáculos del entorno inmediato y colocando barandas en la cama si es preciso.

Estimular al máximo la movilidad. La comunicación oral debe ser especialmente cuidada, utilizando claves para la orientación, colocando cuadros, relojes, calendarios, ayudando en el control de la memoria inmediata y utilizando frases cortas y simples en las conversaciones.

En la preparación del alta deben colaborar estrechamente enfermería y trabajadores sociales para continuar la terapia conductual en el domicilio del paciente.

29.4. La familia y el SIDA

Con frecuencia, el SIDA se diagnostica en miembros de familias socialmente estigmatizadas. Esto es especialmente importante en el momento de encontrar un soporte familiar tradicional para el paciente.

Entre algunos varones homosexuales que han vivido abiertamente su homosexualidad, no es extraño que encuentren apoyo de su pareja o compañero como si de una familia tradicional se tratara. En muchos casos, no es extraño que los amigos sustituyan el apoyo de la pareja cuando ésta no existe.

Por otro lado, son frecuentes los enfrentamientos entre la familia biológica y los amigos "no tradicionales". Los conflictos pueden esperarse cuando repenti-namnete se solicita a los familiares que vuelvan a involucrarse en la vida de un hijo o familiar del que se habían distanciado emocionalmente.

En España, Francia e Italia, donde el SIDA afecta principalmente a pacientes drogodependientes, es habitual el entorno familiar desajustado previamente por su toxicomanía. La falta de información adecuada también puede originar una constante preocupación (compartir inodoro, bañera y toallas, besos y abrazos de niños, etc.). El rechazo de algún familiar es probable, aunque en los últimos años en la práctica clínica se observa un cambio de sensibilidad al respecto; menos temor, mayor demanda de

información y aumento de colaboración familiar en el cuidado a domicilio. Entre el personal sanitario, aunque pueden darse miedo al contagio y actitudes negativas hacia los drogadictos, la actitud general suele ser positiva y son los profesionales con más experiencia y formación los que experimentan menor nivel de ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

GATELL, J. M.; CLOTET BONAVENTURA et al.: *Guía práctica del SIDA; clínica, diagnóstico y tratamiento*. Salvat. Barcelona, 1992.

LIBMAN, H. y WITZBURG, A.: *Clinical Manual for Care of Adult Patient with Infection*. Department of Medicine, Boston City Hospital. Boston, 1990.

MILLE, D.; WEBER, J. y GREEN, J.: *The management of AIDS patients*. Churchill-Livings-ton. Londres, 1987.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: *La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana*. Madrid, 1992.

MONTAGNIER, LUC et al: *SIDA, els fets: l'esperança*. Fundació La Caixa. Barcelona, 1993.

30

Síntomas psicopatológicos y grandes síndromes

OBJETIVOS

- Adentrarse en el análisis psicopatológico y en la comprensión fenomenológica de los síntomas que presentan los pacientes con trastornos mentales.
- Diferenciar los distintos tipos de síntomas psicopatológicos, en función de su naturaleza.
- Comprender la importancia del análisis psicopatológico en la clasificación de las enfermedades y trastornos mentales.
- Conocer los grandes síndromes clínicos y los distintos subtipos de síntomas psicopatológicos.

30.1. Concepto de síntoma psicopatológico

Los síntomas o signos son manifestaciones externas de las enfermedades, que permiten conocer su carácter y proceder a su identificación diagnóstica. Estas

manifestaciones con frecuencia son reflejo de las alteraciones propias de la enfermedad; en otras ocasiones simplemente son consecuencia secundaria de las alteraciones centrales. En el primer caso se habla de *síntomas primarios*, y en el segundo de *síntomas o signos secundarios*. Por ejemplo, la presencia de gérmenes en un análisis de orina sería un signo primario de infección urinaria, mientras que la disuria sería un síntoma secundario. Cuando los signos o síntomas son exclusivos de un tipo concreto de trastorno, se habla de *signos o síntomas patog-nomónicos*.

SÍNTOMAS PRIMARIOS	Manifestaciones centrales de una enfermedad. (Vinculadas al proceso etiopatogénico.)
• Patognomónicos: propios de una única enfermedad. • No patognomónicos: comunes a otras enfermedades.	
SÍNTOMAS SECUNDARIOS	Manifestaciones no esenciales de una enfermedad. (No vinculadas al proceso etiopatogénico.)

Se denomina *síntomas* a las manifestaciones subjetivas del paciente, como el dolor, las náuseas o la sensación de nerviosismo. Los *signos* son los datos objetivos que encuentra un observador experimentado, como la contractura muscular, la fiebre o el temblor.

El análisis psicopatológico y fenomenológico de los síntomas y signos de las enfermedades psíquicas constituyen hoy día el eje del proceso diagnóstico, que sigue siendo fundamentalmente clínico, a diferencia de otras ramas de los conocimientos médicos, donde los procesos diagnósticos se realizan fundamentalmente con elementos no clínicos, como análisis de sangre, radiografías, etc.

Los *síntomas psicopatológicos* son las manifestaciones de naturaleza psíquica debidas a la presencia de una enfermedad o trastorno. La naturaleza psíquica no siempre es evidente, y así algunos trastornos psíquicos presentan fundamentalmente manifestaciones somáticas (la llamada "depresión enmascarada" es un ejemplo de enfermedad psíquica que se manifiesta fundamentalmente por síntomas somáticos), mientras que alguna enfermedad somática puede presentar en ocasiones síntomas

predominantemente psíquicos (por ejemplo, el hipertiroidis-mo produce a veces nerviosismo, temblores, intolerancia al calor, etc).

Un síntoma tiene naturaleza psíquica cuando en su génesis intervienen mecanismos nerviosos. Por ejemplo el temblor, que es una manifestación somática periférica, es mediado por estímulos nerviosos, y por tanto tiene naturaleza psíquica. Sin embargo, con fines didácticos, aquí nos ocuparemos tan sólo del análisis de los síntomas de naturaleza psíquica cuyo origen sea una enfermedad psíquica. De esta manera no se incluyen en el análisis los síntomas psíquicos de las enfermedades somáticas (por ejemplo, no se analizará el temblor o el nerviosismo que aparecen en el hipertiroidismo).

30.2. Análisis de los síntomas psicopatológicos

Dado que el objetivo fundamental del análisis de los signos y síntomas psicopatológicos (en adelante, por mor de la brevedad, se hablará sólo de síntomas, para referirse a signos y síntomas psicopatológicos) es la consecución de un proceso de identificación diagnóstica, habrá que utilizar para este análisis criterios orientados a la clasificación de los síntomas en función de su naturaleza.

30.2.1. Clasificación de los síntomas según criterios filosóficos

El psicopatólogo alemán Jaspers aplicó a principios del siglo un método de análisis filosófico ideado por Dilthey a la evaluación de los síntomas. Según estos autores los síntomas pueden ser *comprensibles*, porque se perciban empáticamen-te por el observador, o solamente *explicables*, en los que no habría un fenómeno de comprensión empática, y sólo cabría una explicación racional o científica.

Por decirlo de otra manera, los síntomas comprensibles se entenderían "con el corazón", en función de ser experiencias posibles dentro del ámbito normal del ser humano. Por ejemplo, "comprendemos" empáticamente la tristeza que siente una madre que ve morir a su hijo de corta edad, esto es, nos situamos en su lugar y nos conmovemos con su dolor. Esta tristeza será por tanto un síntoma comprensible, que es alcanzable dentro del ámbito de las experiencias del ser humano normal. Otros síntomas comprensibles serían por ejemplo el nerviosismo, la inquietud, la desesperanza, el cansancio, el miedo, la prisa, la preocupación, etc.

Los síntomas explicables, por el contrario, se muestran esquivos a nuestra empatia, y se sitúan habitualmente fuera del ámbito de las experiencias normales de un ser humano. No podemos, por ejemplo, "comprender" la experiencia de sufrir alucinaciones. No sabemos por experiencia ni por imaginación lo que se puede sentir, y no pertenece al ámbito normal de las experiencias de un ser humano no enfermo. Podemos explicar que se trata de una percepción sin objeto, o que en todo caso el objeto que se percibe está

producido "internamente" y se sitúa de forma equivocada en un espacio externo, sin que el sujeto pueda percatarse de su error. Síntomas explicables son por ejemplo los delirios, o la sensación de extrañeza o cambio corporal.

Es necesario percatarse de que en ocasiones no será fácil saber si un síntoma es o no comprensible. La tristeza, por ejemplo, sólo lo será cuando tiene naturaleza reactiva, y no cuando está producida endógenamente. Podemos comprender la tristeza de una madre a la que se le muere el hijo recién nacido, pero nos será ajena e incomprensible empáticamente la tristeza de una madre que, deseando a su hijo, padece una depresión posparto de naturaleza psicótica al poco de su nacimiento. En este último caso no hay una causa que justifique la tristeza, y por tanto nos resultará extraña, aun cuando sea explicable en función de alteraciones de naturaleza biológica, secundarias al proceso del parto y a la involución de la función hipotálamo-hipofisaria.

SÍNTOMAS COMPRENSIBLES	• Se perciben empáticamente por el entrevistador. • Están situados dentro del ámbito normal de la experiencia humana. • Síntomas neuróticos o reactivos.
SÍNTOMAS EXPLICABLES	• Sólo se explican por la existencia de una enfermedad subyacente. • Están fuera del ámbito normal de la experiencia. • Síntomas psicóticos.

30.2.2. clasificación según lo naturalezo de los síntomas

Los síntomas pueden ser manifestaciones que difieran de la normalidad tan sólo cuantitativamente. Por ejemplo, la fiebre difiere de la temperatura normal del organismo tan sólo en la cantidad de temperatura que se tiene. La naturaleza del síntoma, por tanto, no difiere cualitativamente de las manifestaciones normales. A este tipo de síntomas se

les denomina *dimensionales o cuantitativos*.

En este sentido la tristeza, por ejemplo, será patológica sólo cuando su intensidad o duración sean excesivas respecto a una situación normal. Es normal que las viudas estén tristes un cierto tiempo, y con una cierta intensidad, que diferirá en las situaciones patológicas tanto por exceso como por defecto. Una viuda que se entristezca sólo un día será vista como anormal pero también lo será si 30 años después se sigue entristeciendo de la misma manera. La intensidad de la tristeza de un niño cuando se le muere el canario deberá ser menor que si se le muere la madre.

Por el contrario, hay síntomas que difieren de las situaciones normales no sólo cuantitativamente sino también de forma cualitativa. A éstos se les denomina *categoriales* o *cualitativos*. La diferencia entre lo normal y lo patológico aquí es tan clara que no cabe duda. Ejemplo de este tipo de síntoma sería el vómito o el estar embarazada. No se entiende que uno pueda estar "solo un poquito embarazada", o se está o no se está. Igual que vomitar "sólo un poquito" tampoco se considera normal, sino que se interpreta siempre como una manifestación patológica (eso sí, más o menos grave dependiendo del contexto).

En este sentido, son síntomas categoriales las alucinaciones, los delirios, la sensación de despersonalización o la rigidez catatónica. No se puede delirar "sólo un poquito", y o se alucina o no se alucina.

Como se habrá podido observar, los síntomas comprensibles se corresponden con los síntomas dimensionales, mientras que los síntomas explicables lo hacen con los categoriales. Los primeros tienen una naturaleza bien reactiva, bien neurótica, mientras que los segundos tienen una naturaleza psicótica.

SÍNTOMAS DIMENSIONALES	**La diferencia entre lo normal y lo patológico es sólo cuantitativa.**
SÍNTOMAS CATEGORIALES	**La diferencia entre lo normal y lo patológico es cualitativa.**

Sin embargo, es necesario reseñar que en algunas ocasiones no resulta sencillo decidir si un síntoma es categorial o dimensional, puesto que esto va a depender de cómo se defina.

Si definimos una idea obsesiva como una idea ansiogénica indeseada, que se impone en nuestro pensamiento pese a nuestro esfuerzo, y que siempre tiene carácter irracional, estará claro que tener una idea obsesiva será siempre patológico, y por tanto tendría una naturaleza categorial. Pero en la práctica clínica habitual nos encontraremos en numerosas ocasiones con síntomas que no se ajustan totalmente a las definiciones que se dan para los mismos. Así habrá ideas ansiogé-nicas, más o menos indeseadas, más o menos irracionales, que no siempre tienen carácter patológico; por ejemplo, una esposa que observa que su marido, habitualmente puntual, se retrasa, puede pensar (sin ninguna causa ajena al retraso que lo justifique) que su marido ha podido tener un accidente, y pensar e imaginárselo tendido en el suelo sangrando; la incapacidad de quitarse esta idea de la cabeza no siempre debe ser interpretada patológicamente. Sólo si estas situaciones se repiten incesantemente y perturban su habitual comportamiento normal (haciendo

llamadas comprobatorias a hospitales, etc.), puede ser considerada patológica. Por tanto, este síntoma será dimensional o categorial en función de cómo se defina.

Debe tenerse en cuenta que lo que se exponen son sólo unos criterios de interpretación de los síntomas, que en ningún caso suponen una certeza absoluta, pero ayudan a situar los síntomas en su contexto, y que este contexto sirve a su vez para analizar los síntomas de que en cada caso se trate.

30.2.3. Clasificación según la repercusión emocional de los síntomas

Los síntomas también pueden clasificarse en función de que su repercusión emocional sea agradable o desagradable. La mayor parte de los síntomas producen repercusiones que son desagradables, o que al menos son vivenciados por el individuo como anormales; pero algunos son vivenciados incluso de forma agradable y el paciente puede no sentirse enfermo ni percatarse de su anormalidad. Los primeros se denominan *egodistónicos*, mientras que los segundos son llamados *egosintónicos*.

SÍNTOMAS EGOSINTÓNICOS	No son vivenciados como anómalos o molestos por el paciente que los presenta. *Ejemplo:* rasgos de la personalidad.
SÍNTOMAS EGODISTÓNICOS	Son vivenciados como anómalos o molestos y provocan malestar subjetivo en quien los padece. *Ejemplo:* síntomas neuróticos.

Ejemplos de síntomas egosintónicos son la mayor parte de los rasgos de la personalidad del sujeto, que se vivencian como propios y se aceptan como normales, sin que causen malestar subjetivo. Una persona agresiva siempre autojusti-fica como necesaria esa agresividad, al igual que el extravertido o el prudente lo justifican como conveniente socialmente, o como forma de ser ajustada a las situaciones de riesgo. Sin embargo, algunos síntomas que aparecen en las psicosis pueden ser también vivenciados como normales. Las alucinaciones, por ejemplo, son vividas como percepciones reales

(algunas veces causan malestar, pero no siempre); en otras ocasiones los estados eufóricos propios de la psicosis maníaca se vivencian incluso muy positivamente y el paciente refiere sentirse mejor que nunca.

Por el contrario los síntomas egodistónicos producen intenso sufrimiento psicológico en el paciente que los padece; y son rechazados por el sujeto, que busca ayuda o lucha contra los mismos. Por ejemplo, la sensación de miedo o angustia que sufre el paciente con neurosis fóbica, o la tristeza que padece el depresivo.

La utilidad de esta distinción estriba en la posibilidad de diferenciar lo que son rasgos de la personalidad de lo que deben considerarse ya alteraciones de tipo neurótico, y por tanto auténticas enfermedades. El síntoma puede ser el mismo, pero su intensidad y especialmente la forma de vivenciarlo es diferente en el trastorno de personalidad, donde el rasgo o síntoma se acepta al ser egosintónico, que en el trastorno neurótico, donde se rechaza y se lucha contra él por su carácter egodistónico. Una vez más, sin embargo, no siempre es factible realizar esta distinción en la clínica cotidiana, donde los rasgos de personalidad anancástica difieren tan sólo cuantitativamente de los síntomas de la neurosis obsesiva; o los rasgos de la personalidad eitativa se diferencian en poco de los síntomas del trastorno fóbico.

30.3. Clasificación de los trastornos según los síntomas psicopatológicos

En función de los criterios anteriormente mencionados, según los síntomas sean comprensibles o explicables, dimensionales o categoriales, y egosintónicos o egodistónicos, tendremos la siguiente clasificación de las enfermedades mentales:

CLASIFICACIÓN PSICOPATÓLOGICA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES	
SÍNTOMAS COMPRENSIBLES O DIMENSIONALES	• Egosintónicos: propios de alteraciones de la personalidad. • Egodistónicos: propios de las neurosis.
SÍNTOMAS EXPLICABLES O CATEGORIALES	• Egosintónicos: propios de la fase maníaca y de algunos delirios megalomaníacos. • Egodistónicos: propios del resto de las psicosis.

Como se puede observar por lo anteriormente expuesto, la aplicación de los criterios mencionados permite una primera aproximación a la clasificación de las enfermedades mentales, de forma que los síntomas permitirían distinguir en principio entre al menos tres tipos de trastornos distintos:

TIPOS DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

- TRASTORNOS PSICÓTICOS: Con síntomas que son sólo explicables o categoriales.
- TRASTORNOS NEURÓTICOS: Con síntomas comprensibles pero con carácter egodistónico.
- TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: Con síntomas comprensibles y

egosintónicos.

Si se profundiza más en estos tres tipos de trastornos, se llega a la conclusión de que en los *trastornos de personalidad* lo que habrá será una alteración de la forma de ser del sujeto; es decir, una variación cuantitativa con respecto a la forma de ser normal. El sujeto ha sido, es y será siempre así salvo que modifique su personalidad o su forma de ser. Por otra parte, el sujeto no suele referir malestar por su forma de ser (egosintonía); y se queja únicamente por los conflictos a los que le conduce esta forma de ser, que por otra parte no suele desear cambiar.

En los *trastornos neuróticos* lo que hay es una alteración en la forma de estar del sujeto en el mundo, en un período determinado de su vida, a partir del comienzo de su enfermedad; y que acaba al finalizar la enfermedad y mientras tanto el sujeto está a disgusto con la forma en que se encuentra (egodistonía).

En los *trastornos psicóticos* hay una ruptura total tanto de la forma de ser del sujeto como en la forma de estar en el mundo. Salvo raras excepciones el sujeto está a disgusto con lo que le pasa (egodistonía), aunque en múltiples ocasiones no sea consciente de que padece una enfermedad, y suele proyectar sobre otros o sobre el mundo el origen de sus problemas. En algunas ocasiones tiene un sentimiento egosintónico (en las fases de manía o en algunos cuadros delirantes mega-lomaníacos o expansivos), que le hace sentirse mejor que nunca, y suelen ser los problemas de convivencia con los demás los que le fuerzan a consultar, con frecuencia a petición de los familiares y en ausencia de sentimiento o conciencia de enfermedad por parte del paciente.

30.4. Causas de las enfermedades psiquiátricas

Se distinguen tres tipos fundamentales de causas para explicar el origen de los trastornos psiquiátricos. Éstas tienen interés desde el punto de vista didáctico, pero ha de admitirse de antemano que en la mayoría de los trastornos se dan fenómenos multifactoriales, es decir plurietiológicos o multicausales.

CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES	
VARIACIONES CUANTITATIVAS DE LA FORMA DE SER	• Algunos trastornos de personalidad.
CAUSAS PSICOSOCIALES	• Algunos trastornos de personalidad. • Algunas formas de neurosis.
CAUSAS GENÉTICO-BIOLÓGICAS	• Algunas formas de neurosis. • Todas las psicosis.

Hay que hacer la salvedad de que algunos autores admiten la existencia de causalidad exclusivamente psicosocial para algunas formas de psicosis, que de esta manera denominan reactivas. No es la visión de la mayoría de los autores actuales, que piensan que no es posible que un sujeto desarrolle una psicosis en ausencia de alteraciones genéticas o biológicas.

Igualmente es preciso puntualizar que esta atribución causal deberá entenderse siempre a la luz de la existencia de múltiples factores en el desarrollo de una enfermedad concreta. Por ejemplo, la psicosis esquizofrénica tiene un origen genético, puesto de manifiesto por los estudios con gemelos; pero no todos los gemelos que tienen un hermano esquizofrénico desarrollan la enfermedad, lo que indica la intervención de factores ambientales de naturaleza psicosocial, que facilitan la aparición o el desencadenamiento de la enfermedad. De esta forma puede decirse que la alteración genética es condición indispensable para el desarrollo de la enfermedad, pero no siempre es suficiente, requiriendo en ocasiones de la presencia de condicionantes psicosociales que faciliten su desencadenamiento.

30.5. Características de los trastornos psíquicos

Si se intenta analizar las características más llamativas de los síntomas que aparecen en los distintos trastornos psíquicos, se observará que en los *trastornos psicóticos* el rasgo principal es la ruptura con la realidad, el psicótico parece vivir en su propio mundo y regirse por normas distintas a las del principio de la realidad.

En los *trastornos neuróticos* la característica común es la existencia de un estado de ansiedad más o menos intenso, que se centra en diversos síntomas en función del tipo de neurosis de que se trate. En los *trastornos de personalidad*, los rasgos definitorios de los síntomas que presenta el sujeto son fundamentalmente las dificultades adaptativas y en la relación con los demás o con su entorno.

Finalmente existe una categoría de trastornos, que se centran en el rasgo común de una alteración del humor o del estado de ánimo. Se denominan *trastornos afectivos o trastornos del humor*. Ésta es una categoría mixta donde encontramos desde alteraciones de la personalidad (personalidad depresiva o personalidad ciclotímica), o bien trastornos de índole neurótica (depresión neurótica, neurosis depresiva o trastorno mixto ansioso-depresivo), hasta las psicosis afectivas (psicosis maníaco-depresiva y depresión psicótica).

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS	
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	• Personalidad depresiva. • Personalidad predepresiva. • Personalidad ciclotímica.
TRASTORNOS NEURÓTICOS	• Depresión neurótica. • Neurosis depresiva. • Trastorno mixto ansiedad-depresión.
TRASTORNOS PSICÓTICOS	• Trastorno maníaco-depresivo. • Depresión psicótica. • Trastorno esquizo-afectivo.

30.6. Descripción de los trastornos psíquicos

30.6.1. Trastornos de personalidad

Los trastornos de personalidad son una de las áreas donde el consenso entre los diversos autores en psiquiatría es menor. Su descripción como variaciones de tipo cuantitativo de la forma de ser de un sujeto plantea una dificultad por la escasa precisión de su definición conceptual. Se plantean cuestiones como dónde comienza la patología y dónde termina la normalidad, o de qué manera se agruparán en síndromes observables los síntomas.

El nivel de confusión es aún mayor si se tiene en cuenta que para la evaluación de la personalidad se han diseñado mútiples instrumentos, no siempre coincidentes entre sí.

Por ejemplo, Eysenck diseñó el EPQ *(Eysenck Personality Questionary)*, que evalúa la personalidad a través de tres rasgos que Eysenck consideró fundamentales: las tendencias neuróticas (neuroticismo), las tendencias psicóticas (psicoticis-mo) y la extraversión o introversión del sujeto.

Gray modifica este planteamiento para definir sólo dos rasgos fundamentales no coincidentes con los de Eysenck: la impulsividad y la ansiedad. Catell, por su parte, diseñó un instrumento que evalúa 16 parámetros de personalidad diferentes (16-PF).

Sea cual sea la escuela u orientación que se siga, no debe olvidarse que en la clínica cotidiana es posible encontrar sujetos con rasgos de personalidad que no corresponden a un único modelo, e incluso con rasgos aparentemente contradictorios, como la coexistencia simultánea de tendencias neuróticas y psicóticas.

Si se siguen las orientaciones dadas por las escuelas americanas sobre estos trastornos, habrá que describir fundamentalmente tres subtipos de alteraciones de la personalidad:

TIPOS DE ALTERACIONES DE LA PERSONALIDAD	
PERSONALIDADES PSICÓTICAS	– Recuerdan los síntomas de los trastornos psicóticos. – Elevado riesgo de desarrollo de psicosis. – Síntomas de alteraciones de conducta, desconfianza y escaso contacto social.
	• Personalidad paranoide. • Personalidad esquizoide. • Personalidad esquizotípica.

PERSONALIDADES NEURÓTICAS	– Recuerdan los síntomas de los trastornos neuróticos. – Dificultades en la relación social. – Conductas extrañas, peculiares o extravagantes.
	• Personalidad evitativa. • Personalidad dependiente. • Personalidad pasivo-agresiva. • Personalidad obsesivo-compulsiva.
PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS	– Rasgos mixtos entre las neuróticas y las psicóticas. – Elevado riesgo de conflicto social. – Problemas con las normas. – Elevado nivel de egoísmo.
	• Personalidad antisocial (psicopatía pura). • Personalidad límite. • Personalidad narcisista. • Personalidad histriónica.

30.6.2. Trastornos neuróticos o de ansiedad

El concepto de *neurosis* y de *trastorno neurótico*, desde su definición dada por Cullen y su redefinición por Freud y la escuela psicodinámica, ha seguido una trayectoria errática, con dificultades inducidas por su supuesta vinculación a una explicación psicodinámica, originada por supuestos conflictos en la infancia (explicación no admitida hoy día por la mayoría de los autores), por lo que este término casi se ha abandonado completamente, y se tiende a hablar más de *trastornos de ansiedad*, que de trastornos neuróticos.

Otro de los problemas que arrastra la descripción de estas alteraciones es la escasa delimitación de los distintos subtipos de neurosis o de trastornos de ansiedad. Es frecuente observar en clínica como un paciente que presenta hoy trastornos de angustia, mañana los tendrá de tipo fóbico, y más adelante podría desarrollar otro tipo de alteración de ansiedad.

También es posible observar casos de coexistencia de síntomas de distintos tipos de trastorno de ansiedad; por ejemplo, de un trastorno obsesivo con un trastorno hipocondríaco.

Teniendo en cuenta las salvedades anteriormente mencionadas, las formas más frecuentemente admitidas de trastornos de ansiedad están recogidas en el cuadro siguiente:

TRASTORNOS DE ANSIEDAD
• Trastorno de ansiedad generalizada. • Trastorno de angustia: – Sin agorafobia. – Con agorafobia. • Agorafobia sin trastorno de angustia. • Fobia social. • Fobia simple. • Trastorno obsesivo-compulsivo. • Trastorno hipondríaco. • Trastorno por somatización. • Trastorno disociativo. • Trastorno de conversión. • Trastorno por estrés postraumático.

30.6.3. Trastornos psicóticos

Las psicosis tienen un mejor grado de definición interna, y a pesar de que existen cuadros intermedios entre unas formas y otras (como los trastornos esquizo-afectivos, situados entre los trastornos afectivos y la esquizofrenia), no presentan los problemas de delimitación que plantean los trastornos de personalidad o las neurosis.

En los trastornos psicóticos es posible distinguir aquellos de origen orgánico, motivados por una lesión o disfunción orgánico-metabólica grave, de aquellos otros endógenos, que aun siendo de origen biológico o genético, no presentan alteraciones observables en anatomía patológica y sólo tienen alteraciones en la transmisión sináptica.

También se habla de alteraciones lesionales (producidas por trastornos orgánicos) y alteraciones funcionales (psicosis funcionales), en las que, en ausencia de lesión, habría sin embargo una alteración de la función.

Dentro de las psicosis de origen orgánico, las formas más importantes son los cuadros de demencia, seguidos por los de delirium, y otros ya de menor frecuencia de presentación.

En cuanto a las psicosis endógenas, se distinguen las de tipo afectivo, con alteración fundamental del estado de ánimo, de aquellas en que la alteración fundamental no está centrada en el estado de ánimo, entre las cuales la más importante es la esquizofrenia (por su curso y evolución típicos descritos desde Kraepelin), que se distinguiría de las psicosis no esquizofrénicas, con clínica, cursos y evolución atípicos.

<table>
<tr><th colspan="3">TRASTORNOS PSICÓTICOS</th></tr>
<tr><td>PSICOSIS LESIONALES
O ORGÁNICAS</td><td colspan="2">• Demencias.
• Delirium.
• Otros trastornos psicoorgánicos.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PSICOSIS FUNCIONALES
O ENDÓGENAS</td><td>AFECTIVAS</td><td>• Psicosis maníaco-depresiva.
• Depresión psicótica.
• Otros procesos afectivos psicóticos.</td></tr>
<tr><td>NO AFECTIVAS</td><td>• Psicosis esquizofrénicas.
• Psicosis no esquizofrénicas o atípicas:
– Psicosis esquizofreniforme.
– Psicosis delirantes.
– Paranoia.</td></tr>
</table>

30.7. Otros criterios nosológicos

En el capítulo 5, dedicado a la nosología, se ha observado la utilización de otros criterios nosológicos, aplicados con frecuencia en los sistemas diagnósticos de empleo común (CIE-10, DSM, etc). Entre ellos cabe únicamente destacar los criterios de índole cuantitativa: Se emplean con frecuencia en la definición entre caso y no caso, cuando se desea precisar el grupo de pacientes al que un determinado diagnóstico es aplicable. Así, en el diagnóstico de trastorno por angustia, se exige en el sistema DSM-III-R que el paciente haya tenido al menos cuatro síntomas de los descritos; así como que haya sufrido cuatro crisis en un plazo de cuatro semanas, o una o más crisis con miedo persistente a sufrir otra.

Cuando el paciente no puede ser diagnosticado de un trastorno determinado por no cumplir suficientemente un criterio de carácter cuantitativo, ello no obsta para que, desde un punto de vista clínico, el paciente padezca la enfermedad o sea susceptible de un tratamiento específico para la misma. La utilidad de estos criterios cuantitativos está dirigida a la mejor definición de los grupos diagnósticos, sobre todo con vistas a la investigación clínica, y no a la exclusión de los casos con respecto a una determinada posibilidad de tratamiento ("Como Ud. no cumple criterios, no le puedo tratar… vayase y vuelva más adelante cuando tenga más síntomas…").

En otras ocasiones los criterios cuantitativos están dirigidos a la subclasifica-ción de un trastorno en sus variantes más severas y más leves, especialmente cuando ello supone un abordaje diferente desde el punto de vista terapéutico. Por ejemplo, en la CIE-10 los trastornos del humor se subdividen en severos, moderados o leves en función de criterios cuantitativos.

Finalmente, en otras ocasiones se utilizan simplemente criterios descriptivos, clasificando los trastornos de acuerdo a las descripciones clásicas más comúnmente aceptadas, o a sistemas de agrupamiento de síntomas obtenidos mediante técnicas estadísticas, como el sistema de análisis *cluster* o por conglomerados. Ejemplo de lo primero ocurre con las descripciones de los trastornos psicóticos no afectivos, no esquizofrénicos. Las descripciones clásicas de la paranoia o de los delirios crónicos siguen perviviendo en los sistemas clasificatorios, y la agrupación de los trastornos de personalidad son un ejemplo del resultado del análisis *cluster*, en el que se describen los rasgos que con frecuencia aparecen agrupados en la mayoría de los casos que se encuentran en la clínica.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *DSM-III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised*. Washington, 1987.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de*

Enfermedades. Meditor. Madrid, 1992.
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms*, vol I. Ginebra, 1989.
SARTORIUS, N, et al.: *Sources and Traditions in Classification in Psychiatry*. Hogrefe & Huber. Toronto, 1990.

Parte III

Metodología terapéutica

31

Terapia electroconvulsiva

OBJETIVOS

- Describir y sistematizar las intervenciones del personal de enfermería en la aplicación de la terapia electroconvulsiva.
- Conocer los problemas potenciales asociados a esta técnica.
- Saber planificar los cuidados adecuados teniendo en cuenta los posibles problemas, para así garantizar el máximo confort del paciente.

31.1. Cuidados de enfermería en la terapia electroconvulsiva

Desde el descubrimiento de la terapia convulsiva por Cerletti y Binni en 1938, pasando por la introducción de las drogas psicoactivas en los años cincuenta y su redescubrimiento en 1970 por la inefectividad de algunos tratamientos farmacológicos, la historia de la terapia electroconvulsiva ha sido azorosa y discutida.

En la actualidad, "a pesar de su reconocida eficacia y seguridad en el tratamiento de las enfermedades afectiva y psicótica, la terapia electroconvulsiva (TEC) sigue siendo un tratamiento controvertido con un uso limitado, principalmente en los hospitales docentes y privados. Los ataques provienen de los movimientos antipsiquiátricos y de la falta de apoyo de los trabajadores en el campo de la salud mental, que no acaban de resolver su ambivalencia y falta de comprensión del mecanismo de actuación de la TEC" (Max Fink, 1992).

La TEC consiste en la inducción de convulsiones estimuladas eléctricamente. Sus principales indicaciones, en las que la TEC ha probado ampliamente su eficacia y que hoy día son aceptadas en la comunidad científica, son las siguientes (Andreasen, 1992):

1. Depresión refractaria a la medicación.
2. Depresión con alto riesgo de autolisis.
3. Depresión acompañada por rechazo a la ingesta de líquidos y alimentos.
4. Depresión durante el embarazo.
5. Historia de respuesta positiva a la TEC.
6. Síndromes catatónicos.
7. Formas agudas de esquizofrenia,
8. Manía resistente a la medicación.
9. Depresión psicótica o melancólica resistente a la medicación.

El papel del personal de enfermería psiquiátrica en la TEC ha evolucionado, al igual que en todos los ámbitos de la práctica clínica y especialidades, desde la mera aplicación de tareas delegadas y de soporte a la realización de acciones independientes en colaboración y actualización continuada en un enfoque multidisciplinar.

Para Carol M. Burns y Gail W. Stuart (1992), este papel se define por *la educación de enfermería y soporte, la evaluación y control pretratamiento, el control durante el procedimiento y la observación e interpretación de las respuestas postratamiento*.

La labor del personal de enfermería psiquiátrica empieza en el momento en que el paciente y la familia son informados de la alternativa terapéutica y firman la autorización correspondiente. La mayoría de personas responden emocionalmente cuando ellos mismos o sus familiares necesitan *electroshocks*. En este momento es necesario utilizar el término "tratamiento" para poner énfasis en el valor terapéutico de la TEC.

Muchas personas necesitan tiempo para expresar sus ideas y sentimientos al respecto; son comunes los recelos y el miedo. El profesional de enfermería debe recoger estas percepciones y propiciar oportunidades para la comunicación con el paciente y sus familiares.

En el cuadro 31.1. se resumen las principales intervenciones de enfermería en la TEC.

CUADRO 31.1

Intervención de enfermería para el culdado al paciente que recibe terapia electroconvulsivo

OBJETIVOS	CRITERIOS	ACCIONES
• Lograr la participación informada en el procedimiento.	• El paciente que está informado del tratamiento coopera y sufre un nivel menor de ansiedad. • La familia, si está informada, puede aportar soporte emocional.	• Información sobre la TEC al paciente y a la familia, incluyendo los efectos esperados. • Fomentar la expresión de sus sentimientos al respecto. • Reforzar la educación después de cada tratamiento.
• Mantener la integridad biológica.	• La anestesia general y las convulsiones son elementos estresores que requieren cuidados de soporte emocional.	• Revisar el equipo de paros antes de la TEC. • Mantener al paciente en ayunas. • Retirar objetos metálicos, como joyas, adornos de pelo. Retirar dentadura postiza, lentes de contacto, laca de uñas. • Controlar las constantes vitales y mantener permeables las vías respiratorias, colocando al paciente en decúbito lateral hasta que recupere la consciencia. • Ayudar a deambular y ofrecer analgesia o antieméticos si los precisa. (.../...)

• Mantener la dignidad y la autoestima.	• Generalmente los pacientes están asustados antes del procedimiento; la amnesia y la confusión posteriores hacen necesaria la ayuda de enfermería.	• Permanecer con el paciente y ofrecer ayuda antes y después de la TEC. • Mantener la intimidad durante y después de la TEC. • Reorientar al paciente en el período postamnesia y confusión.

31.2. Etapas del procedimiento

Cada institución sanitaria define sus propios procedimientos y los correpon-dientes estándares de cuidados de enfermería para los pacientes que reciben TEC. En EEUU, la American Nurse's Association en sus *Standards of Psychiatric and Mental Health Nursing Practice* identifica criterios específicos de estructura, proceso y resultado para el uso del conocimiento en terapéuticas somáticas y aplicar habilidades clínicas en el trabajo con pacientes (Burns y Stuart, 1992).

A modo de ejemplo se reproduce el procedimiento para la TEC elaborado por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona (Bernardo, M.ycols., 1993).

CUADRO 31.2
Protocolo TEC

REQUISITOS PREVIOS	• ECG. • RX Tórax. • Analítica y hemograma. • Impreso de consentimiento personal o familiar. • Peticiones al servicio de anestesia: – Individual. – General, que debe cursarse el día anterior. – Hoja para tratamiento TEC cumplimentada.
MATERIAL PRECISO	• Fármacos: – Anectine. – Atropina. – Pentothal (.../...)

MATERIAL PRECISO	– Suero fisiológico. – H20 bidestilada. • Camilla. • Aparato TEC (MECTA SR1). • Monitor ECG. • Bombona O_2. • Aspirador. • Caja de paros. • Esfingomanómetro. • Carro de curas: – Mascarilla O_2 y ambú. – Cánulas (venocaths). – Tubos mayo. – Electrodos. – Solinitrina spray. – Gasas y suero fisiológico. – Algodón, *smarch,* esparadrapo. – Alcohol. • Monitor EEG.
PREPARACIÓN PREVIA DEL PACIENTE	• Mantener en ayunas. • Retirar laca de uñas, dentadura postiza. • Permanecer en pijama o camisón. • Realizar micción previa si es posible.
TRATAMIENTO	• Monitorización ECG. • Monitorización EEG (en las sesiones de TEC en que quede establecida su realización). • Control de la tensión arterial antes y después de la TEC. • Anestesia del paciente. • Proceder a la sesión de TEC (gasas humedecidas para la aplicación de los electrodos).
POSTRATAMIENTO	• Observación del paciente durante una hora. • Ayuno durante cuatro horas después de la TEC.

El equipo terapéutico está formado por un médico psiquiatra, un médico anestesista, un enfermero y un auxiliar de enfermería.

Cuando el paciente es devuelto a su habitación, el profesional de enfermería evalúa el nivel de vigilancia de enfermería requerido y le propone dormir durante un tiempo más para favorecer una vuelta más rápida a su estado basal.

31.3. Intervenciones de enfermería en los principales problemas de la TEC

En el cuadro 31.3 se exponen los principales problemas que puede presentar el paciente durante el procedimiento.

CUADRO 31.3
Problemas más comunes durante la TEC e intervenciones de enfermería

PROBLEMAS	INTERVENCIONES
• La premedicación con beta-bloqueantes puede provocar un descenso en la tensión arterial o pulso.	• Control de constantes vitales cada 15 min hasta el retorno a los valores basales.
• La amplitud de las convulsiones (por ejemplo, de más de 2 min) puede provocar un aumento en la duración de las alteraciones de la senso-percepción. • Si el paciente se medica con barbitúricos o benzodiazepinas para terminar la convulsión, puede permanecer más dormido de lo habitual.	• La reorientación temporoespacial puede ser necesaria durante más tiempo del habitual, al igual que el tiempo de sueño después de la TEC.
• La inquietud puede aumentar el riesgo potencial de lesiones.	• Puede ser necesario intensificar la vigilancia para prevenir caídas.
• Las náuseas y vómitos son un riesgo potencial de aspiración.	• Aumentar la frecuencia de la observación. • Prolongar la estancia en la unidad de recuperación para tener el equipo de aspiración a mano.
• Dolor de cabeza.	• El paciente debe ser evaluado al llegar a la unidad. • Valorar reflejo de deglución y administrar analgesia bajo prescripción médica. Si no remite, debe prescribirse una pauta fija. • Es necesario acomodar al paciente en un área tranquila y en penumbra.

Fuente: Modificado de Burns y Stuart, 1992.

Para que la intervención del personal de enfermería psiquiátrica en la aplicación de la terapia electroconvulsiva sea de calidad, se requiere un grado de formación teórica y desarrollo de habilidades que obtendrá con una actualización continuada de sus conocimientos y habilidades. Sólo así podrá aportar su intervención cualificada a un procedimiento en constante evolución técnica y científica.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ANDREASEN, N.: *Textbook of psychiatry*. American Psychiatric Press. Washington, 1992.

BERNARDO, M.; GAYA, J. et al.: "Hypophyseal response to ECT: a higher and faster vaso-pressine peak", en *Biological Psychiatry*, 33:670-672, 1993.

BURNS, C. M. y STUART, G. W.: "Nursing Care in Electroconvulsive Therapy", en *The Psychiatric Clinics of North America*, 14 (4): 971-983, 1991.

STUART, G. W. y SUNDEEN, S. J.: *Principies and practice of psychiatric nursing*, 3ª ed. Mosby. Nueva York, 1987: 682-697.

VILLALONGA, A.; BERNARDO, M. et al.: En *Convulsive therapy*, 9 (2): 108-111, 1993.

32

Tratamientos psicofarmacológicos

OBJETIVOS

- Facilitar orientación a las intervenciones psicofarmacológicas más frecuentes en psiquiatría.
- Conocer los efectos terapéuticos, y sobre todo los secundarios, de los trastornos psicofarmacológicos.
- Planificar los cuidados de enfermería en las distintas situaciones terapéuticas.
- Conocer la importancia del cumplimiento terapéutico en el pronóstico.
- Apreciar lo esencial de la monitorización de los tratamientos en la prevención de recaídas.

32.1. Tratamientos psicofarmacológicos

Los *psicofármacos* son aquellas sustancias que tienen un efecto específico sobre el psiquismo, sobre sus correlatos superiores (conducta, afectos, emociones, impulsos) y sobre sus correlatos neurovegetativos (endocrinos, químicos, neurológicos), con efectos en el psiquismo normal y patológico, en un intento de corregir conductas, pensamientos o

estados de ánimo patológicos por medios químicos (Kaplan). Como todo tipo de fármacos presentan efectos beneficiosos (terapéuticos) y colaterales (secundarios), indicaciones y contraindicaciones.

El tratamiento psicofarmacológico forma parte de una estrategia terapéutica holística, y su administración conforma parte de la relación terapéutica, convirtiéndose en vínculo de relación para el cuidado de los enfermos con "psicoterapia psi-cofarmacológica". La información e instrucciones sobre los psicofármacos favorecen su administración, el cumplimiento y la respuesta terapéutica. La elección de un psicofármaco precisa diversas consideraciones iniciales (diagnóstico, síntomas diana, objetivos terapéuticos, efectos secundarios, tipo de enfermo, coste socioeconómico). Previamente se requiere efectuar: historia clínica, exploración psico-patológica, neurológica y somática del paciente; teniendo presente que detrás de todo síntoma y síndrome psiquiátrico puede subyacer una etiología orgánica.

Se pueden distinguir dos tipos de factores en el tratamiento psicofarmacológico:

- *Factores específicos*. Son los que dependen de las características farmacológicas: Farmacocinética, estudia la absorción, distribución, metabolización y eliminación de los fármacos. Farmacodinámica, estudia el lugar de actuación de los fármacos administrados, receptores en el sistema nervioso central o periférico y los neurotransmisores. Son funciones del personal de enfermería observar el cumplimiento en la toma de la medicación, así como observar los efectos secundarios y la eficacia de los tratamientos.
- *Factores inespecíficos*. Están constituidos por aquellas variables que intervienen en el tratamiento y que, sin depender del fármaco en sí, pueden modificar la respuesta terapéutica; la más conocida es el efecto placebo. Guardan relación con el propio paciente, el médico, el profesional de enfermería, el equipo terapéutico, la familia y con aspectos socioculturales. Respecto al profesional de enfermería, cuanto mejor sea su relación interpersonal con el paciente, tanto mejor será el grado de cumplimiento terapéutico por parte de éste, y por tanto más favorable la respuesta terapéutica.

32.2. Fármacos antipsicóticos

Bajo esta denominación se agrupan una serie de sustancias que eliminan la sintomatología psicótica, poseen un efecto tranquilizante mayor y presentan efectos secundarios neurológicos o motores; de ahí la denominación de *neurolépticos*. Delay introdujo la clorpromacina en 1952. Su aparición permitió abordar el tratamiento de las más graves patologías mentales, esquizofrenia y otras psicosis, de forma más humana y científica, facilitando el acceso a tratamientos psicoterapéuti-cos y sociocomunitarios,

favoreciendo la rehabilitación de los enfermos y disminuyendo los tiempos de hospitalización. Casi todos, excepto la clozapina, actúan como antagonistas de los receptores dopaminérgicos.

Todos los antipsicóticos empleados a dosis correctas y durante el tiempo suficiente tienen una eficacia antipsicótica similar, entendiéndose por *eficacia farmacológica* la capacidad de una sustancia para producir una mejoría clínica en una determinada entidad nosológica; difieren en su *potencia farmacológica*, cantidad de una sustancia necesaria para conseguir un determinado efecto farmacodinámi-co, y en su perfil de efectos colaterales. La potencia comparativa de diferentes fármacos antipsicóticos entre sí y respecto a la clorpromacina puede observarse en el cuadro 32.1. Los de menor potencia antipsicótica son más *sedantes* y presentan mayores efectos anticolinérgicos e hipnóticos, mientras que los de mayor potencia o *incisivos* presentan más efectos de tipo extrapiramidal.

CUADRO 32.1

Antipsicóticos

FÁRMACO	DOSIS EQUIVALENTE	EFECTO SEDANTE	EFECTO HIPOTENSIVO	EFECTO ANTICOLINÉRGICO	EFECTO EXTRAPIRAMIDAL
Clorpromacina[1]	100	F[2]	F	I[3]	D[4]
Trifluoperacina	25	F	F	I	I
Tioridacina	100	F	F	F	D
Mesoridacina	50	I	D	I	I
Perfenacina	10	D	D	D	F
Trifluoperacina	3	I	D	D	F
Flufenacina	2	I	D	D	F
Haloperidol	2	D	D	D	F
Cloprotixeno	100	F	F	F	D
Tiotixeno	5	D	D	D	F
Molindona	25	I	D	I	F
Loxapina	15	I	I	I	F
Piperacetacina	12	I	D	D	I
Acetofenacina	20	D	D	D	I
Butaperacina	9	I	D	D	F
Cafernacina	25	I	D	D	F

[1] UNA VEZ HALLADA LA EQUIVALENCIA, SON TAN EFICACES 2 MG DE HALOPERIDOL COMO 100 MG DE CLORPROMACINA.

[2] F = FUERTE.

[3] I = INTERMEDIO.

[4] D = DÉBIL.

Indicaciones terapéuticas

Su principal utilización es en las esquizofrenias, siendo más efectivos sobre los síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes paranoides y no paranoides, comportamiento extravagante y otras alteraciones de la conducta social, alteraciones del pensamiento, catatonía…), que sobre los negativos (abulia, apatía, alogia, anhedonia, aislamiento social…). Actualmente se investigan compuestos con efectos en ambos tipos de síntomas, entre ellos la clozapina.

Otros casos en que está indicado su uso son:

- Trastornos esquizofreniformes. Trastornos esquizoafectivos. Trastornos delirantes paranoides, agudos y crónicos. Psicosis reactiva breve. Autismo infantil.
- Depresiones con síntomas psicóticos, como medicación coadyuvante junto a los antidepresivos. Fase maníaca del trastorno bipolar.
- Trastornos psicóticos orgánicos: Psicosis por anfetaminas. Delirium, intoxicación por drogas o por ciertos fármacos, síndrome de abstinencia a drogas. Demencias. Enfermedades neurológicas. Trastornos del movimiento en la Corea de Huntington, y tics del síndrome de Gilles de la Tourette.
- Síndromes de agitación y violencia.
- Se pueden utilizar como tratamiento de segunda elección cuando han fracasado los tratamientos más clásicos en: Trastornos del comportamiento de la personalidad *borderline*, esquizoide y esquizotípico. También han sido utilizados en trastornos no psicóticos, ansiedad severa, depresión con ansiedad severa, utilizándolos a dosis bajas.

La elección del antipsicótico debe basarse en la sintomatología, respuesta farmacológica previa (personal y familiar), estado físico del paciente y los efectos asociados que se deseen lograr.

Elección de la vía: La vía intramuscular se recomienda en pacientes agitados, para los que se precisa una sedación rápida y en los casos en que el paciente se niega a ingerir sustancias por vía oral. Administrados intramuscularmente son de tres a cuatro veces más potentes que por vía oral. Presentan mayor rapidez de acción al ser inyectados en el músculo deltoides. Los *antipsicóticos de acción prolongada (Depot)* decanoato de flufenacina y palmitato de pipotiacina son aconsejables cuando exista oposición al tratamiento, o en los tratamientos de mantenimiento. La vía oral es la más cómoda para el paciente, con la desventaja de un menor cumplimiento, disminución de su absorción por el té, café, anticolinérgi-cos, etc.

A continuación se analizan dos antipsicóticos atípicos:

- *Clozapina:* A diferencia de los antipsicóticos tradicionales se muestra moderadamente eficaz en el tratamiento de los síntomas negativos de la esquizofrenia, un tercio de los pacientes con resultados terapéuticos negativos con otros antipsicóticos responden a la clozapina. No produce síntomas extrapi-ramidales ni discinesias tardías, pero puede producir convulsiones, agranu-locitosis 1-2% de los casos mientras que el riesgo para los antipsicóticos tradicionales sería de 0,04-0,5%, por lo que se precisan controles hemáticos periódicos.
- *Remoxiprída:* Es un antagonista dopaminérgico, como la mayoría de los antipsicóticos, pero con menos efectos extrapiramidales que ellos. Su comercialización en España es muy reciente.

Efectos secundarios

- *Síntomas extrapiramidales:*

1. Distonias agudas, en forma de crisis oculogiras, desviación de la mirada, tortícolis, contracturas musculares que afectan a la musculatura bucolin-gual, dificultando el habla y la deglución. *Antídoto:* antiparkinsonianos por vía intramuscular.
2. Parkinsonismo (temblor fino, facies inexpresiva, bradicinesia, sialorrea, babeo, rigidez). *Antídoto:* antiparkinsonianos.
3. Acatisia. Sensación subjetiva de nerviosismo e intranquilidad interna, no pudiendo permanecer quieto sentado. *Antídoto:* benzodiacepinas y reducir la dosis del antipsicótico.
4. Discinesias tardías, de corrección difícil, constituyen un problema en los tratamientos a largo plazo.

- *Síndrome neuroléptico maligno:* Cursa con alteración de la consciencia, hipertermia, rigidez muscular y disfunción neurovegetativa. Se trata de una complicación grave y rara, que puede sel letal. *Antídoto:* supresión de antipsicóticos y administración de antagonistas dopaminérgicos.
- *Otros efectos:* Hipotensión (más los antipsicóticos sedantes), sequedad de boca, estreñimiento, amenorrea, disminución del impulso sexual, anorgas-mia, ganancia de peso, agranulocitosis (fenotiacinas y clozapina), dermatitis de contacto, fotosensibilidad; salvo hipotensión y estreñimiento, los demás son menos frecuentes.

32.3. Fármacos antidepresivos

Se denominan *antidepresivos* (AD) los fármacos capaces de normalizar específicamente el estado afectivo depresivo (o sus equivalentes: tristeza, sensación de vacío, irritabilidad, inhibición o agitación, somatizaciones, etc.). Los antidepresivos suministrados a sujetos sanos no producen ningún tipo de sensación eufori-zante; por el contrario, en la mayoría de los casos ocasionan una discreta sedación con disminución del rendimiento intelectual y las molestias propias de los efectos secundarios. Incluyen un grupo heterogéneo y variado de fármacos con distintas características estructurales, farmacológicas y de utilización clínica (cuadro 32.2).

CUADRO 32.2
Antldepresivos

	FÁRMACO	DOSIS	CONC. PLASMÁTICA (ug/ml)
HETEROCÍCLICOS[1]	Imipramina	75-250	200-250
	Doxepina	75-300	100-250
	Maprotilina	75-200	150-250
	Nortriptilina	50-200	50-150#[2]
	Clorimpramina	75-250	150-200
	Fluoxetina	20-40	100-300
	Pramine	75-300	125
	Desipramina	75-300	125
	Amitriptilina	75-300	120-250
	Trimipramina	75-300	
	Protiptilina	15-60	100-200
	Amoxapina	75-300	
NO HETEROCÍCLICOS[1]	Trazadona	150-300	
INHIBIDORES DE MONOAMINOOXIDASA	Fenelcina	30-60	
	Tranilcipramina	20-50	
	Isocarboxacida	20-50	

[1] LOS PACIENTES ANCIANOS REQUIEREN DOSIS MÁS BAJAS DE ESTOS FÁRMACOS.

[2] #, VENTANA TERAPÉUTICA.

Los fármacos antidepresivos se clasifican en:

- Antidepresivos heterocíclicos:

– Tricíclicos (ADTC).
– Tetracíclicos (ADCT).
– Bicíclicos (ADBC).
– Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

- Antidepresivos IMAO:

– Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) clásicos.

– Inhibidores reversibles de la monoaminooxidasa (RIMA).

De los antidepresivos clásicos (tricíclicos e IMAO) surgen los de segunda generación, a través de modificaciones químicas que les confieren características específicas. En los últimos años, el desarrollo de estos fármacos ha sido considerable, existiendo en el mercado casi un centenar de antidepresivos. No han superado la eficacia de los primeros productos, pero sí han mejorado su tolerancia y por tanto la terapéutica de los trastornos afectivos.

32.3.1. Antidepresivos heterocíclicos

Con arreglo a su estructura los antidepresivos heterocíclicos pueden subdividirse en cuatro grupos:

- Tricíclicos (ADTC):

– Tipo I: imipramina, desipramina, amitriptilina, doxepina.
– Tipo II: amoxapina, iprindol.
– Tipo III: maprotilina, lofepramina, amineptina.

- Tetracíclicos (ADCT): mianserina.
- Bicíclicos (ADBC): viloxacina, zimelidina.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina.

Indicaciones terapéuticas

Los antidepresivos heterocíclicos constituyen en la actualidad el tratamiento biológico más utilizado para los trastornos depresivos en virtud de su eficacia, margen de seguridad, pocas contraindicaciones y reversibilidad de los efectos adversos. A dosis equipotentes, la eficacia de los diversos compuestos antidepresivos parece similar. La elección del antidepresivo suele fundamentarse en el estado físico del paciente y en los, posibles efectos adversos. Se indica en los siguientes casos:

- Trastorno depresivo mayor o endógeno, con un éxito terapéutico del 75%. Trastorno afectivo orgánico. Otras depresiones, con tanto mejor resultado cuanto mayores rasgos endógenos posean, incluyendo depresiones somatizadas, que enlazan con los cuadros de dolor crónico, cefaleas, migrañas, patología psicosomática asentada sobre una base depresiva. Profilaxis de la depresión recurrente unipolar.
- Crisis de pánico. Trastorno obsesivo compulsivo. Trastornos del apetito:

anorexia nerviosa y bulimia.

- Otros trastornos: Eneuresis. Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Síndromes pseudodemenciales y alteraciones amnésicas de origen depresivo. Trastornos por ansiedad generalizada. Trastornos por estrés pos-traumático. Narcolepsia. Sonambulismo. Pesadillas y terrores nocturnos. Ansiedad de separación. En ocasiones al antidepresivo se deberá asociar a otros psicofárma-cos, como ansiolíticos o antipsicóticos.

Tras haber logrado la mejoría sintomática, se debe mantener el tratamiento antidepresivo durante un plazo aproximado de seis meses (período en el cual es mayor la frecuencia de las recaídas). Su retirada debe de ser progresiva y en el caso de reaparición del cuadro depresivo se debe aumentar los antidepresivos hasta alcanzar la respuesta terapéutica. Si el paciente no mejora en un período de seis semanas de tratamiento, se considera oportuno el cambio a otro antidepresivo con un perfil de actuación diferente sobre los neurotransmisores.

Predictores clínicos de respuesta: Los antidepresivos presentan un período de latencia en la respuesta terapéutica de dos a cuatro semanas. Predictores de buena respuesta: antecedentes personales y familiares de buena respuesta; características endógenas (variación diurna, insomnio de segunda o tercera etapa, alteraciones sustanciales de peso, inhibición psicomotriz o agitación, anhedonia profunda), ideación depresiva congruente con el humor, buena personalidad premórbida. Predictores de mala respuesta: depresiones atípicas, depresiones caracteriales, personalidad premórbida neurótica, histérica o hipocondriaca, ideación no congruente con el estado de ánimo.

Efectos secundarios

Son debidos, fundamentalmente, a la actividad anticolinérgica. En general son bien tolerados por el paciente o bien disminuyen al cabo de pocas semanas. Pueden ser utilizados de forma positiva, como por ejemplo administrando en toma nocturna AD sedantes en aquellos pacientes que padezcan ansiedad o insomnio concomitantes. En mayor o menor frecuencia, los efectos pueden ser:

- *Frecuentes:* La sequedad de boca y el estreñimiento son habituales, palpitaciones, hipotensión ortostática, hipertermia, sofocaciones, sudoración, retención de orina, alteraciones de la acomodación visual, midriasis, temblor benigno, disfunciones sexuales tanto en el hombre como en la mujer (impotencia, eyaculación retardada, anorgasmia, disminución de la líbido…).
- *Poco frecuentes:* Hipersalivación, braquicardia, anhidrosis, en pacientes de edad se puede producir íleo intestinal, pueden agravar síndromes de glauco-ma de ángulo cerrado o un síndrome prostático, trastornos de la motilidad esofágica, temblor fino y distal que cede a las pocas semanas de tratamiento, disminución del umbral convulsivo.
- *Raros:* Amenorrea. Hipersensibilidad y alergia: prurito, urticaria, eritema, exantema cutáneo, fotosensibilización, edema angioneurítico, vasculitis cutánea, ictericia colostática. Alteraciones hematopoyéticas: leucocitosis/leu-

copenia, eosinofilia, agranulocitosis, anemia aplástica, púrpura trombocito pénica. Aumento de peso. Hipoglucemia. Ginecomastia y galactorrea. Efectos en el sistema nervioso central: síndrome confusional que puede llegar hasta la "psicosis atropínica", que raramente ocurre dentro de las dosis terapéuticas.

Intoxicación: Pacientes con un potencial suicida severo pueden efectuar ingestas masivas de AD que pueden ocasionar cuadros letales; en estos casos es conveniente el ingreso hospitalario y monitorización de las constantes vitales.

Interacciones: Sustancias como el alcohol, el tabaco, los anticonceptivos orales y los anticonvulsivantes disminuyen los niveles de antidepresivos en plasma; por el contrario, los neurolépticos los aumentan.

Contraindicaciones:

- Absolutas: Cardiopatía coronaria grave e infarto de miocardio reciente.
- Relativas: Cardiopatías y trastornos del ritmo, hipertrofia, glaucoma de ángulo agudo, epilepsia, hepatopatías, nefropatías, hipertensión, diabetes, primer trimestre del embarazo, estados toxiconfusionales.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)

Los ISRS (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina) representan un avance significativo sobre el resto de los antidepresivos heterocíclicos por ser de eficacia clínica similar y presentar menores efectos secundarios. No presentan efectos anticolinérgicos ni antihistamínicos, tampoco bloquean los receptores adrenérgi-cos y no provocan cuadros de hipotensión ortostática. Son mucho más seguros desde el punto de vista cardiovascular que los antidepresivos heterocíclicos o los inhibidores de la monoaminooxidasa. El único efecto hallado sobre el ritmo cardíaco ha sido una acción bradicardizante no significativa. Presentan baja toxicidad y relativa seguridad en sobredosis.

Las indicaciones clínicas parecen ser las mismas de los antidepresivos heterocíclicos; no obstante, a todos los efectos, conviene tener presente que la experiencia con los ISRS es limitada.

Los efectos secundarios de los ISRS son de tipo gastrointestinal, en forma de náuseas o diarrea; o de efecto estimulante sobre el sistema nervioso, en forma de incremento de la ansiedad, temblor, insomnio o cefaleas. Se han comunicado, en algunos trabajos, interacciones negativas entre la fluoxetina y litio, habiendo desarrollado algunos pacientes un cuadro semejante al síndrome serotonérgico. La asociación de ISRS con IMAO puede producir una interacción farmacológica potencialmente severa. Se aconseja que deberían transcurrir cinco semanas entre la suspensión de la fluoxetina y la prescripción de un IMAO.

32.3.2. Antidepresivos IMAO

Dentro de los antidepresivos IMAO cabe distinguir los IMAO clásicos o inhibidores de la monoaminooxidasa y los RIMA o inhibidores reversibles de la monoaminooxidasa.

IMAO CLÁSICOS

Los IMAO de este grupo inhiben las enzimas monoaminooxidasas, situadas en la membrana de las mitocondrias, encargadas de catabolizar las aminas involucradas en la fisiopatología de la depresión (noradrenalina, serotonina, dopamina). Se hallan ampliamente distribuidas en el organismo tanto a nivel periférico como central. Tras la utilización de un IMAO se precisa un período de 7-14 días para que la MAO vuelva a resintetizarse a niveles biofuncionantes, por ello a los IMAO clásicos se les denomina de acción irreversible. Los principales AD de este grupo son: fenelcina, nialamida y tranilcipramina, siendo la fenelcina el IMAO de primera elección.

Indicaciones terapéuticas

Tienen utilidad en los cuadros depresivos no endógenos y especialmente en las depresiones atípicas y neuróticas (componente ansioso marcado, somatizacio-nes, cambios en el estado de ánimo, rasgos fóbicos o histeriformes). Depresiones mayores, si éstas se han mostrado resistentes al tratamiento previo con antidepresivos heterocíclicos.

Trastorno por angustia o ataques de pánico. Trastornos polifóbicos, fobias sociales, agorafobias vayan acompañadas o no de trastornos por angustia. Trastornos obsesivo-compulsivos.

Otras acciones beneficiosas se pueden obtener en trastornos de personalidad, en estados de dolor crónico, narcolepsia, enfermedad de Parkinson, bulimia y en el trastorno bipolar cíclico (cicladores rápidos).

Efectos secundarios

El margen de seguridad terapéutica de los IMAO es inferior al de los antidepresivos heterocíclicos actuales. Su utilización requiere un mayor control por parte del médico y una buena colaboración por parte del paciente.

Los efectos secundarios de los IMAO se hallan relacionados con sus acciones sobre el sistema nervioso vegetativo, sus interacciones con alimentos que contengan tiramina, feniletilamina o dopa, y con fármacos que produzcan aumentos de las aminas

biógenas.

Los efectos secundarios más importantes son las crisis hipertensivas, "efecto queso", debido a que la tiramina, feniletilamina o dopa existente en algunos alimentos o fármacos no es metabolizada en el intestino, produciendo a nivel neuronal una descarga noradrenérgica de mayor o menor importancia, con un cuadro de hipertensión, cefaleas occipitales, náuseas, vómitos, sudoración, hipertermia, taquicardia, arritmia cardíaca, temblor, etc., pudiendo llegar en los casos más gra-ves a producir hemorragias subaracnoideas. El tratamiento de este tipo de cuadros también requiere monitorización hospitalaria, constituyendo el fármaco de elección la fentolamina IV, o clorpromacina IM. Estos episodios hipertensivos son autolimitados, con una duración entre una y tres horas.

Del mismo modo que los heterocíclicos, pueden producir hipotensión ortostá-tica, sequedad de boca, insomnio, aumento de peso y alteraciones en el terreno sexual.

CUADRO 32.3

Instrucciones para los pacientes que van a ser tratados con IMAO

ALIMENTOS QUE CONTIENEN TIRAMINA
• Bebidas alcohólicas, en especial vino tinto, vino de Chianti* y cerveza*, se permiten pequeñas cantidades de jerez, whisky, ginebra o vodka. • Quesos (en especial los de tipo cheddar, suizo, stilton, camembert, gruyère, brie, roquefort, brick), se permite el queso fresco. • Conservas de pescado o carnes, escabeches*, arenques* y caviar, concentrados de carne (Bovril, Marmite, etc.), adobos y ahumados. Caracoles. • Hígado*, patés de hígado y foie-gras. • Setas, habas* (contiene DOPA), plátanos, aguacates. • Embutidos fermentados. Chocolates. Sopas envasadas.

MEDICAMENTOS COMUNES CON PROBABLE INTERACCIÓN IMAO (que se expenden sin receta médica)
• Antigripales, descongestivos nasales, antipiréticos y anestésicos locales, especial precaución con el dextrometorfano. Pueden tomarse paracetamol y aspirina. • No tome ninguna medicación sin consultar al médico. • Informe del tipo de tratamiento que está siguiendo ante cualquier consulta con otro especialista, antes de que el médico realice cualquier prescripción, o al cirujano antes de una operación.

FÁRMACOS QUE HAY QUE EVITAR DURANTE EL TRATAMIENTO CON IMAO
• *Nunca deben administrarse:* Antidepresivos heterocíclicos. L-Triptófano. Anestésicos. Antiasmáticos. Antihipertensivos. Diuréticos. L-Dopa. Narcóticos. Simpaticomí-méticos (anfetaminas, cocaína, metilfenidato, dopamina, adrenalina, nora-drenalina, metaraminol). • *Administrar con precaución:* Antihistamínicos. Disulfiram. Propanolol. Hidralazina.

* Alimentos o fármacos con particular riesgo de interacción.
Fuente: Modificado por E. González Monclús y J. A. Bueno.

Antes de iniciar un tratamiento con un IMAO clásico es preciso dejar un tiempo libre *(wash out)* de dos semanas sin haber tomado AD heterocíclicos, u otros fármacos que interaccionen con los IMAO; asimismo, tras el cese de tratamiento con un IMAO hay que esperar de 10-14 días para que se resintetice la enzima MAO, antes de prescribir antidepresivos heterocíclicos, fármacos o dietas que puedan interactuar.

Contraindicaciones: En hepatopatías, y se emplean con cautela en casos de hipertensión arterial, cardiopatías, Parkinson, diabetes y alcoholismo. El empleo de IMAO durante el primer trimestre del embarazo puede dar lugar a embriopatías graves.

INHIBIDORES REVERSIBLES DE LA MAO (RIMA)

Son fármacos inhibidores reversibles y selectivos de la monoaminooxidasa tipo A (RIMA): meclobemida, pirlindol. En los RIMA el tiempo necesario para la resíntesis de la MAO se sitúa entre 16-24 horas.

Con los RIMA es poco probable la "reacción queso", diversos estudios controlados demuestran que se pueden ingerir hasta 100 mg de queso sin que esta reacción aparezca, no obstante no puede descartarse totalmente. Tras el cese de tratamiento con un IMAO, hay que guardar un período de espera de 10-14 días para que se resintetice la enzima MAO, antes de prescribir antidepresivos heterocíclicos, fármacos o dietas que puedan interactuar. Estas precauciones y períodos de *wash-out* no son imperiosos en el caso de usar un RIMA.

32.4. Fármacos ansiolíticos e hipnóticos

Los fármacos *ansiolíticos* son aquellos que producen un efecto clínico de alivio o supresión de la ansiedad (ansiolisis). Agrupan una serie de sustancias diversas y clásicamente en el mundo anglosajón se les ha definido como tranquilizantes menores.

Entre los ansiolíticos, las benzodiacepinas son el grupo más conocido y utilizado. Son fármacos seguros, eficaces y bien tolerados, sin riesgo de muerte por sobredosis. Las benzodiacepinas tienen cuatro acciones fundamentales: ansio-lítica, anticonvulsiva, miorrelajante e hipnótica.

El término *hipnótico* se refiere a las sustancias con acción específica sobre la inducción y mantenimiento del sueño.

Los fármacos ansiolíticos se clasifican en: Benzodiacepinas, betabloqueantes, nuevas moléculas: buspirona, zopiclona, imidazopirinas (zolpidem, alpidem), agonistas parciales del receptor BZD (Abecarnil), antagonistas de la CCK.

Indicaciones terapéuticas

Su uso más frecuente lo constituyen los casos de ansiedad generalizada y otros trastornos por ansiedad. Trastorno por angustia. Fobias. Insomnio. Depresión. Trastornos bipolares, tratamiento del trastorno bipolar en fase maníaca. Prevención del trastorno bipolar en conjunción con litio. Acatisia. Status epilépticus. Otros: Preanestesia, se han utilizado para contrarrestar ciertos efectos secundarios producidos por la quimioterapia (náuseas, vómitos, temblores).

Las benzodiacepinas (BDZ) siguen siendo el fármaco número uno por su eficacia y seguridad (cuadro 32.4). Últimamente existe preocupación por el uso de estas sustancias, pero, como señala Herrero y Massana, la preocupación y los ataques de las BDZ se han formulado a partir de pruebas escasamente concluyentes y con un predominio excesivamente emocional. No existen pruebas de que se "abuse" de las BDZ, todos los trabajos controlados indican que ocurre exactamente lo contrario, los pacientes tienden siempre a reducir la dosis y nunca a aumentarla. Existe un grupo marginal de abusadores de las BDZ, pero se trata de un grupo de poliadictos.

CUADRO 32.4
Benzodiacepinas

NOMBRE	COMIENZO ACCIÓN (min)	DOSIS mg/día	DOSIS EQUIVALENTE aprox./mg
Alprazolam	15-40	0,75-61	0,5
Clonacepam	20-60	0,5-6	
Cloracepato	20-60	10-30	7,5
Clordiazepóxido	15-45	10-60	10
Diacepam	15-45	6-30	5
Loracepam	15-45	2-5	1
Fluracepam		15-30	30
Halacepam		80-160	20
Pracepam		20-60	30
Temacepam		15-30	30
Triazolam		0,35-0,5	0,5
Oxacepam	45-90	10-60	15

Las BDZ se utilizan en el tratamiento de trastornos crónicos que pueden, por su propia naturaleza, precisar una administración indefinida; a nadie se le ocurriría sensatamente etiquetar de insulinadicto a un diabético, o de gafoadicto a quienes precisen usar gafas (habitualmente de forma permanente). La existencia de una dependencia a BDZ indica, solamente, que nunca debe suspenderse el fármaco de forma brusca. Si se efectúa una reducción de forma gradual, siempre, salvo el caso anteriormente mencionado de poliadictos, será posible eliminar la medicación sin mayores problemas.

Efectos secundarios

A las dosis terapéuticas y bajo control médico adecuado, los efectos secundarios indeseables son poco considerables.

- *Sedación:* Es el efecto indeseable más frecuente. La sobredosificación intencionada con estos fármacos suele ser relativamente frecuente y los casos de muerte atribuidos a sobredosificación con benzodacepina sola no han podido ser probados. La interacción con alcohol, otros tranquilizantes y depresores del sistema nervioso central afecta a la capacidad de atención, vigilancia, memoria y aprendizaje.
- *Dependencia psíquica:* Consiste en el sentimiento o creencia de que "no hay solución sin fármacos". Dependencia física y tolerancia: Hay cada vez más referencias en la literatura de la dependencia física a las benzodiacepinas, sobre todo tras su uso y/o abuso crónico. Cuando el control lo lleva el médico, el riesgo es escaso.
- *Desinhibición y agresividad:* El tratamiento puede dar lugar a una conducta

hostil y potencialmente agresiva. Trastornos de la memoria: Las benzodiacepinas pueden dar lugar a una amnesia anterograda (sobre todo en ancianos) y por benzodiacepinas de gran potencia y de vida ultracorta. Otros efectos indeseables: Atañen a sistemas y órganos periféricos, tales como hígado, sistema circulatorio o gastrointestinal. En los ancianos es preciso efectuar una dosificación cuidadosa.

BETABLOQUEANTES

Son fármacos que se comportan como antagonistas competitivos de la adrenalina o la noradrenalina a nivel de receptor beta-andrenérgico. El propanolol sigue siendo el fármaco de más uso y el patrón de comparación indiscutible para nuevos compuestos.

BUSPIRONA

Es un fármaco nuevo en el mercado español. Pertenece a la familia de las azaspironas, su mecanismo de acción no es bien conocido. Características: Bajo poder adictivo, no presenta síndrome de abstinencia, no produce sedación ni somnolencia, no tiene efecto terapéutico inmediato precisando un período de dos a cuatro semanas. Indicaciones: Ansiedad generalizada, especialmente en pacientes no tratados anteriormente con benzodiacepinas.

HIPNÓTICOS

Actualmente los hipnóticos más seguros, con menos efectos secundarios y más eficaces son las benzodiacepinas (que han relegado a la historia otros hipnóticos como los barbitúricos, hidratos de cloral, etc.); entre ellas se muestran especialmente eficaces como hipnóticos las moléculas de vida media corta, puesto que son eficaces como hipnóticos y no presentan problemas de acumulación ni sopor al día siguiente: fluracepam, triazolam, nitracepam, lormetacepam, quacepam, flu-nitracepam, loprazolam.

Los hipnóticos no benzodiacepínicos (las nuevas moléculas zolpidem y zopiclo-na) se muestran eficaces en inducir y mantener el sueño. Un producto más clásico, el clormetiazol, muy usado en Inglaterra y países nórdicos, resulta muy útil en los ancianos.

32.5. Sales de litio

Es el fármaco de más simple composición química, muy eficaz y rentable. El litio es utilizado en forma de sal por efecto sobre las fluctuaciones patológicas del humor. La sustancia activa es el ion Li+ y su presentación más frecuente es como carbonato de litio.

La vía de utilización es siempre oral, tiene una buena distribución y su equilibrio se alcanza tras 5-7 días de tratamiento continuado. Su eliminación renal compite con el sodio, por lo que hay que controlar los cambios de régimen alimenticio hiponatrémicos, y aquellas situaciones de sudoración profusa, vómitos, diarreas, etc.

Este fármaco, de sencilla utilización, requiere dos normas de utilización básicas:

a) Reconocimiento orgánico general con especial atención al corazón (ECG), riñón (estudio de la función renal), estudio de la función tiroidea y EEG.

b) Control de niveles plasmáticos de litio (especialmente al inicio del tratamiento). Hay un margen muy estrecho entre dosis terapéutica eficaz y dosis tóxica (niveles óptimos 0,6-1,2 meq/1). La extracción sanguínea para la analítica se realiza por la mañana tras 10-12 horas de la última dosis de la noche anterior.

Indicaciones terapéuticas

Trastornos afectivos, fundamentalmente en el trastorno bipolar. Presenta efecto antimaníaco y antidepresivo *per se*, y refuerza el efecto de los neurolépticos y antidepresivos. Efecto preventivo de recaídas *per se* en el trastorno bipolar y en la depresión mayor recurrente. También se utiliza en otros trastornos afectivos (depresiones mayores recurrentes, atípicas, resistentes), en trastornos de personalidad (obsesivo-compulsivos, *borderline* con inestabilidad emocional…) y en otros cuadros médicos como gota, litiasis renal, vértigos Meniére, etc.

Su dosificación se establece en dosis progresivas. Los efectos secundarios van en un *continuum*, desde leves hasta toxicomortales y se dividen en leves (náuseas, temblor); moderados (vómitos, diarrea, polidipsia, poliura, fatiga, acúfenos, temblor, ataxia…); graves (hipertonía, hiperreflexia, disartría, signos neurológicos, alucinaciones visuales…); muy graves (coma neurológico).

Las intoxicaciones por litio son de extrema gravedad y requieren tratamiento en UVI y estudio de daños neurológicos.

32.6. Carbamazepina

Es eficaz en la manía, en el trastorno bipolar de ciclo corto y algunos trastornos del comportamiento. Es una alternativa al litio. Su administración será gradual (200 mg/día), hasta alcanzar niveles plasmáticos de 4-12 mg/ml. Posee un potencial tóxico hemático y hepático y puede producir anemia aplásica (1/50.000 casos) y agranulopenias.

32.7. Cuidados de enfermería en la preparación y administración de

psicofármacos

Los medicamentos los prescriben principalmente los médicos. Los profesionales de enfermería que los suministran son responsables de sus propias acciones y deben conocer cada uno de los fármacos administrados; en caso de duda deben consultar el Vademécum. Las unidades de enfermería han de tener una zona designada para almacenar y guardar de forma segura los fármacos que han de ser suministrados a los pacientes, sin que en ningún momento éstos se hallen a su alcance. Los narcóticos se guardan en un armario con doble llave. Siempre que sea posible, es aconsejable trabajar con sistema de unidosis. *Unidosis* es la cantidad prescrita de medicación que cada paciente ha que recibir en el momento determinado; este sistema tiene menos errores y ahorra tiempo al personal de enfermería, siendo cada vez más utilizado en los centros hospitalarios, donde el Servicio de Farmacia desempeña progresivamente un papel más activo en la administración y evaluación de las prescripciones farmacológicas. A continuación se indican los principales cuidados de enfermería:

- *Hoja de órdenes de fármacos*. La orden de prescripción de psicofármacos se escribe generalmente en la historia del paciente, de allí es transcrito por el personal de enfermería o el médico, según los centros, a la hoja de órdenes de fármacos. Éstas varían en su formato, pero esencialmente constan de los siguientes apartados:

1. Nombre completo del paciente, número de habitación y cama. El nombre con los dos apellidos para evitar posibles confusiones. Como en España ciertos apellidos son muy comunes, en estos casos hay que prestar especial atención e incluir, también, el número de historia del paciente.
2. Fecha en la que se escribe la orden, incluyendo día, mes, año y la hora del día; así se evitan errores en los cambios de turnos de enfermería. Respecto a la hora es preferible utilizar el sistema de 24 horas por ser más claro y eliminar confusiones.
3. Nombre del fármaco, escrito claramente; en caso de duda es recomendable consultar el Vademécum.
4. Dosis, cantidad prescrita (es más correcto expresarlo en unidades farmacológicas que en número de comprimidos) y frecuencia de administración. Por ejemplo: Diacepam 5 mg tres veces al día, en vez de Diacepam 1-1-1.
5. Método de administración: especificar si es por vía oral, intramuscular, intravenosa, etc. Si el profesional de enfermería cree que la situación del paciente hace que la vía de administración prescrita sea inadecuada, debe hacérselo saber al médico correspondiente.

6. Firma del médico o profesional de enfermeía.

- *Prevención de errores en la preparación y administración de psicofármacos:* El personal de enfermería ha de disponer de todo su conocimiento y experiencia para evitar errores en la preparación y administración, prestando gran atención a que cada paciente reciba sus fármacos exactos, en las dosis exactas, a las horas exactas y por la vía correcta. Para prevenir errores en la preparación de las medicaciones, debe extremar las precauciones en aspectos como: leer la etiqueta del recipiente contenedor tres veces, la primera antes de cogerlo del estante, la segunda mientras toma la medicación del recipiente y la tercera tras colocar éste en su lugar de origen. No utilizar nunca fármacos que se hallen en recipientes sin etiquetar o que ésta sea ilegible, fármacos que estén turbios, o que hayan cambiado de color o sedimentados. Ante cualquiera de dichas circunstancias la actitud responsable consiste en devolverlos a la farmacia o tirarlos, según proceda.
- *Identificación del paciente*. En algo tan aparentemente sencillo como esto pueden producirse errores, y como consecuencia un paciente recibe el tratamiento pensado y destinado para otro. Lo más habitual es que haya una confusión de nombres y/o apellidos, especialmente aquellos más comunes como López, Martínez, etc. Dichos errores se reducen tomando una serie de medidas elementales: pronunciar claramente el nombre del paciente, o comprobar sus pulseras de identificación antes de administrar el fármaco.
- *Administrar el medicamento exacto*. Para estar seguros de ello, leer cuidadosamente las órdenes de medicación, comprobar cuidadosamente que coincidan el nombre de la medicación prescrita con el nombre del recipiente, y hacer lo mismo respecto a las dosis, horas y vía de administración ordenadas. Si a pesar de ello se produjeran errores en la administración de algún fármaco, conviene informar rápidamente a la enfermera jefe o supervisora para que ésta pueda corregirlo. Los errores se documentan en un formulario de incidencias de errores
- *Cerciorarse de que el paciente tome el medicamento*. Lo mejor es dárselo y que sea ingerido en nuestra presencia. La mayoría de los pacientes lo toman, pero otros lo guardan debajo de la lengua, o en otras partes de la cavidad bucal, para más tarde escupirlos (pacientes con ideas delirantes de envenenamiento, etc.), o por el contrario pueden ser acumulados hasta conseguir una dosis, supuesta o ciertamente, mortal por aquellos pacientes con inten-cionalidad suicida. En este caso es mejor darles la droga en forma de jarabes o disuelta en agua; después hay que intentar que el paciente hable formulándole alguna pregunta sencilla, le será imposible hacerlo con la boca llena. Los hipnóticos no deben dejarse en la mesilla del paciente sino administrarse de la forma antes mencionada. Respecto a las horas de

administración, conviene recordar que las medicaciones han de administrarse, siempre, dentro de los treinta minutos señalados en la orden dada, excepto las medicaciones que requieran darse a la hora exacta.

- *Registrar la medicación administrada*. Una vez finalizada la administración farmacológica, se anota en la hoja de registros correspondiente la hora de administración, nombre del fármaco, dosis, vía de administración y la firma del profesional de enfermería que dio la medicación. Cuando las medicaciones se omiten intencionalmente (y ello puede ser necesario antes de una prueba diagnóstica, etc.), ha de registrarse por escrito la omisión, las causas, y notificarse al médico prescriptor.
- *Prestar cuidados de enfermería mientras se suministra la medicación*. Bien ayuda física para administrar inyecciones intramusculares, intravenosas, realizar curas, etc., o bien apoyo cognitivo y emocional informando sobre las medidas que favorecen la efectividad de una medicación; informando por ejemplo que los psicofármacos administrados por vía oral se absorben más rápidamente si el estómago está vacío, o que ciertos fármacos irritan el tracto intestinal y serán mejor tolerados si se toman después de las comidas.
- *Evaluar la eficacia de la medicación* recibida por un paciente, y escribirlo en la correspondiente historia de enfermería de dicho paciente. El médico confía en las observaciones del personal de enfermería, al objeto de ajustar la dosis de un fármaco o sustituirlo si fuera necesario, siempre pensando en el bien del paciente, objeto último de las profesiones sanitarias. La evaluación puede ser:

– *Directa*, observando la respuesta del paciente, o indirectamente mediante inferencia de los datos suministrados por los pacientes. La respuesta a la medicación intravenosa puede ser detectada directamente casi de forma inmediata, tras administración intramuscular en un período variable que en ocasiones es relativamente corto, diez a veinte minutos tras la administración de un analgésico o un sedante, o en cualquier momento hasta pasados unos días tras la administración oral. El paciente ansioso puede mostrar los efectos de un tranquilizante con una conducta que refleja un nivel de estrés disminuido; la eficacia de un hipnótico puede ser evaluada por cómo duerme el paciente.
– *Indirecta*, obtenida mediante diálogo con los pacientes. La información que debe ser contrastada con sus conocimientos psicofarmacológicos. Un paciente puede decir que un analgésico sólo es eficaz, en su caso, durante un período determinado de tiempo; otro paciente puede sentirse con náuseas tras la ingestión de un fármaco, etc.

- *Evaluar los efectos secundarios de un fármaco*, directa e indirectamente como anteriormente se ha señalado.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

GONZÁLEZ MONCLÚS, E.: *Psicofarmacología aplicada*. Organón Española. Barcelona, 1993.

HERRERO, L. y MASSANA, J.: "Tratamiento farmacológico de los estados de ansiedad", en GONZÁLEZ MONCLÚS, *Psicofarmacología aplicada* (135-147). Organón Española. Barcelona, 1993.

HYMAN, S .E.: *Manual de urgencias psiquiátricas*. Salvat. Barcelona, 1987.

KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J: *Manual de farmacoterapia en psiquiatría*. Waverly Hispánica. Buenos Aires, 1993.

MOIZESZOWICZ,J.: *Psicofarmacología psicodinámica. Paidós*. Buenos Aires, 1982.

VALLEJO RUILOBA, J. et al.: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 3ª ed. Salvat. Barcelona, 1991.

33

Monitorización y cumplimiento terapéutico

OBJETIVOS

- Conocer el elevado nivel de incumplimiento de los pacientes psiquiátricos.
- Capacitar al profesional de enfermería para evitar las consecuencias del incumplimiento.
- Conocer los métodos directos e indirectos de monitorizar a los pacientes psiquiátricos.
- Incorporar a las funciones psicoeducativas del profesional de enfermería las relacionadas con el mayor incumplimiento.
- Analizar los fundamentos de una mejor comunicación terapéutica.

33.1. Cumplimiento terapéutico

En términos generales el *cumplimiento* se define como el grado de adecuación entre la conducta del paciente, en cuanto a toma de medicación, modificaciones de hábitos y de estilos de vida, y las prescripciones realizadas por los profesionales sanitarios (médicos y personal de enfermería principalmente).

Debido al carácter en cierto modo autoritario de la palabra "cumplimiento", Sackett, Haynes y Taylor señalan como se han intentado buscar otras denominaciones para este mismo concepto. Así surgieron los términos "adherencia", "observancia", que a pesar de su talante más democrático no lograron imponerse al término cumplimiento, que es el que aparece más comúnmente en la literatura al respecto.

En función de la definición anterior, se entendería por *incumplimiento terapéutico* los aspectos reflejados en el siguiente cuadro.

INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO
• DOSIS: Inadecuación con la dosis prescrita, tanto por defecto como por exceso. • DOSIS/DÍA: Alteración de los intervalos entre dosis prescritos. • DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: Acortamiento o prolongación de la duración prescrita. • USO DE MEDICACIONES NO PRESCRITAS

Los diferentes autores señalan el problema del incumplimiento terapéutico como una de las causas más importantes del fracaso terapéutico y de recaídas o recurrencias. Establecen cifras de incumplimiento en torno al 40-50%, cifras que aumentan en el caso de enfermedades crónicas, asintomáticas y cuando las medidas que no se cumplen o que son incorrectamente seguidas hacen referencia a modificaciones de hábitos y estilos de vida y a medidas de prevención de la salud.

MAGNITUD DEL INCUMPLIMIENTO
• 40-50% de todo tipo de tratamientos • Tasas mayores en el caso de: – Enfermedades crónicas (depresión = 62%) – Asintomáticas (hipertensión = 56%) – Modificación de hábitos (tabaco = 90%) – Modificación del estilo de vida (70%) • Mayor rechazo en las medidas profilácticas

Prados Castillejo (1992) cuantifica el problema del incumplimiento en función de la

regla de los tercios: aproximadamente un tercio de los pacientes no hace nada del tratamiento prescrito, un tercio lo realiza sólo en parte, y sólo un tercio lo hace correctamente.

33.2. Cumplimiento en la enfermería psiquiátrica

En la enfermería psiquiátrica se dan las mayores tasas de incumplimiento terapéutico, pudiendo estar explicado en parte por la necesidad de tratamientos prolongados para evitar recidivas y reingresos hospitalarios. Así, Sackett (1978) situaba por encima del 60% la tasa de incumplimiento en el caso de pacientes depresivos.

Estudios recientes han determinado las consecuencias sociosanitarias de estas elevadas tasas de incumplimiento en los trastornos depresivos, que se recogen en el siguiente cuadro.

CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS (Feighner, 1992)
• Sobreutílización de los servicios de atención primaria. • Excesivo uso de los tests de laboratorio. • Aumento del riesgo de intentos de suicidio. • Mayores períodos de incapacidad laboral. • Repercusiones psicofísicas en el resto de los miembros de la familia, con el consiguiente uso de los servicios de atención a la salud. • Aumento de la probabilidad de separación y divorcio. • Incremento del número de hospitalizaciones.

Debido al fenómeno del incumplimiento aparecen una serie de problemas directamente derivados de él, que son:

- Ineficacia del tratamiento.
- Aparición de resistencias.
- Cronificación de la enfermedad.
- Toxicidad.

Estos problemas se traducen en un aumento de los costos terapéuticos.

En el caso de la esquizofrenia, el fomento del cumplimiento de la medicación prescrita ha constituido siempre un reto. Kane (1991) sugiere una serie de factores presentes en estos pacientes, que todavía dificultan más el buen cumplimiento terapéutico:

• Falta de conciencia de enfermedad.

- Falta de perspectiva.
- Expectativas poco realistas.
- Efectos adversos no identificados o no tratados.

Naber (1994) pone de manifiesto que la baja tasa de cumplimiento observada en los pacientes esquizofrénicos (40-75% en pacientes ambulatorios) puede ser explicada en parte por los efectos subjetivos de *anhedonia farmacógena* o *depresión akinética* producidos por los neurolépticos convencionales.

33.3. Evaluación del grado de cumplimentación

Existen medidas directas e indirectas para determinar el grado de cumplimentación del tratamiento por parte de los pacientes.

Los *métodos directos* se basan en la determinación del fármaco, de sus metabolitos o de algún marcador añadido al fármaco en fluidos o tejidos del paciente. Estos métodos presentan los siguientes inconvenientes:

- No todos los fármacos se pueden detectar.
- Son métodos muy costosos.
- Sólo informan del uso reciente.
- Están sujetos a variaciones farmacocinéticas interpersonales.

Dentro de los *métodos indirectos* figuran los resultados terapéuticos, los efectos secundarios, los marcadores fisiológicos, las entrevistas estructuradas, el recuento de pastillas y la repetición de recetas.

De todos ellos, el más utilizado y válido es la entrevista con el paciente. Para mejorar su eficacia es recomendable la existencia de un clima comunicador, realizar preguntas facilitadoras, etc. El personal de enfermería realiza habitualmente con plena solvencia esta monitorización terapéutica.

33.4. Factores generales que mejoran el cumplimiento terapéutico

Existen una serie de variables de la entrevista clínica y de la relación terapéutica enfermero-enfermo que facilitan el cumplimiento por parte de los pacientes.

Dentro de las variables intervinientes a nivel de la *entrevista clínica*, hay que considerar:

a) Contenido de la información. Es preferible seleccionar la información que se va a proporcionar al paciente, ya que un exceso de la misma conduce, en muchos casos, a confusión.

Es importante informar sobre la enfermedad y su pronóstico y sobre el

tratamiento, señalando los pros y contras de la toma o no del mismo, explicando la necesidad de no abandonar el tratamiento, etc.

CONTENIDO DE LA INFORMACIÓN (Prados Castillejo, 1992)

- Consejos específicos.
- Pautas simplificadas.
- Información sobre la enfermedad y el pronóstico.
- Información sobre el tratamiento (efectos, utilidad final, efectos colaterales y su manejo).
- Información de los pros y contras de la toma o no del tratamiento.
- Necesidad de finalizar los tratamientos.

b) Técnicas de información. Se procurará utilizar un lenguaje sencillo, adaptado al nivel cultural del paciente, y en caso de ser necesaria la utilización de términos específicos, explicarlos lo mejor posible.

Es conveniente poner especial énfasis en los aspectos más importantes del tratamiento, que se intentarán categorizar y se repetirán hasta estar seguros de que el paciente los ha comprendido y asimilado. Si es necesario se puede recurrir a dibujos o complementos visuales que facilitan la comprensión y el recuerdo.

También es conveniente facilitar la información por escrito de forma clara, con frases cortas y de fácil lectura.

Además, es importante que en la transmisión de información exista bidireccionalidad, es decir, que el paciente pueda expresar en cualquier momento sus dudas, opiniones y expectativas con respecto al tratamiento.

	TÉCNICAS DE INFORMACIÓN (Prados Castillejo, 1992)
	• Frases cortas, con lenguaje adaptado al paciente.
ELEMENTOS GENERALES	• Decir primero lo más importante y enfatizarlo.
	• Bidireccionalidad en la comunicación, no cuipabillzar.
	• Racionalización del tratamiento.
	• Medidas encaminadas a un mejor entendimiento y asimilación del tratamiento por parte del paciente (categorización, repetición, complemento visual información escrita, etc.).
ELEMENTOS	• Exploración de creencias (expectativas…).

TÉCNICOS	• Participación en la toma de responsabilidades.
	• Aumento de la supervisión:
	– Por el propio profesional.
	– Por la familia.

En cuanto a las variables de la *relación terapéutica enfermero-enfermo*, existen aspectos que dependen:

1. Del profesional de la salud, como son la actitud (abierta, honesta, empática, supervisora, etc.) y su capacidad para aportar la información.
2. Del paciente, en relación con sus creencias respecto a la enfermedad (seriedad, consecuencias, etc.) y al tratamiento (eficacia), y con otros factores como puede ser la presencia de historia previa de no adherencia, la inestabilidad familiar, etc.
3. De la entrevista, en cuanto a la capacidad para informarse e informar.
4. Del entorno de la entrevista, como son el cuidado personalizado, la continuidad de los cuidados, la existencia de buenos lazos entre la asistencia intra y extrahospitalaria, etc.

33.5. Objetivos para lograr el cumplimiento terapéutico

Uno de los objetivos primordiales de la práctica psiquiátrica hoy en día es conseguir un buen cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes.

Para ello, el profesional de enfermería ha de intentar alcanzar los siguientes objetivos:

- Obtener una buena cooperación del paciente.
- Control de la eficacia.
- Control de los efectos secundarios.
- Asegurar el ajuste de la dosis por psiquiatra.
- Evitar riesgo de toxicidad.
- Evitar riesgo de habituación.

Para obtener una buena cooperación por parte del paciente, el profesional de enfermería psiquiátrica cuenta con las siguientes estrategias:

COOPERACIÓN DEL PACIENTE

- Establecer una transferencia positiva.
- Motivar la colaboración familiar.
- Reforzar la conciencia de enfermedad:
  - Recordar los aspectos negativos de la enfermedad.
  - Reforzar el deseo de mejoría.
- Explicar la necesidad de tratamiento.
- Advertir sobre los efectos secundarios.
- Apoyo psicológico para mejorar la tolerancia.

Para controlar los efectos secundarios, el profesional de enfermería deberá realizar lo siguiente:

CONTROL DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS

- Conocer los efectos secundarios de los distintos medicamentos.
- Motivar al paciente para el control de los mismos:
  - Advertirle de su posible aparición.
  - Motivarle para que los refiera.
- Motivar e informar a la familia.
- Observación diaria.
- Apoyo psicológico para mejorar la tolerancia.

En cuanto al ajuste de la dosis y a la evitación del riesgo de toxicidad, existen una serie de procedimientos que se reflejan de forma esquemática en los cuadros siguientes.

En resumen, los pacientes y familias que precisan cuidados y tratamientos psiquiátricos necesitan un mayor grado de monitorización de las intervenciones psicológicas y biológicas.

En estos pacientes la labor del profesional de enfermería psiquiátrica resulta crucial, no sólo desde el punto de vista de la recuperación, sino también en la prevención de recaídas o recurrencias, y sobre todo, en la prevención de conducta autolítica.

ASEGURAR AJUSTE DE LA DOSIS

- Saber que es el psiquiatra quien está capacitado para el correcto manejo de los medicamentos.
- Informarse adecuadamente de:
  - Efectos secundarios.
  - Efectos positivos.
  - Cumplimentación.
  - Curso de la enfermedad.
- Estimular cumplimentación.

EVITAR RIESGO DE TOXICIDAD

- Conocer el riesgo de toxicidad:

– Margen de sobredoslficación.
– Efectos tóxicos del fármaco.
– Procedimientos de urgencia.
– Antídotos y vías de eliminación.

- Evitar manejo por parte del paciente:

– Control de la administración.
– Minimizar las dosis al alcance del paciente.
– Motivar a la familia.

- Motivar al paciente:

– Animarle contra ideas suicidas.

– Realizar contrato terapéutico.

- Control del riesgo suicida:

– Grado de elaboración de la idea.
– Grado de preparación.
– Evaluación del riesgo suicida.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

BOBES GARCÍA, J. et al.: *Depresión y ansiedad. Aspectos clínicos y terapéuticos*. Col. Tiempos Médicos. Editores Médicos. Madrid, 1993.

KISSLING, W.: *Directrices para la prevención de recidivas de la esquizofrenia con neuro-lépticos*. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona, 1994.

MARTÍN ZURRO, A. y CANO PÉREZ, J. F.: *Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta*, 2ª- ed. Doyma. Barcelona, 1989.

PRADOS CASTILLEJO, J. A.: "Importancia de la relación médico-enfermo y la entrevista clínica en el cumplimiento del tratamiento" en *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, vol. 16 (9): 209-216. Madrid, 1992.

34

Psicoterapia individual

OBJETIVOS

- Conocer la estructura fundamental de la realidad psíquica: su división entre consciente e inconsciente.
- Tener unas ideas básicas sobre el modo de funcionamiento del inconsciente.
- Tener en cuenta los efectos del inconsciente en el trabajo con los pacientes y deducir la forma de actuar pertinente que de ello se deriva.
- Comprender y asumir lo que el profesional de enfermería representa para el paciente y el lugar que ocupa, para dar un carácter terapéutico a su actuación.

34.1. Concepto de psicoterapia

La psicoterapia es el *tratamiento por medios psíquicos*. En un sentido amplio abarca múltiples métodos surgidos de la experiencia humana: sugestión, hipnosis,

reeducación, etc. En realidad, conseguir por medios psíquicos algún efecto sobre otro sujeto es algo tan antiguo como el lenguaje en el ser humano. Todas las "técnicas" tienen en común el efecto que produce la palabra en el sujeto.

Sólo en el último tercio del siglo XIX, tras el inmenso desarrollo de la ciencia, comienza a abordarse de forma científica la posibilidad de tratamiento por medios psíquicos. Charcot y Breuer comienzan a aplicar los conocimientos de su tiempo al estudio de una serie de fenómenos producidos por la hipnosis y la sugestión, y a unos síntomas cuyo origen o causa no aparecen con claridad. Irán definiendo unos síntomas que son producidos por causas o medios psíquicos y cuyo mecanismo actúa por fuera del campo que llamamos consciencia. Es decir, que algo que se escapa a la consciencia, que no se conoce por el sujeto, actúa determinando unos efectos que son los síntomas psíquicos y somáticos que se perciben en la clínica.

De esta forma, tantos fenómenos que se atribuían a fuerzas divinas o demoníacas, a la acción de los astros o a "fuerzas ocultas", podrán encontrar una explicación a partir de una causalidad científica.

34.2. Descubrimiento del inconsciente

Sigmund Freud fue elaborando, por deducción de diversos fenómenos estudiados por él, una teoría que diera cuenta del modo de funcionamiento del psiquismo de los seres humanos.

Su teoría explica que la vida consciente está determinada por una instancia que escapa a nuestro conocimiento y que denominó *inconsciente*. Concepto que ya se utilizaba pero del que Freud dio su definición y su estatuto científico, especialmente en sus obras *La interpretación de los sueños, Psicopatología de la vida cotidiana* y *El chiste y su relación con lo inconsciente*. En ellas describe los modos de operar de la actividad psíquica del inconsciente y los medios a través de los que se manifiesta en la realidad consciente.

Así, ante algún síntoma, una parálisis, por ejemplo, que no tuviera causa orgánica, Freud dedujo que dicha parálisis se debía a un afecto no consciente para el enfermo. Es decir, a una representación con contenido afectivo que no era conocida por el *yo* del paciente. El inconsciente, por tanto, se articula como *otro pensamiento*, que funciona por debajo o por fuera de la consciencia y que produce efectos en la realidad apreciable. Esta concepción permite pensar que esos efectos, los síntomas, puedan ser descifrados, en tanto que corresponden a "pensamientos" inconscientes, es decir, que tienen significaciones expresables a través del lenguaje.

Esta nueva concepción sobre el psiquismo humano que supone que no es el Yo (ese yo con el que pensamos y que creemos omnipotente sobre la vida psíquica) sino un Otro, el sujeto de nuestros pensamientos inconscientes, quien determina nuestra vida, supuso una revolución conceptual que ha influido en gran medida en la cultura del siglo XX. Este revolución opera un descentramiento del Yo, lo desaloja de ese lugar de centro

de la vida psíquica y abre una nueva vía de actuación sobre la realidad psíquica, y una nueva terapéutica.

34.3. La estructura del inconsciente

La constitución del sujeto humano y su psiquismo es el resultado del encuentro del ser viviente con el mundo simbólico del lenguaje. El ser humano adquirirá un conjunto de funciones biológicas, pensamiento, habla, etc., que estarán todas determinadas por un conjunto de representaciones simbólicas. El sujeto humano "cede" algo de su ser vivo, de sus instintos, para aceeder a su ser social, para instalarse en el mundo, para tener una identidad en relación a los otros donde pueda reconocerse.

Pero esa operación de recorte de lo instintivo o pulsional es una operación compleja, es lo que Freud llamó de manera metafórica *el complejo de Edipo*. Se trata de que un sujeto acceda a perder parte de su satisfacción instintiva, de su *goce*, para establecer así su vínculo social con los otros. A esa pérdida de goce Freud la llamó simbólicamente *castración*.

De cómo se realiza esta operación, de sus particularidades, avatares y características, dependerá la configuración inconsciente de un sujeto y por tanto su posición respecto al *Otro* (entendido como conjunto de determinaciones constituido por los ideales, prohibiciones, valores culturales y la propia ley que impone los límites al goce), y a los *otros* (mundo de los objetos, de los semejantes y de las cosas); pues el sujeto humano viene a un mundo preexistente con el que, a través del lenguaje, encontrará su lugar.

Pero no es posible renunciar completamente a ese goce pulsional, a esa reclamación de los instintos del cuerpo. El mundo simbólico de los ideales y valores del Otro no llega a cubrir totalmente el mundo pulsional. Algo de goce queda siempre de más o menos irrenunciable para un sujeto. Esa parte del goce pulsional a la que no se renuncia remite a las dificultades entre los seres humanos. Esa parte de goce que se reclama, revestida de diversas palabras y discursos, es la que genera el malestar en la civilización, el que siempre haya algo que anda mal: sufrimientos, guerras, fracaso de las utopías. Imposibilidad, en una palabra, de realización de un ideal. Por eso cuando algo no marcha bien en un sujeto, cuando sus determinaciones simbólicas no resultan armónicas con sus exigencias pulsionales, ese algo pulsional irreductible emerge del inconsciente atravesando la barrera que le separa de lo consciente y se producen los síntomas.

También hay otros medios por los que algo del inconsciente puede salir a la superficie. Se trata de lo que Freud llamó las *formaciones del inconsciente:* además de los síntomas, los sueños, los actos fallidos y los lapsus. Son los procesos en los que algo atraviesa la barrera que separa lo inconsciente de lo consciente. Es decir, hay un pensamiento inconsciente, un Otro escenario donde se juegan los destinos de un sujeto. El inconsciente, por tanto, funciona con las leyes del lenguaje.

34.4. El complejo de Edipo

El ser humano nace en un estado de indefensión, completamente incapaz de valerse por sí mismo, y su acceso al mundo depende de un Otro que se encargue de él, es lo que entendemos por una madre. Un sujeto humano es un efecto del encuentro del ser viviente con un Otro que habla, la madre, que aparece como omnipotente y omnipresente. El conjunto de satisfacciones y pérdidas que se van generando en la relación del niño con ese Otro materno constituyen la economía libidinal, ganancias y pérdidas del goce pulsional obtenidas con la alimentación y el conjunto de cuidados y prácticas de la madre con el niño.

El niño deberá salir de ese mundo para instalarse como un sujeto hablante. Deberá posteriormente renunciar a esas satisfacciones y los deseos consiguientes respecto a la madre. Es decir, tendrá que desprenderse de ese vínculo intenso con ese Otro materno. Es aquí donde debe actuar la lógica separadora que constituye la *función paterna*. La función paterna opera en el niño como una amenaza si no renuncia a sus impulsos hacia la madre. Esta amenaza se llama *amenaza de castración* en función de que el niño llega a considerar que puede perder algo mucho más importante si no cede a los deseos incestuosos. Lo que puede perder el niño se representa en la realidad por el pene, ya que es el órgano que marca la diferencia entre los sexos. Por esa razón el pene adquiere un valor especial y eso es lo que significa el término *falo*. La niña, en cambio, atraviesa el *complejo de castración*, lo que supone aceptar no tener algo, la ausencia de falo, que constituirá la posición femenina.

La posición inconsciente en relación al falo es lo que constituye la definición sexual del sujeto.

34.5. Las estructuras clínicas

De las modalidades en que se produce el paso por el complejo de Edipo se derivan las diferentes estructuras clínicas:

a) En el caso del no atravesamiento del complejo de Edipo nos encontramos con la *psicosis*. No se ha producido el ordenamiento pulsional por la operación de la castración y queda fuera de la articulación simbólica. Esto será el origen del delirio, donde se rompe la ligazón que existe entre las palabras, los significantes y sus significados. De ahí que cualquier cosa pueda tener una significación cualquiera. Según el tipo de trastorno simbólico que se produzca dará origen a un tipo u otro de psicosis.

b) Cuando se produce el atravesamiento del complejo de Edipo, nos encontramos con la *neurosis*. Aquí el sujeto queda ligado a las

significaciones del mundo del lenguaje. Lo pulsional que no queda simbolizado producirá angustia y síntomas. Según las modalidades con que un sujeto se arregla con ese exceso de goce pulsional se construyen las diferentes neurosis: histeria, obsesión y fobia.

c) Hay otra forma de responder ante la ley del Edipo que exige la renuncia a cierto goce. Consiste en negar esa ley, tratar de alcanzar esa satisfacción más allá de la prohibición del Edipo. Se trata de la *perversión*.

34.6. El síntoma

El goce pulsional inconsciente puede ser percibido por el Yo en la consciencia como algo displacentero. El síntoma es una transacción entre ese goce inconsciente y el rechazo que produce.

En el recién nacido no hay una localización de la satisfacción pulsional. Ésta se encuentra repartida por toda la superficie del bebé. En el niño se va realizando un proceso de simbolización, de constitución de zonas erógenas, en la dialéctica que se establece con la madre, mediante el cual su organismo se va a convertir en un cuerpo humano. Y también sus funciones fisiológicas quedarán reguladas en un contexto cultural.

Un trauma es un suceso afectivo que no ha podido ser elaborado por un sujeto. Una experiencia que no ha podido ser asimilada por las articulaciones simbólicas que enmarcan sus satisfacciones pulsionales. El exceso de goce inconsciente que produce el trauma será la causa del síntoma; es decir, el *síntoma* es la expresión de un contenido conflictivo que no ha llegado a tener una representación en la consciencia. Un contenido afectivo que no pudo ser puesto en palabras y que trastorna al sujeto.

Los síntomas pueden permanecer en un sujeto porque son mantenidos por el inconsciente, debido a una satisfacción retenida que produce una fuerza de inercia que sostiene el síntoma. Esto es lo paradójico: que aquello de lo que un sujeto se queja, le hace sufrir, es mantenido por él en el inconsciente. Hacia esta paradoja se dirige el psicoanálisis para tratar de resolverla.

Cuando alguien pide ayuda es porque algo ha desencadenado un proceso en el que sus mecanismos habituales para arreglárselas con sus pulsiones se ha alterado. Algo no marcha y se impone la dificultad para un sujeto de convivir con su síntoma.

Para tratar los síntomas por medio del psicoanálisis, es preciso que un sujeto acepte que los síntomas de los que se queja tienen en él su causa. No colocar el origen de los males en el mundo exterior, sino asumir su responsabilidad en lo que le concierne. Es precisa esta rectificación subjetiva para poder psicoanalizarse.

Cuando un sujeto supone que sus síntomas, que lo que le ocurre tiene un significado y se pregunta por ello, puede acudir a un psicoanálisis.

34.7. El dispositivo analítico

Freud, tras plantearse la hipnosis como forma de acceso al inconsciente, finalmente desecha ese método e inventa lo que llamará la *asociación libre*. Consiste en invitar a un sujeto a hablar de todo lo que se le ocurra, sin omitir nada. El dispositivo analítico crea una forma totalmente nueva en el campo de las relaciones humanas. Hablar de todo, sin límite, ante un otro que escucha, es una situación radicalmente diferente. El psicoanálisis modifica el hecho mismo del habla. Pronto se descubre que hay dificultad para decir cosas, y que también se dice más de lo que se quiere; que al hablar se crea un interlocutor que se encarna en el otro que escucha.

La petición de hablar de lo que sea, de asociar libremente, tiene como objetivo que en el decir vaya articulándose lo que en el inconsciente está ya desde antes. Por tanto, se trata de que un sujeto pueda llegar a decir lo que el inconsciente ya sabe. En la medida en que un sujeto va hablando, se revela una lógica en lo que dice.

A través de la asociación libre irán surgiendo las cuestiones conflictivas de manera recurrente, haciendo que lo que es traumático para un sujeto retorne siempre en su decir.

34.8. La transferencia

El dispositivo analítico presupone que alguien, el analizante, se dirige a un otro, el analista, de quien supone que sabe acerca de lo que le ocurre. Y le dirige una petición, una demanda de ayuda.

Por el solo hecho de esta estructura, se crea una relación específica entre el psicoanalizante y el psicoanalista. El psicoanalizante irá transfiriendo al psicoanalista, es decir, poniendo en él, atribuyéndole un conjunto de afectos y contenidos que se irán desplegando a través del psicoanálisis. Se trata de representaciones que surgen del inconsciente y resultan así, a través de la transferencia, actualizadas.

La transferencia supone una nueva conceptualización sobre la comunicación interpersonal. Ya no se trata de un modelo de comunicación simétrico: del Yo del analizante al Yo del analista, del emisor del mensaje y del receptor del mismo. El concepto de transferencia, al incluir los contenidos del inconsciente, incluye, al menos, un tercero en esa intercomunicación. Ese tercero es lo que Jacques Lacan llama el Otro del inconsciente, que gobierna los destinos del sujeto.

La transferencia en sí misma es, por tanto, una manifestación del inconsciente. El amor o el odio, la agresividad, la dependencia, el temor que surgen en la transferencia, en las formulaciones particulares de cada paciente, son expresiones de las posiciones de un sujeto en las relaciones fundamentales de su vida con los personajes y objetos que han tenido o tienen importancia para él.

La transferencia es el objeto científico del psicoanálisis, aquel sobre el que hay que operar para que una cura se desarrolle. Más allá de las sugestiones, los

convencimientos, los imperativos, los consejos, etc., el psicoanálisis pretende actuar sobre la raíz, la causa material de los síntomas, lo que los determina desde su realidad del inconsciente.

Para ello, la transferencia será un medio operativo fundamental, que debe permitir desplegar a un sujeto sus representaciones reprimidas para hacer así la luz respecto a ellas.

34.9. La interpretación

Cuando una persona se pregunta por sus males, sus síntomas, su sufrimiento, es que supone que tienen una significación; considera que hay un saber sobre sí mismo que no conoce, se dirige hacia alguien que supone que puede saber sobre ello. Ése es el comienzo de la transferencia y lo que permite iniciar un psicoanálisis.

Pero en la interrogación sobre los síntomas y su significación se sostiene una pregunta del sujeto que apunta más lejos. Se busca la curación de los síntomas, pero se espera, más allá, una respuesta sobre *qué soy, qué deseo*. Alguna significación consistente para remediar la división subjetiva que caracteriza al ser humano.

En realidad el psicoanalista desconoce todo del inconsciente del sujeto que le pide ayuda. Por eso, el psicoanalista no le da conocimientos elaborados al paciente. El psicoanalista (y aquí anida la dimensión ética del psicoanálisis) le propone al paciente un método de trabajo que le permita ir construyendo al paciente mismo un saber sobre su inconsciente, que le permita conseguir formular con palabras lo que no pudo ser dicho, desvelar las representaciones inconscientes que constituyen los conflictos y llevarle al sujeto a una elección sobre lo que desea. A través de ese trabajo el sujeto podrá llegar a las últimas determinaciones de su vida, alcanzar lo que le causa malestares. El psicoanalista, al final del trabajo analítico, ocupará el lugar de aquello que puede dejarse de lado.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

FREUD, S.: "La interpretación de los sueños", "Tres ensayos sobre la teoría sexual" e "Inhibición, síntoma y angustia", en *Obras completas*. Biblioteca Nueva.

LACAN, J.: *Escritos I y II*. siglo XXI de España Editores. Madrid.

35

Psicoterapia de grupo, pareja y familia

OBJETIVOS

- Conocer los diferentes tipos de psicoterapia de grupo, de pareja y familiar que existen.
- Saber las indicaciones de cada tratamiento.
- Conocer los modelos teóricos que están en la base de las diferentes técnicas.

35.1. Enfoque social de la psicología

Desde sus orígenes como ciencia en el siglo XIX, de la mano de Wundt en su laboratorio de Leipzig, la psicología se centraba en los aspectos individuales dejando de lado una visión más social del individuo. Con el tiempo, la psicología ha pasado de lo "individual" a lo "social" en el origen de los conflictos, a estudiar al individuo en sus relaciones con los otros y a tratarlos, no como individuos aislados, sino como miembros de una comunidad. Todo ello ha dado lugar en los últimos años al gran desarrollo de las

psicoterapias de grupo, pareja y familia.

En este capítulo se analiza por separado cada tipo de psicoterapia, pero partiendo de la idea de que las tres salen de un mismo tronco, siendo diferentes el medio y el modo de aplicación.

35.2. Psicoterapia de grupo

La *psicoterapia de grupo* es un tratamiento en el que las personas emocionalmente enfermas, perfectamente seleccionadas, se incluyen en un grupo de personas, que guiadas por un terapeuta tienen el propósito de ayudarse unos a otros a desarrollar su personalidad y a vencer sus problemas disfuncionales.

Es importante en este tipo de tratamiento la perfecta selección de los miembros del grupo, el encuadre, las condiciones físicas y no físicas y la aplicación de una serie de maniobras técnicas.

35.2.1. Revisión histórica

La *psicoterapia de grupo* ha estado influida por numerosas filosofías y personas, tanto americanas como europeas, aunque quizás se puede considerar a los primeros como los innovadores y contribuidores más importantes.

Desde un punto de vista histórico, en EEUU se encuentran los trabajos de Pratt, médico internista que comenzó su experiencia grupal con enfermos tuberculosos y a quien se le considera el iniciador de la práctica de la terapia de grupo. A partir de este momento otros autores, como Mars, Lazell, Burrow, llevaron a cabo este tipo de tratamiento con enfermos mentales.

Los enfoques teóricos que están en la base de las diferentes técnicas grupales son:

ENFOQUES	AUTOR
• Corriente psicoanalítica.	Freud, Bion, etc.
• Corriente dinamista.	Lewin
• Corriente interaccionista.	Bales
• Corriente psicodramática.	Moreno
• Corriente conductista.	Varios autores
• Corriente potencial humano (análisis transaccional).	Berne
• Grupos gestálticos.	Perls
• Grupos de encuentro.	Rogers
• Teoría general de sistemas.	Bateson

A) Psicoanálisis

Dentro del enfoque psicoanalítico, el origen de todos los trabajos grupales está en la obra de Freud, que a partir de su trabajo *Psicología de las masas y análisis del Yo* plantea sus aportaciones a la psicología social y de los grupos.

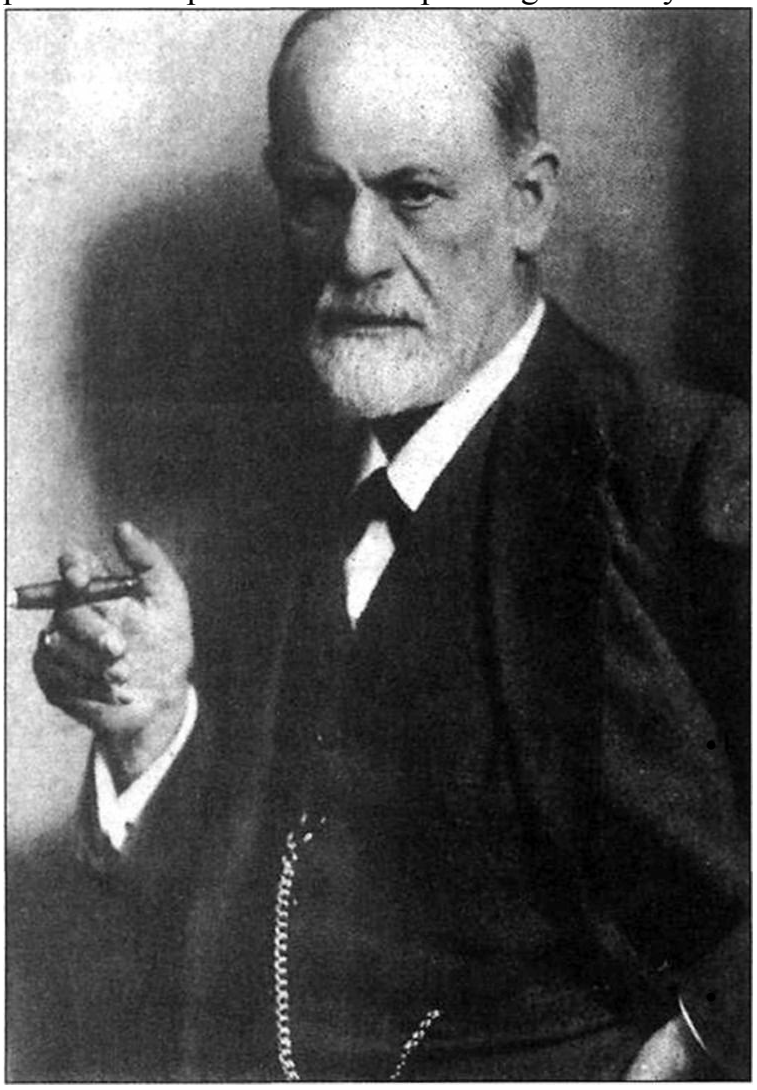


FIGURA 35.1. Sigmund Freud, el padre de la psiquiatría contemporánea, creador del método psicoanalítico.

Autores psicoanalíticos importantes por sus aportaciones en este campo son: Wender, Schilder, Slavson, M. Klein, Bion, D. Anzieu, R. Kaes, Foul-kes y Anthony (creadores de la *terapia grupoanalítica)*, Pichon-Riviere y Balint, con la creación de los llamados Grupos de Formación.

Entre estos autores se encuentran dos tendencias:

Aquellos que consideran el grupo como "un lugar donde el individuo proyecta sus deseos y frustraciones", por lo que se analizaría al individuo en una situación de grupo.

Los que consideran el "grupo como totalidad", donde lo que se analiza son los fenómenos psicodinámicos del grupo como un todo indivisible.

B) Corriente dinamista

El creador de esta teoría es K. Lewin (1936) que acuñó el término *dinámica de grupos*. Para él los actos de un individuo se deben explicar a partir de la naturaleza de las fuerzas sociales, el campo al que el individuo se halla expuesto. Es importante su concepción del grupo como un todo.

C) Corriente interaccionista

El máximo representante es Bales. Según esta corriente lo importante del grupo es lo manifiesto, lo consciente y las relaciones que se establecen entre los miembros del mismo.

D) Corriente psicodramática

Esta corriente nace con Moreno en el año 1925. Aparece desarrollada en el capítulo 36 de este libro.

E) Corriente conductista

Aunque el *conductismo* sea en principio un marco teórico alejado de lo grupal, se han realizado con este enfoque terapias de grupo, con excelentes resultados. Se ha aplicado en el tratamiento de fobias, trastornos obsesivo-compulsivos, entrenamiento en habilidades sociales y en disfunciones sexuales (Marks, 1986). En este tipo de terapias la situación de grupo sirve para afrontar patologías individuales, actuando como reforzador social y estímulo provocador de respuestas.

F) Movimiento de potencial humano

Actualmente bajo la denominación de *movimiento de potencial humano* se agrupan una serie de líneas y tendencias orientadas por los principios de la psicología humanista. Reúnen como característica común ser una alternativa al psicoanálisis y al conductismo, sosteniendo en el centro de sus formulaciones la posibilidad terapéutica del crecimiento personal.

Dentro de este movimiento se puede encuadrar el enfoque de E. Berne, creador del *análisis transaccional*. Este autor creó un sistema unificado de análisis individual y social aplicable a todo tipo de relación humana. Utiliza como procesos de abordaje la introspección y la intelectualización. Parte de la idea de que en la persona hay tres partes: el niño, el adulto y el padre (PAN) y que en la situación grupal cada sujeto puede relacionarse con cada parte del otro.

G) Grupos gestálticos

Los grupos gestálticos tienen su origen en las teorías sobre la percepción desarrolladas en Frankfurt. Perls es el que desarrolla más tarde la *psicoterapia gestáltica grupal*. Toma elementos del psicoanálisis y de la psicología existencial. Se centra en el "aquí" y "ahora" y en el análisis de las vivencias.

H) Grupos de encuentro, grupos-T y grupos de sensibilización

Estos grupos se diferencian de la psicoterapia de grupo tradicional en que en un principio era una técnica educativa y no un tratamiento, por lo que se exigía que sus miembros no estuvieran mentalmente enfermos; sin embargo, actualmente estos grupos pueden ser beneficiosos para personas que tienen algún tipo de desajuste psicológico (aislamiento, retraimiento…).

Según este enfoque el grupo es un lugar en el que se eliminan las defensas para que se puedan expresar los sentimientos y emociones, siendo su objetivo esencial la

maduración de la persona.

I) Teoría general de sistemas

La *teoría general de sistemas* se estructura alrededor de los trabajos de Bate-son, Wiener, Von Bertalanffy y de las investigaciones del Mental Research Institute de Palo Alto. Esta teoría, aplicada a la psicología, estudia los procesos de comunicación centrados en el estudio de la interacción de las personas y la familia. El grupo es considerado como totalidad dotada de finalidad y autodirección.

35.2.2. Técnicas de psicoterapia de grupo

Las diferentes técnicas de psicoterapia de grupo tienen unas características comunes y aspectos que las diferencian entre sí.

Para mayor brevedad, se analizan a continuación las cuatro tendencias más importantes dentro de la psicoterapia de grupo (cuadro 35.1), aunque ello no significa que las demás carezcan de importancia.

CUADRO 35.1

Terapias de grupo más importantes

	ORIENTACIÓN ANALITICA	GRUPO DE APOYO	GRUPO TRANSACCIONAL	GRUPO COMPORTAMENTAL
FRECUENCIA	1-3 veces semana	1 vez semana	1-3 veces semana	1-3 veces semana
DURACIÓN	1 a 3 años	6 meses	1 a 3 años	6 meses
INDICACIÓN	Neurosis Estados límite	Psicosis Neurosis	Neurosis Psicosis	Fobias T. Ansiedad T. Sexuales
ENTREVISTA INICIAL	Sí	No siempre	No siempre	Sí siempre
ANÁLISIS DE TRANSFERENCIA SUEÑOS	Sí	No	No	No
PAPEL DEL TERAPEUTA	Activo Da consejos	Activo	Da respuesta personal	Activo Directivo
OBJETO DE ESTUDIO	Situaciones de la vida pasada y presente	Situaciones ambientales	El aquí y ahora	Se centra en los síntomas

A) Terapia de grupo de orientación analítica

La frecuencia es de una a tres veces por semana, con una duración de 1 a 3 años. Está indicada en alteraciones neuróticas y estados límite. Se requiere siempre una entrevista individual antes de comenzar el grupo. Se analizan la transferencia, los sueños, se interpretan los conflictos inconscientes. El terapeuta se muestra activo, poniendo a prueba las defensas del sujeto, proporcionando consejos o respuestas personales. Se tienen en cuenta situaciones de la vida pasada y presente y las relaciones intra y extragrupales.

B) Terapia de grupo de apoyo

Tiene lugar una vez por semana, con una duración de 6 meses. Está indicada en psicosis y neurosis y en reacciones pasajeras. Generalmente se realiza un entrevista

individual antes de comenzar el grupo. No se interpretan los conflictos inconscientes, favoreciendo el que se establezca una transferencia positiva con el terapeuta, quien tenderá a favorecer las defensas mostrándose activo y dando consejos. Tiene gran importancia el líder como apoyo de los demás miembros. Se tienen en cuenta situaciones ambientales.

C) Terapia de grupo transaccional

Tiene lugar de una a tres veces por semana, con una duración de 1 a 3 años. Está indicada en trastornos neuróticos y psicóticos. Tiende a realizarse generalmente una entrevista individual antes de comenzar el grupo. Lo que se interpreta son las pautas de comportamiento del "aquí" y "ahora". El terapeuta desafía las defensas del sujeto, dando su respuesta personal más que consejo. Se refuerzan los sentimientos positivos y se analizan los negativos. Se tiene en cuenta lo que ocurre "aquí" y "ahora" y las relaciones intragrupo.

D) Terapia de grupo comportamental

Tiene lugar de una a tres veces por semana, con una duración de hasta 6 meses. Está indicado en fobias, trastornos de ansiedad, trastornos sexuales. Se necesita generalmente una entrevista individual antes de comenzar el grupo. No se analiza la transferencia. Se da una gran confianza en el líder. No se fomenta la unión intragrupal. Se tienen en cuenta sólo los síntomas específicos sin centrarse en la causalidad. El terapeuta se muestra activo y directivo, ayudando a crear nuevas defensas.

De todo lo expuesto anteriormente, puede decirse que la *psicoterapia de grupo* es un tratamiento complejo, que requiere un conocimiento amplio de las teorías que sustentan cada técnica, por lo que debe ser aplicado por terapeutas experimentados y entrenados en las diferentes técnicas.

35.3. Psicoterapia de pareja

La *psicoterapia de pareja* es un tratamiento que tiene como objetivo la modificación psicológica de la interacción de dos personas que viven en pareja y que se encuentran en una situación conflictiva. Por tanto, el objetivo de esta terapia consiste en que vaya desapareciendo el trastorno, cambiando conductas desadaptadas y favoreciendo el desarrollo y progreso de la personalidad.

La psicoterapia de pareja está indicada en aquellas situaciones en las que la estabilidad de la pareja se ve amenazada, en problemas de comunicación, en problemas sexuales, en problemas emocionales de ambos o de un solo miembro de la pareja.

Pero es importante tener en cuenta que existen casos en los que no está indicado este tipo de tratamiento; por ejemplo, en algún tipo de psicosis (con delirios autorreferenciales), cuando el divorcio en la pareja es inevitable o cuando uno de los

miembros no está dispuesto, porque muchas veces se pueden estar encubriendo problemas inconfesables por parte de un miembro de la pareja, cuyo conocimiento podría dar lugar a una total ruptura.

35.3.1. Modelos teóricos

Como en todos los tipos de intervención psicoterapéutica, en terapia de pareja también existen diferentes enfoques teóricos que están en la base de las diferentes técnicas de tratamiento y que son los mismos que se han descrito al hablar de la psicoterapia de grupo, pero aquí referidos a la situación de pareja.

Entre los modelos teóricos más importantes se analizan los siguientes:

A) Modelo psicoanalítico

Este modelo está basado en los principios del psicoanálisis. Presupone la existencia de sentimientos inconscientes y conscientes entre ambos miembros de la pareja, originados en sus experiencias infantiles, por tanto el conflicto de pareja será el resultado de esperanzas infantiles no resueltas que cada miembro pretende satisfacer en el otro. Por ello su objetivo será estudiar y analizar los temores y dificultades inconscientes en la comunicación afectiva, intentando reforzar los mecanismos de defensa más sanos y eliminar los patológicos. Es importante en este modelo el análisis de la *transferencia* y *contratransferencia*.

B) Modelo sistémico o interaccional

Se basa en la *teoría de la comunicación y teoría general de sistemas*. Considera a la pareja como un sistema abierto, circular y estable, importante y duradero para quienes la integran, que estaría formada por dos subsistemas, hombre y mujer, que a su vez formarían otros subsistemas (familiar, padres, hijos…).

Para este modelo, lo importante en una pareja son las interacciones y que cuando se produce una disfunción en estas interacciones, tiene lugar la patología. Así establece que en una pareja normal existen dos modos básicos de relación, la *simetría* y la *complementaríedad* y que van alternando, pero cuando se hace rígida es cuando tiene lugar el conflicto. Por tanto, el objetivo de este enfoque será modificar el tipo de interacciones entre los miembros de la pareja, enseñándoles a establecer límites internos y externos adecuados.

CUADRO 35.2

Modos de interacción en uno porejo normal

SIMETRÍA	Se acentúa la igualdad entre los miembros de la pareja. *Ejemplo:* Dominante /

	Dominante
COMPLEMENTARÍEDAD	Se acentúa la diferencia. *Ejemplo:* Dominante / Sumiso

C) Modelo conductista

Este modelo se basa en la *teoría del aprendizaje*, siendo su objetivo modelar, por medio del terapeuta, la conducta de cada uno de los miembros de la pareja de tal manera que las pautas negativas son reemplazadas por pautas positivas. A medida que la conducta cambio se establece un sistema recíproco de recompensa entre cónyuges y entre éstos y el terapeuta, quien refuerza la interacción beneficiosa mediante su aprobación o desaprobación.

D) Modelo transaccional

Es uno de los modelos actuales que más tiende a aplicarse tanto en terapia de pareja, como grupal o individual. Está basado en las teorías de E. Berne. Según este modelo, el terapeuta estudia las transacciones entre los miembros de la pareja en el momento justo en que se producen, y cuando se van produciendo interacciones positivas, el terapeuta debe ir reforzándolas activamente.

35.3.2. Tipos de terapia

Cuando se está interviniendo en un miembro de la pareja mediante psicoterapia individual se está realizando una psicoterapia de pareja, porque esta intervención individual está repercutiendo en la marcha de la pareja. Por ello, según la modalidad utilizada se pueden encontrar diferentes tipos (Sadock, 1989).

A) Terapia de pareja individual

Cada miembro de la pareja es tratado individualmente por el mismo terapeuta *(terapia concurrente)* o por terapeutas diferentes que colaboran entre sí *(terapia en colaboración)*. En este último caso los terapeutas deben evitar enfrentamientos entre sí, pues eso traería como consecuencia un empeoramiento de la situación de la pareja.

B) Terapia de pareja conjunta

Consiste en tratar juntos a los miembros de la pareja. En ocasiones puede haber más de un terapeuta. Ésta es una opción muy adecuada pues así al romper la relación triangular, se evitan las sospechas que puedan surgir en un miembro frente al otro y al terapeuta.

C) Terapia combinada

Este tipo de tratamiento consiste en la combinación de sesiones de psicoterapia individual a cada miembro de la pareja o a uno de ellos con sesiones de terapia conjunta.

En cuanto a las características técnicas, éstas van a depender del marco teórico que se tenga en cuenta a la hora de aplicar este tipo de tratamiento.

35.4. Psicoterapia familiar

La *psicoterapia familiar* es un tipo de tratamiento psicoterapéutico en el que no se tiene en cuenta al sujeto aislado sino como un miembro de un grupo, que es la familia, considerando que la conducta sintomática es producto de una mala relación entre dos o más personas. Por tanto, el propósito de esta terapia es cambiar el modo de relación entre los diferentes miembros del núcleo familiar.

La psicoterapia familiar está indicada en aquellas familias que presentan algún tipo de disfunción motivada por problemas relacionales, o por la presencia de algún tipo de patología mental.

35.4.7. *Revisión histórica*

Hasta llegar a las tendencias actuales dentro de la terapia familiar, históricamente se ha pasado por diversos estudios y autores que han ido aportando sus ideas haciendo posible el desarrollo de las concepciones actuales.

Así, autores posfreudianos, como Erikson, Sullivan, pusieron de relieve la importancia de los factores sociales e interpersonales en el desarrollo psicológico. Posteriormente sobre los años cuarenta y cincuenta comienza a estudiarse la influencia de la estructura familiar en la enfermedad mental. Los primeros estudios hablan de la "madre patógena", por ejemplo los trabajos de Levi (1943) sobre la sobreprotección materna, o la "madre esquizofrenógena" de Reichmann (1948), entendiendo que la madre puede tener una influencia negativa sobre el hijo y crear enfermedad mental. A partir de este momento se pasa de una concepción del enfermar *intrapsíquica* (enfermedad = conflicto intrapsíquico) a otra *interpersonal (enfermedad* = malas interrelaciones).

Alrededor de los años cincuenta Bateson desarrolla su *teoría de la comunicación* y la aplica a la terapia familiar, colaborando con él autores tan importantes en este campo como Haley, Don Jackson, Weakland.

A Bateson se le debe la *teoría del doble vínculo*, que considera como un modelo de comunicación característico de la familia con un miembro esquizofrénico, aquel caracterizado por la presencia de mensajes contradictorios por parte de un miembro de la familia hacia el enfermo.

Ejemplo:	Madre decirle al hijo que lo quiere
	Reacción grito cuando intenta darle un beso

A partir de este momento comienzan a desarrollarse nuevas teorías que tienen en cuenta las relaciones interpersonales, no sólo madre-hijo, sino también padre-hijo, enfatizando la importancia del padre en la dinámica familiar.

Entre otras aportaciones figuran las de Lidz (1972) o Bowen (1966), que trabajaron con esquizofrénicos y sus familias.

Si bien las aportaciones de Bateson y otros autores no pudieron demostrarse con estudios posteriores, lo que está claro es que las comunicaciones desviantes son características de familias alteradas.

35.4.2. Modelos teóricos y tendencias actuales

Además de las aportaciones anteriormente citadas, existen dos modelos de la psicoterapia familiar: el psicoanalítico y el sistémico.

A) Modelo psicoanalítico

Consiste en la aplicación de los principios del psicoanálisis al tratamiento de la familia. Según este modelo, los terapeutas interpretan la transferencia y ayudan a los miembros de la familia a comprender su dinámica inconsciente. Consideran que si un individuo expresa sus sentimientos cambiará su forma de ser y actuar. Por ello intentan estimular la expresión de la afectividad. Un representante importante fue Ackerman.

B) Modelo sistémico

Este modelo, basado en la teoría de la comunicación y la cibernética, considera a la familia como un *sistema relacional* en constante transformación, *activo* que se autogobierna mediante reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo y *abierto* en interacción con otros sistemas.

Para algunos autores sistémicos como Haley, Walzlawick, Selvini, el aproximarse a este modelo ha significado un abandono total de las perspectivas psicodi-námicas, dando lugar a esta nueva orientación dentro de la terapia familiar que actualmente tiene mayor peso.

C) Tendencias actuales

Con base en la teoría de la comunicación y teoría general de sistemas, las tres tendencias actuales son:

1. *Terapéutica familiar interaccional*. Se centra en los patrones de la comunicación e interacción para comprender las interacciones familiares. No se tiene en cuenta la interpretación, ni lo subjetivo, sino que es una terapia activa, del "aquí" y "ahora". Fue desarrollada por el grupo de Bateson.
2. *Terapéutica estructural familiar* Se centra en el análisis de las interrelaciones dentro del sistema familiar y los subsistemas. Su máximo representante es S. Minuchin (1974). Se dedicó fundamentalmente al estudio de la estructura familiar con un miembro con patología psicosomática.
3. *Terapéutica familiar estratégica*. Su máximo representante es Haley (1967). El objetivo de este tratamiento es de detectar un problema e idear el método para resolverlo.

35.5. Papel de la enfermería en la psicoterapia

El papel del personal de enfermería en los diferentes tipos de psicoterapia que se han expuesto en este capítulo va a depender del nivel de formación y entrenamiento, ya que para poder llevar a cabo este tipo de intervención se requiere un mínimo de conocimiento de las teorías que se encuentran en la base de cada técnica psicoterapéutica y un mínimo de entrenamiento en cada una de ellas.

Si se tiene en cuenta el modelo de enfermería desarrollado por L. Hall y aplicado a la enfermería psiquiátrica y de salud mental, la intervención de enfermería en ese tipo de tratamientos deberá abarcar desde una simple colaboración (prevención secundaria) a un cierto protagonismo (prevención terciaria o rehabilitación).

En relación a este nivel de la rehabilitación, existen trabajos (Brooker, 1990; Brooker y cols., 1992; Brooker, Barrowclouch y Tarrier, 1992) que avalan el importante papel que el profesional de enfermería puede desempeñar en los grupos de *psicoeducación familiar* aplicada a la esquizofrenia, demencias y, en general, cualquier enfermedad mental crónica.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ANDERSON, C.; REISS, D., y HOGARTY, G.: *Esquizofrenia y familia: Guía práctica de psicoeducación*. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1986.

ANDOLFI, M.: *Terapia familiar*. Paidós. Barcelona, 1984.

COOK, J. S. y FONTAINE, K. L.: *Enfermería psiquiátrica*. Interamericana. Madrid, 1989.

COSTA, M. y SERRAT, C: *Terapia de parejas*. Alianza Editorial. Madrid, 1985.

MINUCHIN, S.: *Familias y terapia familiar*. Gedisa. México, 1988.

36

Psicodrama

OBJETIVOS

- Adquirir el concepto de psicodrama.
- Distinguir las diferentes escuelas de psicodrama.
- Analizar la sesión de psicodrama: contexto, instrumentos y etapas.
- Conocer las técnicas más utilizadas en la sesión psicodramática.
- Clasificar los distintos tipos de psicoterapia psicodramática.
- Conocer las distintas aplicaciones del psicodrama.

36.1. Disposición formal de las modalidades psicoterapéuticas

Al igual que cualquier fenómeno social, la aparición del psicodrama no es algo casual, sino que corresponde a una evolución ocurrida en el seno de la estructura social.

Si se considera el punto de partida de la psicoterapia, el cual heredó y aún mantiene la forma bipersonal y confidencial de la entrevista médica, a partir de este modelo se fueron desarrollando distintos tipos de modalidades psicoterapéuticas, cada una de las cuales tiene un determinado encuadre formal. A continuación se exponen

algunos de ellos:

a) *Forma psicoanalítica:* Paciente en diván en decúbito dorsal sin ver al analista. Terapeuta en un sillón, generalmente más atrás de la cabecera del diván, observando al paciente. Mensaje corporal unidireccional.
b) *Psicoterapias de tipo bipersonal:* Paciente y terapeuta sentados, pudiendo observarse mutuamente; además de comunicación verbal hay comunicación natural procedente de los mensajes de los cuerpos que inte-ractúan.
c) *Psicoterapias en el grupo:* La disposición es en forma de abanico que configura una relación de tipo radiada, siendo el centro el terapeuta. El vínculo terapéutico es bipersonal a pesar de encontrarse otros pacientes presentes, porque no se tiene en cuenta la dinámica personal.
d) *Psicoterapias del grupo:* Habitualmente de forma circular, que favorece la comunicación entre sus miembros, siendo instrumentalizada para disminuir la focalización de la atención en el terapeuta. Se incorpora la dinámica grupal. La comunicación es de tipo triangular, valorándose y aceptándose los vínculos desarrollados entre los otros a pesar de no participar en ellos; es el modelo básico de la socialización. En este tipo de psicoterapia se incorporan a la comunidad verbal y corporal aspectos de interacción social y dinámica grupal.
e) *Psicodrama:* Un escenario ocupa el espacio del círculo grupal. Desde un punto de vista formal es la psicoterapia que más se aleja de la entrevista médica clásica, aunque es la más próxima a los procesos curativos primitivos.

El *psicodrama* la primera psicoterapia que incluye el cuerpo en acción y que instrumenta el espacio terapéuticamente. A la psicoterapia de grupo se le puede adjudicar la forma de la circunferencia, y al psicodrama la sistematización e instrumentación del espacio contenido en ella. El borde circundante de palabras se transforma en un *espacio circular*, poblado por los *cuerpos y la acción*. El círculo pasa a ser un escenario y el individuo, al jugar a roles, adquiere la categoría de actor. Los pacientes participan activa e íntegramente ya que además de contar sus conflictos los ponen en escena: dramatizan y lo hacen frente a un auditorio y bajo la coordinación de ununidad funcional (director y yo-auxiliar).

36.2. Concepto de psicodrama

Hasta la aparición del psicodrama, dramatizar en un escenario correspondía al campo de las artes, principalmente al teatro. La síntesis del teatro y la psicoterapia es obra del creador del psicodrama: Jacob Levy Moreno (1889-1974), médico psiquiatra vienés. A partir del caso Bárbara, quien se encuentra transformada por la acción catártica

del papel que representa mejorando posteriormente sus relaciones conyugales, Moreno descubre el potencial terapéutico latente que existe en el juego de personajes dando paso del teatro de la espontaneidad al teatro terapéutico y al psicodrama público.

Moreno define el *psicodrama* como el hecho de representar su vida en la escena psicodramática o como la realización total de la psique; es también "vivirse en acción" en la escena psicodramática expresándose de manera total, mediante la palabra, el gesto, el grito, el silencio, la sonrisa, el retroceso, la acción.

El objetivo de su creación fue construir una situación terapéutica que utilizara la vida como modelo, para integrar en esa situación todas las modalidades del vivir, comenzando por las universales del tiempo, espacio, realidad y el cosmos para ir descendiendo a los detalles y circunstancias de la vida. El tiempo esencial es el presente, en el que se hallan incluidos el pasado y el futuro. El espacio es la dimensión real; los objetivos, las personas, y sus facetas, los personajes; la escena real transformada en otra escena real en el escenario del psicodrama. La realidad es verdadera y social, se confronta y concreta continuamente ante otras y ante sí mismo a través del acto.

Hacer psicodrama, dramatizar, no es *reproducir* (es bien conocida la manera incompleta y distorsiva que tiene el ser humano de volver a hacer, de reproducir el pasado), sino que dramatizar es recrear el acto, "hacerlo por primera vez", en el presente, cuantas veces sea necesario, aunque su argumento pertenezca al pasado subjetivo.

El psicodrama ha recibido influencias de varias ramas científicas:

- De la filosofía a través de E. Kant, H. Bergson, S. Kierkegaard, M. Buber, del existencialismo de Ch. S. Peirce.
- De la sociología a partir de Comte, Durkheim, G. Tarde, Spencer.
- De la psicología, ya sea del conductismo o de la teoría de la *Gestalt*.
- De la pedagogía desde Rousseau, Piaget o Pestalozzi.
- Del teatro a través de C. Stanislavski, J. Grotowski.

36.3. Escuelas de psicodrama

Desde que en 1925 Moreno se instala en Estados Unidos (Beacon) hasta su muerte en 1974, son muchas las asociaciones, revistas, congresos y escuelas de psicodrama que surgen por todo el mundo. Actualmente destacan tres corrientes:

A) Psicodrama clásico americano "moreniano"

Principalmente se funda en la representación directa, rápida, activa, dirigida, espectacular y eficaz. Emplea distintas técnicas, "yo-auxiliar" formados, público, psicodramatistas formados en psicodrama, sociometría y en técnicas de representación pero no necesariamente en psicología, medicina o psicoanálisis. El psico-dramatista no representa nunca, dirige como un director de escena, asistido por el "yo-auxiliar". El

auditorio es a menudo numeroso.

No preocupa la transferencia, sino la creación de un clima de grupo propicio. Se representan situaciones presentes, futuras, pasadas o sueño, siendo las sesiones públicas o privadas.

Dentro de este encuadre surge la Escuela Argentina y dentro de ella J. G. Rojas-Bermúdez, quien partiendo de un esquema básico moreniano propone una doble lectura de la sesión de psicodrama:

- Una longitudinal, en relación a la secuencia de sesiones.
- Una transversal correspondiente a cada sesión.

Una de las diferencias estriba en el material aportado por el protagonista en la dramatización. Moreno focalizaba la actividad terapéutica en el logro del desempeño del rol; para lo que utiliza toda forma de reuniones psicodramáticas viven-ciales, llegando incluso a presionar intensamente al protagonista para que venza sus inhibiciones o dificultades. Se trata de que, desde el rol, experimente el cambio que debe lograr en su vida cotidiana. Se busca el compromiso emocional, en un modelo de tipo vivencial.

La Escuela Argentina piensa que, salvo casos excepcionales que coinciden con una catarsis de integración, la vivencia alcanzada no es suficiente para que el protagonista consiga cambios sustanciales y perdurables en su vida; por lo que propone analizar los contenidos abarcados por cada forma llevando a la elaboración de la técnica de construcción de imágenes, con las que se evidencia una forma o estructura dentro de la cual se producen los síntomas, recreados luego a nivel dramático para que el protagonista tenga una visión holística de su situación.

Otra diferencia radica en que Moreno intenta que el protagonista pueda verba-lizar sus conflictos y superar sus trabas sustentándose en la palabra. La Escuela Argentina propone transformar la comunicación lineal y sucesiva en una comunicación tridimensional y simultánea en la que adquieren un especial valor formas o imágenes.

Las imágenes le ofrecen al protagonista una visión global de los hechos, a partir de la cual puede pasar a dramatizar.

B) Psicodrama analítico francés

Es esencialmente un psicodrama terapéutico individual de niños. La sesión consta de fases de representaciones y fases "sentadas" en las que el niño asocia libremente sobre lo que va a representar, por invitación de un psicodramatista analista. Todos los terapeutas son psicoanalistas. Los temas representados son propuestos por el sujeto, ya sea niño, adolescente o a veces adulto.

Un "coro" hace eco de los sentimientos representados y participa incluso espontáneamente en un tema colectivo propuesto por el niño.

Algunos autores que siguen esta escuela son: Didier Anziev, Michel Soulé, Paul y Génie Lemoine, quienes intentan desde 1970 integrar las teorías psicoanalíticas de

Jacques Lacan con su versión del psicodrama.

C) Psicodrama triádico

La tríada es definida por A. A. Schützenberger como una metabolización de los enfoques de Freud, Kurt Lewin y Moreno; es una extensión representada, psicodramáticamente, de la vivencia de un grupo de "grupo-análisis", empleando a la vez la transferencia y la dinámica de grupo, como todo el arsenal clásico del psicodrama. Los monitores-terapeutas tienen una triple formación: análisis, dinámica de grupo y técnicas clásicas de psicodrama.

36.4. La sesión de psicodrama

La sesión que se describe sigue el esquema moreniano con las modificaciones de la Escuela Argentina de psicodrama. Consta de los siguientes instrumentos:

CUADRO 36.1
Instrumentos de la sesión de psicodrama

CONTEXTOS	• Social
	• Grupal
	• Dramático
INSTRUMENTOS	• Protagonista
FUNDAMENTALES	• Escenario
	• Yo-auxiliar
	• Director o terapeuta
	• Auditorio
ETAPAS	• Caldeamiento
	• Dramatización
	• Comentarlos o análisis

36.4.1. Contextos

En sus intenciones con los demás el hombre genera formas sociales, dando lugar a la red social que lo contiene y a la que está ligado; es la llamada *estructura social*, donde se pueden circunscribir los grupos. El grupo terapéutico queda incluido en estas estructuras artificiales con fines determinados.

CONTEXTO SOCIAL

Corresponde a la estructura social, a la denominada por Moreno *realidad social*. Está fuera del ámbito de trabajo. Se rige por leyes y normas sociales que demandan del individuo conductas y compromisos determinados. De este contexto traerán el material aportado a la sesión, con su particular perspectiva. En este contexto viven, en él han enfermado y a él vuelven después de cada sesión.

CONTEXTO GRUPAL

Lo forman todos los integrantes del grupo, ya sean pacientes o terapeutas, sus interacciones y el producto de las mismas.

Este contexto es particular de cada grupo, que va origen a su historia y la historia a su vez pasa a formar parte del contexto. Formalmente, se corresponde con el grupo sentado alrededor del escenario.

En cuanto a compromiso es similar al del contexto social, cada individuo debe hacerse responsable de sus actos y palabras frente a sus compañeros de grupo. Hay mayor libertad y tolerancia que en el contexto social por las finalidades terapéuticas conocidas y prefijadas.

CONTEXTO DRAMÁTICO

Es el puesto en escena por el protagonista y el director. Es un producto del protagonista, por lo que su estructura está llena de significación y sugerencias que deben ser tenidas en cuenta. Se trata de un contexto artificial y fantástico donde los protagonistas juegan sus roles en un permanente *como si* Esta circunstancia hace necesario que quede clara la separación entre contexto grupal y el dramático, entre realidad y fantasía, entre individuo y rol.

En el escenario se "juegan" roles, se interpretan papeles, se interactúa de una forma particular, se puede hacer y deshacer escenas, intercambiar personajes, alterar el tiempo, etc.; decrecen así las tensiones intrapsíquicas del protagonista. En el escenario se pasa de un campo tenso a un campo relajado, disminuyendo así el compromiso personal, lo que a su vez permite una visión más amplia del conflicto planteado.

36.4.2. Instrumentos fundamentales

PROTAGONISTA

Es la persona alrededor de la cual se centra la dramatización. Provee el tema para dramatizar y al mismo tiempo lo juega. Es así, autor y actor.

En los psicodramas grupales el protagonista es considerado el emergente dramático del grupo, valorándose esto desde un punto de vista grupal e individual.

El emergente puede no ser un integrante del auditorio, sino un "tema protagónico"; en este caso los protagonistas pueden ser varios y convertirse en un tema vincular dramático en el que participan dos o más protagonistas en interacción.

ESCENARIO

Es el lugar donde se realiza la dramatización. Tiene forma rectangular, contactando con el fondo uno de los lados mayores. Los otros tres lados forman el escenario para el auditorio, cuyos miembros podrán tocar con sus pies el borde del escenario. La altura debe oscilar entre los 15 y 30 cm. En los escenarios teatrales la altura es mayor, así como la distancia con los espectadores.

El escenario es el ámbito donde se opera con la metodología psicodramática y donde se construye el contexto dramático. Es un campo protegido para que se exprese el protagonista, y para el director un lugar para trabajar *in vivo*.

La dimensión vertical (altura del escenario) ejerce una singular influencia sobre los protagonistas, ya que facilita la vivencia del "como si"; lo que se hace o se dice allí es ficción y el compromiso es con el papel que se juega no con el individuo como tal. Es el lugar donde se puede realizar los sueños y llevar a cabo las fantasías.

Es importante la ubicación en el escenario de las sillas-símbolo del encuentro psicodramático y de la apertura o cierre de la dramatización.

YO-AUXILIAR

El hombre nace incapacitado para subsistir por sí mismo, pone en funcionamiento un sistema de relación, el sistema *tele*, que le asegura "la productiva asociación culturalmente significativa con seres activos y altamente organizados y lo capacita sensiblemente para la culturización de la herencia social. Este proceso se realiza a partir de su espontaneidad. La espontaneidad no es solamente el proceso dentro de la persona sino también el flujo de sentimiento en dirección al estado espontáneo de otra persona. Del contacto entre dos estados de espontaneidad, de dos personas distintas, resulta una situación interpersonal.

En todas estas situaciones interpersonales está presente "en el otro", el yo-auxiliar. El hombre inicia su vida en relación con un yo-auxiliar y subsiste con esa relación.

Funciones del yo-auxiliar

A) Agente y guía terapéutico

El ámbito de esta función se localiza en el contexto dramático durante la etapa de dramatización.

Después de que surge el protagonista como consecuencia del caldeamiento el yo-auxiliar también se ha caldeado para ofrecer el rol complementario.

Durante un primer momento tiene como función el establecer un "vínculo" con el protagonista. En este momento puede transformar la consigna del director, dando a sus roles los distintos aspectos dramáticos que complementan los roles del protagonista.

En una segunda etapa, cuando el director trabaja directamente con el protagonista, el yo-auxiliar cumplirá las consignas recibidas, sin modificación. El yo-auxiliar trabaja rápidamente para elaborar su compromiso emocional con el protagonista y lograr así la objetividad necesaria para cumplir la consigna del director. El compromiso emocional o afectivo con el protagonista no debe ir más allá de sus posibilidades de instrumentación.

Moreno utilizaba como yo-auxiliares a miembros del grupo que hacían de actores espontáneos. Actualmente la Escuela Argentina utilizaba yo-auxiliares formados, una de cuyas funciones es la de actor.

La dramatización del yo-auxiliar siempre se hace a partir de las necesidades del protagonista, a quien se ofrece el complementario. Los contenidos del yo-auxiliar no aparecen como integrantes de la dramatización. Como guía del protagonista lo acompaña emocional y afectivamente e instrumenta sus síntomas.

B) Actor

Una de las formas de espontaneidad, según Moreno, es la *cualidad dramática*. Es la creación que el hombre hace de sí mismo, expresándose con vivacidad y novedad. Esta cualidad es la que convierte un gesto de todos los días en algo distinto en el momento de ser realizado. Todos nacemos con esta posibilidad de expresión y comienza bien temprano a ejercitarse.

El yo-auxiliar logra crear un rol, o rol complementario, cuando se produce un encuentro, cuando se crea un vínculo, cuando el grupo todo se compromete con lo que ocurre en el contexto dramático, ya que ese acto creador tiene la fuerza de nuclear la emoción. A partir de ese momento todo aquello que el yo-auxiliar tiene para decir al protagonista, lo dice desde su función de actor: en los detalles de la forma de los roles o desde el rol creado.

Para mantener la vigilancia de su función de actor, el yo-auxiliar debe cultivar constantemente su posibilidad histriónica con el trabajo continuo de su *expresión dramática*. Debe tener una posición de apertura total a las distintas formas de expresión y su revalorización permanente y conoce también el valor que el protagonista les asigna.

Hará aprendizaje de lo que respecta a su esquema corporal, a la vez que debe ser tan libre y espontáneo como le sea posible para lograr la creación de las actitudes y del mensaje dramático coherente con el rol creado.

C) Investigador social

El contexto donde realizará esta función es en el grupal en cualquiera de las tres etapas, siempre que se encuentre en el contexto grupal.

Cuando el yo-auxiliar ha concluido la tarea activa del compromiso emocional y dramático con el protagonista y vuelto al contexto grupal, puede conceptualizar sus

vivencias y devolverlas al grupo.

Las investigación social que lleva a cabo el yo-auxiliar se ajusta a las premisas de la sociometría, que es un concepto introducido también por J. L. Moreno. Sigue la forma de *observador subjetivo objetivado:* comprometido emocionalmente y afectivamente con la vida del grupo, puede elaborar y compartir con él los resultados de sus vivencias. Será también objetivado por el director, quién puede entonces completar su observación con lo aportado por el yo-auxiliar.

DIRECTOR O TERAPEUTA

Es el instrumento descrito por Moreno de mayor responsabilidad, en cuanto a la sesión en sí y a la de sus integrantes.

Debe tener una sólida formación tanto en el campo psiquiátrico como psicodramático; que asegure un rigor científico a las sesiones para evitar caer en el *happening*.

Funciones del director

A) Terapeuta

Es la principal función y a ella se deben referir las otras. La labor terapéutica estará por encima del encuadre formal que abarcará toda la sesión de psicodrama, aunque no se ejerce de igual manera en las distintas etapas de la misma.

En la primera parte explora y realiza los primeros pasos destinados a obtener material, el cual se trata en la segunda etapa, y finalmente en la tercera lo comparte con el auditorio y hace una lectura global de lo ocurrido.

El director debe mantener el encuadre en cada una de las etapas. Iniciará la sesión, realizará el caldeamiento específico e inespecífico, detectará el emergente grupal y facilitará su concreción en un protagonista, intervendrá en la puesta en escena, dirigirá y seleccionará la dramatización, introducirá al yo-auxiliar cuando sea oportuno y dará las consignas introduciendo las distintas técnicas; dará por terminada la dramatización, estimulará los comentarios del auditorio analizando el análisis individual o grupal y dará por finalizada la sesión.

B) Productor

Empieza a ejercer su función de productor en la primera parte cuando efectúa el caldeamiento para poner en evidencia el contexto grupal del que saldrá el protagonista.

Esta función alcanza su culminación en la dramatización cuando debe discriminar del material provisto por el protagonista, seleccionar las escenas para dramatizar que faciliten el compromiso afectivo, la vivencia del conflicto, la comprensión y toma de conciencia.

C) Analista social

Esta función la lleva a cabo en la etapa de comentarios y análisis. Se efectúa sobre los roles y vínculos movilizados por la dramatización, así como para manifestaciones concomitantes propias de cada estructura social.

AUDITORIO

Es el conjunto de personas que se encuentran en torno del escenario. Está formado por pacientes y yo-auxiliares. Si el psicodrama es individual el auditorio está constituido por los yo-auxiliares cuando el protagonista está dramatizando.

Este instrumento es el que varía en los distintos tipos de psicodrama, según éste sea público, grupal, individual, de familia, de pareja, de niños, de ancianos, de adolescentes, de instituciones, etc.

Funciones del auditorio

A) En relación con el protagonista

Su presencia da mayor riqueza, intensidad y compromiso a los actos realizados en el escenario. Todo lo que haga y diga el protagonista será valorado de distintas maneras, opinando cada cual según su punto de vista, que corresponde a la ideología de su grupo social de pertenencia. El protagonista tendrá ante sus ojos una amplia gama de posibilidades, de críticas y apoyos.

B) En relación con el auditorio mismo

La presencia de un número determinado de personas en el auditorio, al igual que su conocimiento o no entre ellas, da una especial cohesión al grupo espectador. Un número elevado de integrantes favorece el ocultamiento personal y aumenta el compromiso afectivo despertado por la dramatización. En los psicodramas públicos la existencia de conocidos entre el público disminuye los fenómenos puramente afectivo-grupales por temor a la individualización. En los psicodramas privados, donde sus miembros se conocen, la intensidad afectiva es alta y más personal.

El aislamiento favorece la intensidad y, alcanzado cierto nivel, se difunde globalmente, abarcando a sus componentes. En los grupos en los que sus integrantes son conocidos y el aislamiento es pequeño, por la existencia de redes de intercomunicación, es difícil llegar a un cierto nivel de intensidad, la cual se puede conseguir a través de las escenas trabajadas y elaboradas en común.

36.4.3. Etapas

CALDEAMIENTO

Se trata de un conjunto de procedimientos que intervienen en la preparación de un organismo con el objetivo de que se encuentre en condiciones óptimas para la acción. Se distinguen dos tipos de caldeamiento: inespecífico y específico.

A) Caldeamiento inespecífico

Consiste en un conjunto de procedimientos destinados a centralizar la atención del auditorio, disminuir los estados de tensión y facilitar la interacción. Corresponde al primer período de la sesión, cuando se ponen en contacto director y auditorio.

Es el director quien debe llevar a cabo estos procedimientos. Se inician con las primeras palabras que dirige al auditorio y se continúan con los comentarios que hace sobre lo observado en este primer contacto con el grupo.

B) Caldeamiento específico

Es el que se realiza con el protagonista emergente del grupo. Son un conjunto de procedimientos destinados a la preparación del protagonista para que se encuentre en las mejores condiciones para dramatizar. El calentamiento específico para el rol se realiza con el protagonista en acción mientras juega el rol, por lo que algunas escenas tendrán más significado de caldeamiento que de dramatización.

En algunas dramatizaciones puede ser necesario invertir los roles y será necesario un nuevo caldeamiento para ese nuevo rol.

Caldeamiento y dramatización van muy unidos en la etapa de dramatización, ya que son diferentes aspectos de un mismo proceso.

DRAMATIZACIÓN

Es la segunda etapa de la sesión de psicodrama y heredada de la escena teatral, pero a diferencia de ésta no existe un guión a seguir por los actores. El libreto es la vida del protagonista.

Los orígenes de la dramatización son el hombre mismo durante su proceso evolutivo, independiente de las épocas y las culturas. Hay un período en el que los niños juegan a ser personajes de su entorno sin que les sea indicado y como parte de su actividad lúdica: dramatización espontánea. Es parte del proceso de aprendizaje natural indispensable para la socialización del individuo. Si el ser humano es biológicamente social, estará determinado a comprender al otro y para ello necesita asumir múltiples personajes que lo rodean y actuarlos "como si fuera" ellos.

La representación teatral no es más que la culturización de una actividad natural del hombre, y el psicodrama, la recuperación con fines terapéuticos de esa capacidad humana.

La dramatización es el núcleo del psicodrama y la caracteriza. El material aportado

por el protagonista es tratado con técnicas activas para concretarlo en el escenario, plasmarlo en un contexto particular y tratarlo dentro de un campo terapéutico que permita:

- Observar *in vivo* y en el "aquí y ahora" toda la estructura del material que se va a investigar simultánea y no sucesivamente.
- Estudiar sus psicodinamismos.
- Transformar el material anecdótico en material presente vivencial que comprometa afectivamente a los participantes.
- Operar terapéuticamente en el "aquí y ahora".
- Verificar las modificaciones ocurridas por la introducción de elementos terapéuticos y su estabilidad.
- Controlar la evolución del cuadro clínico a través de pruebas de realidad experimental.

El protagonista da el tema, las situaciones, los personajes y el director los encuadra en la metodología psicodramática.

El material aportado por el protagonista es puesto en escena con la mayor fidelidad posible. Se toma el material específico y el inespecífico para saber la estructura que el protagonista le da a su material y sus interacciones.

Al comienzo de la dramatización tiene poca carga afectiva, poco a poco con ayuda del yo-auxiliar se van ajustando los roles y va adquiriendo visos de realidad y repercute en el espectador como cierta a pesar de estar en el "como si".

Hay dos responsables directos:

- El director, el principal conductor de todo el proceso terapéutico general.
- El yo-auxiliar, responsable del desempeño de roles complementarios que den lugar al desarrollo de un vínculo con el protagonista durante la dramatización.

La dramatización es el medio terapéutico por excelencia en el psicodrama, de tal forma que todas las técnicas y recursos que se emplean han de ser instrumentales en tal sentido, incluida la palabra.

Moreno considera que para que la dramatización cumpla su acción terapéutica, debe reunir una serie de requisitos:

a) Alcanzar un alto grado de espontaneidad.
b) Obtener una buena puesta en escena, adecuada a la situación y al protagonista.
c) Quedar envuelto y comprometido en la acción. No es suficiente la puesta en escena, es necesario el compromiso afectivo y emocional.
d) Externalizar y jugar los diferentes personajes, reales o imaginarios,

concretando las imágenes.

e) Permitir la introducción en la acción dramática de todo indicio que dé el protagonista.

f) No perder jamás el contacto con el auditorio.

g) Mantener congruencia entre la dramatización y la línea vital del individuo.

La Escuela Argentina ha incorporado la técnica de construcción de imágenes, destinada a lograr una visión estructural de los hechos vivenciados; es una línea comprensiva-intelectual. Una dramatización intensa puede enfriarse pasando a utilizar la técnica de construcción de imágenes, y una construcción de imágenes muy intelectual puede calentarse por medio de una dramatización.

COMENTARIOS O ANÁLISIS

Es la última etapa de cada sesión psicodramática. La atención se centrará en el auditorio, solicitándose de sus miembros opiniones y comentarios referentes al protagonista, a la dramatización y a ellos mismos.

Se tiene en consideración el punto de partida de la sesión, lo que se dramatizó y el material actual del grupo. Se trata de integrar los aspectos individuales con los grupales y sus interacciones dentro del marco de la sesión.

En la dinámica de la sesión se considera al protagonista como un emergente del grupo y luego de la dramatización, al grupo como emergente del individuo. La dramatización focaliza la atención en los personajes del escenario, facilitando el afloramiento de las vivencias desencadenadas por dichos personajes. Estas vivencias deben ser investigadas por el director. El trabajo esclarecedor del terapeuta se realiza sobre un material del "aquí y ahora", un material concreto y compartido por todos y no referido a un pasado remoto.

La búsqueda sistemática de las vivencias experimentadas por el auditorio tiene también un sentido de apoyo para el protagonista ya que disminuye considerablemente la "persecutoriedad" del grupo.

36.5. Mecánica de la sesión de psicodrama

APERTURA DE LA SESIÓN

Se debe preparar el ámbito psicodramático colocando las dos sillas, que simbolizan el psicodrama, en el centro del escenario. Deben estar en una posición determinada contactando por una de sus patas delanteras en un ángulo de 90^{Q}, aproximadamente.

Esta posición corresponde "al encuentro", al contrario que en el teatro donde los personajes juegan los papeles previamente aprendidos que no precisan interaccionar para desarrollar un vínculo. Las sillas, además, remarcan el escenario y constituyen desde

antes de sesión un foco de estímulos con respecto a la técnica a utilizar.

La sesión se abre de dos formas, dependiendo de si el psicodrama es público o no. En el psicodrama público o con un auditorio muy numeroso, se inicia el caldeamiento desde el auditorio; en los habituales se abre desde el escenario, tomando como punto de partida la parte posterior de las sillas-símbolo.

APERTURA DE LA DRAMATIZACIÓN

Corresponde al momento en que el director separa las dos sillas-símbolos, a modo de un telón, lo cual sucede después del encuentro entre director y protagonista y pasarse a la construcción de un contexto dramático.

CIERRE DE LA DRAMATIZACIÓN

Corresponde al cierre de la última escena. Al igual que en el cierre de todas las escenas, se marca con la aproximación de las sillas, que equivaldría al cierre del telón en el teatro.

El protagonista y los yo-auxiliares salen del escenario o el protagonista continúa en el escenario, según sean las circunstancias. Si esto sucede, se centran en su persona los comentarios. Esto es adecuado cuando ha habido una movilización afectiva intensa que precisa ser elaborada en torno de aquél y con su especial participación. La movilización afectiva desencadenada por la dramatización ha invadido el contexto grupal hasta el punto de que los miembros del auditorio se han identificado con determinados roles, perdiendo la visión grupal de la situación. Mientras esto continúe, el director mantendrá al protagonista en el escenario. Cuando empiece a aparecer material correspondiente al grupo en sí y no a los personajes de la dramatización, el director indicará al protagonista que vuelva al auditorio. En este momento se considera cerrada la dramatización y se pasa del contexto dramático al grupal.

CIERRE DE LA SESIÓN

Varía en función del tipo de psicodrama. En un psicodrama público o de grandes grupos, donde no hay una situación contractual previa, el cierre lo indica el director cuando lo considera conveniente.

En los psicodramas con horarios prefijados, la finalización la marcará el tiempo, pero el director debe adecuar el manejo terapéutico al tiempo disponible para la sesión, haciendo que coincida con las etapas del psicodrama.

36.6. Técnicas más utilizadas

Son un conjunto de procedimientos que adquieren sentido y sirven de herramienta terapéutica cuando, por la habilidad de quienes las instrumentan, se facilita la creación progresiva de un clima especial de compromiso, que involucra a los protagonistas y al auditorio en cada escena.

EL DOBLE

El yo-auxiliar se coloca al lado del protagonista tratando de adoptar al máximo su actitud postural y afectiva. Su objetivo es de expresar todos los pensamientos, sentimientos y sensaciones que por distintos motivos el protagonista no percibe o no quiere explicar. Es una especie de conciencia auxiliar. Se pueden utilizar varios dobles e incluso ponerlos en pugna.

DIÁLOGO (DIÁLOGO-INTERACCIÓN)

El yo-auxiliar interpreta en el diálogo el rol complementario de acuerdo con la línea de argumentación propuesta por el protagonista, guiándose por el conocimiento previo, por las consignas que reciba de director, o por su espontaneidad e intuición.

Si el protagonista no está conforme con el rol complementario dramatizado, es posible efectuar una inversión de roles para mostrar al yo-auxiliar el carácter del personaje que se quiere jugar.

Es la técnica básica del psicodrama moreniano, a partir de las cuales se dan las técnicas más utilizadas: doble, inversión de roles, espejo, etc.

Consiste en la puesta en escena de la situación o material conflictivo que aporta el protagonista, bajo forma de un diálogo en situación en el que éste asume su papel y es complementado por uno o varios yo-auxiliares profesionales o espontáneos.

AUTOPRESENTACIÓN

El protagonista se presenta a sí mismo verbalmente y va mostrando en dramatizaciones simples como es él, cuáles son los papeles que juega habitualmente en su vida, cómo es su núcleo familiar, su trabajo y sus particularidades. Puede ser secundado por uno o varios yo-auxiliares.

La Escuela Argentina introduce una variante que es la *autopresentación corporal*, en la que se solicita a los miembros de un grupo, en sus primeras sesiones, que pasen al escenario y hagan una presentación de sí mismos sin palabras, apelando a lo gestual y postural para mostrar quiénes y cómo son.

ESPEJO

En su forma clásica lo realiza el yo-auxiliar de dos maneras:

a) Sin avisar al paciente, cuando termina la escena sale del escenario y observa desde afuera, desde el contexto grupal, al yo-auxiliar reproduciendo lo dramatizado.

b) El yo-auxiliar se ubica frente al protagonista en plena dramatización y hace lo que él hace. Su uso debe ser muy cuidadoso, ya que individuos con características paranoides lo pueden vivir como una burla.

Puede ser utilizada una grabación de vídeo, es lo que Rojas-Bermúdez llama *espejo tecnológico*, que evita la distorsión que puede haber en la interpretación del yo-auxiliar.

SOLILOQUIO

El protagonista, cuando se lo solicita el director o espontáneamente, expresa durante un diálogo lo que siente o piensa de la escena que está dramatizando.

Es un "pensar en voz alta", puede darse cuando el sujeto representa una situación en que está a solas. No debe confundirse con los monólogos (hablar a solas) ya que aquí se trata de verbalizar pensamientos, fantasías y sentimientos.

Cuando se realice durante un diálogo, se le sugiere al protagonista que indique de alguna forma que está haciendo un soliloquio para diferenciarlo de lo que dice a su interlocutor.

El uso excesivo por parte de un paciente puede indicar una cierta resistencia a comprometerse o dejarse envolver por la ciencia dramática.

INVERSIÓN DE ROLES

En la interacción o en el diálogo entre el protagonista y el interlocutor. El director da la consigna de que cambien sus papeles o roles, ubicándose cada uno en el lugar del otro y encarne su personaje, adoptando la actitud física del rol complementario, compenetrándose con su manera de ser. Esto no siempre es posible, sobre todo si la actitud del protagonista es muy rígida o estereotipada.

Permite ver desde dentro la realidad del otro y confrontarla con lo que pensábamos de él, desde fuera, teniendo la vivencia simultánea de dos roles contrapuestos, lo que ayuda a la comprensión mutua.

RODA VIVA

Es una variante de la inversión de roles introducida por Rojas-Bermúdez que se utiliza preferentemente en sociodrama para hacer emerger el tema o el conflicto grupal, aunque también puede ser utilizado en psicodrama.

Consiste en hacer sentar en círculo en el escenario a todos los integrantes del grupo y hacerlos girar para ocupar el asiento de su vecino, pasando cada uno a jugar el rol de la

persona que estaba en ese lugar. El diálogo continuará donde se había interrumpido antes de la rotación. Se facilita la explicitación de conflictos interrumpidos, eludiendo el enfrentamiento directo.

PROYECCIÓN HACIA EL FUTURO

En una sesión de psicodrama no sólo se pueden trabajar situaciones pasadas, sino que también es posible adelantarse al futuro mediante la dramatización de la visión que el protagonista tiene acerca de situaciones significativos esperadas en su proyecto vital.

Aparecen deseos, pronósticos, presagios que se desarrollen con todos los elementos posibles. Se pueden trabajar las dos dimensiones: el futuro probable y el futuro ideal, lo que permite discriminar la distancia que hay entre sus expectativas de probabilidad cierta y el cumplimiento de sus deseos si las circunstancias se dan en su favor. La proyección al futuro es muy útil en orientación vocacional y en depresivos para dramatizar las fantasías suicidas y sus consecuencias.

INTERPOLACIÓN DE RESISTENCIAS

El protagonista presenta una escena dramática, según su visión subjetiva, con el desarrollo y el desenlace que tuvo en el contexto social. En el transcurso de la dramatización, el director modifica las características de los roles complementarios puestos en juego, mediante consignas dadas al yo-auxiliar, procurando que éstas pasen desapercibidas para el protagonista. Con estas modificaciones se le impulsa a actuar en el "aquí y ahora" y se descubre así si existe o no posibilidad de adaptación plástica ante un vínculo cambiante.

IMPROVISACIONES CON PERSONAJES FICTICIOS O IMAGINARIOS

Se da libre curso a la fantasía de los participantes, alejándolos así de lo cotidiano, creando personajes o tomándolos del cine o la televisión impregnándolos con su idiosincrasia. Se anima a dramatizar lo que la vida usualmente les niega, lo que no podría ser en el contexto social. Telas, disfraces, elementos de maquillaje o máscaras pueden ser utilizadas o construidas por el propio sujeto.

En los comentarios se van dando los paralelismos entre el sujeto y el rol imaginario representado, que pasan a ser asumidos como una parte de sí más controlable y objetivada. En el caldeamiento se puede dar la consigna de que cada participante elija un animal, una planta, etc. y lo represente.

Es una buena técnica proyectiva, por lo que significa para el que lo juega la asunción del rol y por lo que resulta de la interacción con los demás.

ECO O AMPLIFICACIÓN DE LA VOZ

Cuando el protagonista habla en voz muy baja y el auditorio no entiende, el yo-auxiliar repite lo que dice en voz alta y clara, a solicitud del director, a modo de eco. Si hay un elevado compromiso emocional y la atención está muy centrada en la dramatización, no se debe utilizar esta técnica.

En individuos inhibidos, el eco opera como un reforzador que los reasegura e induce a ir aumentando, sin darse cuenta su volumen de voz.

SITUACIONES TÍPICAS DE LA VIDA

Es una traslación al escenario de la realidad laboral, familiar o social del protagonista. Es un procedimiento diagnóstico, que puede ser ampliado con la preparación para afrontar situaciones nuevas, descubriendo las posibilidades del rol.

SIN PALABRAS

Incluye varias técnicas. Una de las más utilizadas consiste en la representación plástica de una situación, un estado de ánimo, una fantasía, etc., con utilización de sonidos. El protagonista utilizará una vocal y con modificaciones del tono expresar su estado de ánimo. Es muy útil con individuos con inhibiciones para gritar o expresar estados de ánimo agresivas. Puede producir resistencias, en un principio, por temor al ridículo pero se acepta progresivamente al percibir sus beneficios.

TÉCNICA "DE ESPALDA"

Al protagonista se le coloca de espalda al auditorio, como si no estuviera en la sala. Los demás hablan "del ausente", expresando sus criterios, acerca de cómo es, de sus virtudes y defectos. El sujeto escucha dejando sus comentarios para la siguiente etapa.

LA SILLA VACÍA

Se coloca una silla vacía en el centro del escenario y se les pide a los participantes que durante unos minutos imaginen un personaje real o de ficción sentado en ella y entren en comunicación con él y luego expresen lo que han sentido ante dicho personaje. Es una técnica muy utilizada por los gestaltistas.

CONSTRUCCIÓN DE IMÁGENES

Es un aparte teórico-práctico del autor Rojas-Bermúdez a la etapa de dramatización y a la comprensión de su dinámica. Moreno centra en la dramatización el potencial terapéutico.

En el caso de un hijo muy sometido a su padre, las dramatizaciones estarán

dirigidas a la superación de dicho conflicto. El protagonista jugará tanto el rol de hijo como el de padre, hasta modificar el tipo de vínculo establecido entre ellos. Lo esencial será la dramatización; por lo tanto, la vivencia y el compromiso total con el rol jugado.

Este mismo ejemplo, con técnica de imágenes, se haría de la siguiente forma:

- Se pide al protagonista la reproducción de una situación real ocurrida con su padre, en su escenario, utilizando el yo-auxiliar. Es como una reproducción fotográfica, denominada imagen real. El protagonista no debe quedar incluido en esta etapa.
- El director y auditorio conjuntamente con el protagonista tratarán de comprender la imagen real y sus circunstancias.
- El protagonista pasará al lugar de cada uno de los personajes, por indicación del director, y hará el soliloquio correspondiente a cada uno de ellos.
- El protagonista construirá la imagen previa o posterior a la situación real plantada, hasta tener un número suficiente de cuadros para que se puedan esclarecer, con la secuencia, la dinámica de los hechos y sus condicionamientos.
- Elaboración con el grupo de las imágenes construidas en el escenario.
- Dramatización, a partir de alguna imagen real, para verificar cambios o para vivenciar alguna circunstancia en particular.
- Se pide al protagonista que construya una nueva imagen que simbolice lo planteado en la imagen real: es una imagen simbólica. Esto permitirá:

– Ver la capacidad de simbolización del protagonista.
– Observar qué elementos selecciona de la imagen real para construir la imagen simbólica.

- El orden no tiene por qué ser siempre el mismo, así se puede comenzar por la imagen simbólica o por una dramatización.

La imagen real permite al protagonista la confrontación de su imagen interna con la imagen externa construida y sus mutuas influencias. Es una técnica útil cuando se desea que el protagonista tenga una visión estructural de los hechos que facilite su comprensión.

La *construcción de imágenes* es una técnica dirigida al intelecto; la *aromatización* está dirigida a obtener una vivencia determinada.

OBJETO INTERMEDIARIO

Rojas-Bermúdez, en 1965, al aplicar el psicodrama con psicóticos crónicos deteriorados, se encontró con varios problemas: incomunicación verbal, inmovilidad y rigidez corporal. Fue en la etapa de caldeamiento donde comenzaron las primeras dificultades, al no poder focalizar su atención que tampoco se conseguía en la dramatización.

Pensando en la fuerza del espectáculo y en la capacidad de atracción de los estímulos estéticos, decide introducir los títeres para la etapa de caldeamiento. En breves minutos se consiguió la atención, incluso algunos descontrajeron el rostro y, con ciertos estímulos más directos y otras escenas, se logró que se levantaran de los asientos y se acercaran al teatro de títeres, siendo muy llamativa la necesidad de alguno de ellos de tocar los títeres.

Si se considera que el animal humano es biológicamente un ser social, toda alteración en la intercomunicación personal regida por las formas naturales genéticas señala graves trastornos estructurales.

En estas circunstancias, la figura humana se vuelve persecutoria por incomprensible. De esta forma el mensaje verbal queda involucrado en esta desatención y rechazo de los estímulos humanos. El títere, por sus características y peculiaridades, atrae sobre sí la atención del paciente psicótico, facilitando la recepción del mensaje verbal. El títere actúa así como un objeto por cuya intervención se logra establecer la comunicación interrumpida: es por ello un objeto intermediario.

PSICODANZA

Se trata de una técnica psicoterapéutica derivada del psicodrama e iniciada en 1961, reglada y sistematizada, que utiliza el cuerpo y la danza como vehículos comunicacionales preferenciales y la música como soporte de dicha comunicación.

Aunque puede ser incluida en la etapa de caldeamiento, es mucho más que una técnica de caldeamiento ya que con su encuadre puede llevarse a cabo una psicoterapia y al mismo tiempo puede ser una técnica coadyuvante de otras psicoterapias.

Es una técnica muy adecuada para la aplicación en trastornos propios de comunicación verbal, ya sea por exceso como por defecto.

La música sumerge a quien la escucha en un medio maravilloso y puede hacer vibrar a una multitud, cada uno será un receptor aislado, que vivencia en su intimidad el estímulo musical si no da ninguna respuesta motora.

Si el individuo acepta ser movido por la música, es un compromiso mayor, es una mayor entrega al estímulo musical ya que tiene que sobreponer a la autovaloración que haga de sus movimientos. El no querer o no poder responder al estímulo musical puede ser fruto del temor al ridículo o de la desvalorización de su capacidad expresiva en relación a la música y el cuerpo pasa a ser el foco de atención de las críticas.

Las primeras sesiones son de caldeamiento. Es necesario concienciar al cuerpo para luego olvidarlo. En general, al poner el estímulo musical, todos tienden a dar una versión de la música, a interpretarla con su cuerpo. Esto significa la participación cortical en los movimientos, con todas sus limitaciones. Con el caldeamiento se va a intentar eliminar paulatinamente dicho control, hasta lograr que los movimientos sean respuestas directas a los estímulos musicales. Cuando se llega a este punto, se suele experimentar la unidad música-cuerpo, sintiendo la música como un medio natural que rodea al cuerpo, para pasar luego a sentirse atravesado, incorporado y diluido en la misma.

Esto no es una experiencia que se logre con facilidad, precisa tiempo y adecuación de los recursos técnicos a las circunstancias de los protagonistas, pero una vez alcanzando el nivel óptimo de caldeamiento la vivencia es casi explosiva y el protagonista que la encuentra es de pronto espectador y actor de su propio mundo interior.

Una sesión de psicodanza mantiene el encuadre psicodramático de la Escuela Argentina, es decir, los cinco instrumentos fundamentales, las tres etapas y los tres contextos. La diferencia radica en que el yo-auxiliar es quien realiza el caldeamiento y para ello utiliza su cuerpo en movimiento.

MÁSCARAS

La máscara es introducida por Rojas-Bermúdez como un elemento neutraliza-dor de la expresividad del rostro. Comprobó que en muchos casos en que se había interrumpido la comunicación, al igual que ocurría con los títeres, se restablecía, lo cual indicaba que el bloqueo de la comunicación estaba más bien en relación con la cantidad de estímulos ofrecidos que con la figura humana como estructura. La máscara focalizará la atención del paciente y el mensaje verbal llega a término.

Para la construcción de la máscara se utiliza una cartulina blanca, de la cual se corta un rectángulo lo suficientemente largo como para rodear la cabeza y poder unir los extremos. A la altura de los ojos se hacen dos perforaciones.

La máscara puede actuar como objeto intermediario o intraintermediario (permite proyectar sus imágenes internas).

En el desarrollo de la sesión se pueden individualizar las siguientes fases:

1. Caldeamiento previo con el fin de relajar al paciente. Ya sea individual o grupal la sesión de psicodrama, se pide que se coloquen la máscara blanca, observándose generalmente una vivencia de desinhibición que se hace visible en los movimientos y actos. En este caso la máscara funciona como objeto intermediario.
2. Se entrega a los participantes espejos, pinturas, pinceles y agua dando la consigna: "Píntese la máscara libremente, usando los colores que quiera y tomando el tiempo que necesite pero debe tener la máscara puesta en su cara".

   El individuo trabaja en soledad, siendo dueño de manejar el pincel según su necesidad, e incluso negarse a hacerlo, acepta volar sus contenidos como si se tratase de un juego, sin reparar en el posible "significado" de la imagen pintada.

   El yo-auxiliar y el director procesan los elementos que van apareciendo y elaborando hipótesis.
3. Una vez que todos hayan terminado su obra, se retira todo el material del escenario y pasa al mismo el yo-auxiliar, quien se pondrá la máscara para

que el protagonista pueda verla "fuera de sí mismo". Se puede continuar de dos formas:

a) Construyendo una imagen: Se pedirá que complete la imagen del resto del cuerpo, colocando al yo-auxiliar en una posición acorde con la forma de la máscara.

b) Pasando la máscara al yo-auxiliar y abriendo una dramatización libre en la que el yo-auxiliar deberá expresarse con predominio corporal, complementando la actitud del paciente. Suele producir una reacción de sorpresa e impacto emocional en el protagonista.

4. La máscara vuelve al protagonista y la dramatización continúa libre y espontánea. El paciente comienza a dramatizar influenciado por la imagen que vio en la fase anterior pero favorecido por la máscara que oculta el rostro.

5. La máscara pasa de nuevo al yo-auxiliar y se le pide al paciente que intente vincularse con el mismo. El yo-auxiliar tomará el rol complementario, incorporando lo percibido en las fases anteriores.

6. Se hace un *cambio de roles*. El protagonista se coloca su máscara y el yo-auxiliar toma el rol que juega el protagonista en la fase 5. Se repetirán sucesivos cambios de roles que permitirán la progresiva aparición en escena del material movilizado, lo cual era el objetivo de la técnica.

36.7. Clasificación de la psicoterapia psicodramática

En el cuadro 36.2 se muestran las distintas modalidades de psicoterapia psicodramática según diferentes criterios de clasificación.

CUADRO 36.2
Closificoción de la terapia pslcodramática

CRITERIO	CLASIFICACIÓN	
ESQUEMA DE ROLES	• Psicodrama	– Individual – Grupal – Público
	• Sociodrama	– Pareja – Familia – Grupos de convivencia
	• Psicodanza	– Individual – Grupal – Pública
EDAD	• Niños • Adolescentes • Adultos • Ancianos	
SEXO	• Del mismo sexo • Mixtos	
DIAGNÓSTICO	• Homogéneos • Heterogéneos	
FRECUENCIA	• Única: Psicodrama público • Semanal • Mensual • Intensivo	
CONSTITUCIÓN	• Abierto • Cerrado	
DURACIÓN DE LA SESIÓN	• Habitual (45 min a 2 h) • Prolongadas (horas o días)	
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	• Única: Psicodrama público • Breve • Tiempo limitado • Sin límite de tiempo	

36.8. Aplicaciones del psicodrama

FORMACIÓN

En todos los terrenos en los que las personas reciben educación sobre la forma de relacionarse más efectivamente en situaciones de la vida real, puede ser utilizado el psicodrama. El abanico va desde la dirección ejecutiva, la pedagogía, las ciencias de la salud o las ciencias sociales.

TRATAMIENTO

El psicodrama es una forma de tratamiento que se ha aplicado a casi todos los tipos de poblaciones de pacientes y de cualquier edad. Se puede utilizar tanto en pacientes ambulatorios como hospitalizados, ya sea de forma individual o en grupo.

Ha sido utilizado para desarrollar conciencia de enfermedad, para desarrollar mayor capacidad de autocontrol, de autonomía, para aumentar la autoestima; en suma, para producir cambios conductuales y, en general, como parte de un programa global de recuperación.

36.9. El psicodrama en la enfermería

Desde el punto de vista de las acciones que pueden realizar en su trabajo diario los profesionales de enfermería, es muy útil contar con la técnica del psicodrama, que podrán desarrollar desde el rol de director o de yo-auxiliar.

Ya sea en el campo de la enfermedad como en el de la prevención, las técnicas psicodramáticas pueden ser útiles para fomentar conductas saludables.

A continuación se señalan los casos más concretos de la práctica clínica en que se puede aplicar el psicodrama en los planes de cuidados de enfermería:

- Como método de aclarar conceptos: Puede ser muy distinta la idea o la fantasía que cada individuo tiene sobre temas como "la curación", "la locura", "la droga", "la recaída", "el medicamento", etc.

  Aunque el objetivo no sea el unificar criterios, sí resulta muy útil para poner de manifiesto las posibles contradicciones en las que cada individuo puede incurrir. Para este fin la técnica más útil será la de *construcción de imágenes*.
- Como método de expresar situaciones vivenciales: "¿Cómo se siente cuando está con angustia, alucinando, "de mono", deprimido, eufórico, etc.?".
- Como forma de objetivar los elementos que integran la situación y sus mutuas conexiones: "¿Qué cosas están dificultando el salir de una

determinada situación?". "¿Qué cosas tendrá que eliminar de su vida?" "¿Con qué elementos cuenta el individuo para conseguir lo que se propone?"

El psicodrama, unido a la ciencia de los cuidados, dará la posibilidad de buscar, investigar, ensayar, movilizar, crear, observar, solucionar, amar a la vez que jugar con un grupo de personas que pueden estar aprendiendo, sufriendo o simplemente *viviendo*, pero donde los poderes los tienen quienes están en escena porque ellos son los auténticos *dioses*.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

BARTOLI, M. et al: *Avances en sicodrama*. Celcius. Buenos Aires, 1988.
MANOVEL, J. et al.: *Encuentro ibérico depsicodrama*. Sevilla, 1991.
MORENO, J. L.: *Fundamentos de la sociometría*. Paidós. Buenos Aires, 1962.
MORENO, J. L.: *Psicodrama*. Hormé. Buenos Aires, 1961.
ROJAS-BERMÚDEZ., J. G.: *¿Qué es el psicodrama?*, 4ª ed. Celcius. Buenos Aires, 1984.

37

Ergoterapia, ludoterapia y socioterapia

OBJETIVOS

- Conocer el concepto de ergoterapia y los procesos que la constituyen.
- Saber qué objetivos se persiguen con las actividades terapéuticas en el marco de la salud mental.
- Diferenciar la terapia del arte de la terapia ocupacional.
- Conocer los conceptos de ludoterapia y socioterapia, y los procesos que las constituyen.

37.1. Historia de la terapia ocupacional

Desde hace muchos siglos la *terapia ocupacional o ergoterapia* ha sido usada como tratamiento para enfermos mentales. Los egipcios agrupaban a personas que sufrían la enfermedad mental y les proporcionaban diferentes tipos de trabajo para

tenerlos ocupados y vieron que muchos de ellos mejoraban debido al trabajo.

Hipócrates y Galeno en sus escritos ponen de manifiesto que la persona debe estar ocupada, y que es parte de la gran medicina de la naturaleza. Los árabes empiezan a humanizar las ciudades de los enfermos mentales, se les empieza a dar tratamientos a base de música, entretenimiento, etc.

En España, en 1409, el padre Joffré funda el primer Hospital Psiquiátrico del mundo en Valencia. Unos años más tarde el padre Mucill empieza a dar trabajo a los enfermos en Zaragoza, y se sabe que Pinel visitó dicho centro y se inspiró para su obra referente al uso del trabajo del enfermo mental en el Hospital de Zaragoza.

En 1791 Liberto, en una comunicación, señala: "Una continua experiencia ha demostrado que en el hospital el medio más eficaz para que los enfermos mejoren es la ocupación o un trabajo que ejercite sus miembros".

Realmente, es H. Simon quien empieza a emplear al trabajo como una auténtica *terapéutica psiquiátrica* y desde entonces se empieza una terapia ocupacional más científica.

En muchos escritos se señala que la obra de Simon fue producto de la guerra de 1914 ya que se necesitaba aumentar la producción agrícola y había gran escasez de campesinos.

Para H. Simon los grandes males que afectan a los enfermos mentales son:

a) La inactividad.
b) El ambiente desfavorable del hospital.
c) El prejuicio de irresponsabilidad del enfermo mental hacia sí mismo.

Por eso el gran papel que desempeña el personal de enfermería psiquiátrica consiste en la movilización del enfermo mental.

La *terapia ocupacional* empieza a usarse en Estados Unidos en el año 1917 en la fundación "Consultation House", especialmente para atender a los heridos de guerra. Tiene realmente dos vertientes:

a) Reeducación de los inválidos físicos, y también mantener a los heridos ocupados durante su estancia en el hospital.
b) Tratamiento de los enfermos mentales con una terapia más dirigida a este tipo de paciente.

En Inglaterra también existe un gran movimiento a tener al enfermo ocupado y como método terapéutico de reeducación, sobre todo después de la Segunda Guerra Mundial, donde empiezan a aparecer Escuelas de Terapia Ocupacional.

Al principio del siglo XX se desarrollaron dos tipos de terapia ocupacional y fueron categorizadas con este propósito:

a) El primer tipo fue diseñado para proporcionar una diversidad de actividades,

principalmente a través del arte de la habilidad y pericia. A los pacientes hospitalizados se les enseñó a hacer objetos simples, como ceniceros, zapatillas de cuero, carteras. Otras actividades eran la pintura, escultura, etc. Muchos pacientes tenían una gran habilidad y talento para crear cosas que podían no solamente ser bonitas, sino que también se podían vender, aunque muchos pacientes realizaban estas actividades solamente para pasar el tiempo y estar distraídos, para combatir las largas horas en el hospital.

b) La segunda forma de terapia ocupacional en aquel tiempo comprendía la utilidad de la actividad funcional. En aquella época los grandes y tradicionales hospitales psiquiátricos aislados en áreas rurales estaban diseñados para autoabastecerse en lo posible. Esto significaba que el hospital tenía su propia tienda para los enfermos, lavandería, granja, cocinas. Estos departamentos eran como grandes empresas, ya que tenían que resolver las necesidades de más de mil pacientes. Aquellos pacientes que eran capaces de trabajar se les asignaban labores propias para el buen funcionamiento del hospital, tales como trabajar en el campo o la granja, servir comidas, limpieza del hospital, costura, mantenimiento de calderas y máquinas, etc.

Aunque no hay duda de que muchos pacientes aprendieron habilidades muy recomendadas, desgraciadamente un gran número de ellos eran usados como mano de obra barata, ahorrando personal; por eso muchos enfermos no eran dados de alta, porque el hospital perdía un gran trabajador. En realidad muchos de estos pacientes tenían privilegios especiales, y entre ellos mismos existía una gran disputa por ocupar puestos de confianza. En la mayoría de estos pacientes aparecía una gran dependencia hacia el hospital, lo que el doctor Rusell Barton describe como *neurosis institucional* o síndrome de institucionalización.

Aun así, muchas autoridades seguían pensando que el mejor tratamiento para las enfermedades emocionales era un régimen estricto de descanso e inactividad.

En virtud de esta creencia, se podía ver a muchos enfermos sentados en los bancos de las salas, sin que tuviesen la suficiente fuerza de ego para interactuar entre ellos de una forma razonable y significativa.

Por eso muchos profesionales de la enfermería que trabajaban en ese medio no podían creer lo que veían: pacientes vagabundeando, sin actividad; de ahí que empezaran a ocupar a los pacientes en actividades que les involucrasen en un esfuerzo físico.

En realidad, el primer libro escrito sobre esta materia en Estados Unidos lo fue por una enfermera: Susan E. Tracy, *Studies in Invalid Ocupation*, publicado en 1910.

También la enfermera Tracy dio el primer curso sobre esta materia en 1906 en Adams Nervine, en Boston. Por consiguiente, las enfermeras que asistieron fueron las primeras enfermeras que desarrollaron estas funciones como *terapeutas ocupacionales*, aunque este término no fue usado hasta 1921. Como el personal de enfermería era el indicado para la supervisión y estimulación de actividades del paciente, el doctor William

Rush Dunton publicó en 1915 un libro titulado *Terapia ocupacional, manual para enfermeras*.

En España, el doctor Heliodoro Ruiz García fue quien montó una Escuela de Terapia Ocupacional en Madrid, título expedido por la antigua Dirección General de Sanidad. Hoy día la carrera de Terapia Ocupacional es una Diplomatura Universitaria.

37.2. Concepto de ergoterapia

En la ergoterapia, el trabajo que haga el paciente debe ser asignado de una manera científica, no simplemente para tenerlo ocupado o distraído o para pasar el tiempo. Tampoco se trata de un trabajo para que en un futuro pueda ganarse la vida. La eficacia curativa de una actividad o trabajo terapéutico está en relación directa con la iniciativa del paciente.

En la práctica de la ergoterapia es preciso que el equipo terapéutico conozca las necesidades del enfermo y el tipo de trabajo que debe ser recomendado para que éste sea terapéutico. Con la ergoterapia aumentan las relaciones no solamente de la vida interurbana, sino también entre el paciente y los objetos, apareciendo una estructuración del esquema corporal, del tiempo, del espacio vivido, etc. Es importante que las actividades que realice el paciente no estén muy distanciadas de su trabajo o interés.

El Departamento de Terapia Ocupacional debe ser activo y con un personal cualificado, para de esta forma proporcionar la ayuda especial que el paciente requiere.

Para que la terapia ocupacional tenga éxito es necesario:

a) Que todas las actividades que hay que desarrollar sean correctas para el paciente.
b) Que el ambiente terapéutico donde se lleva a cabo la terapia permita al paciente apreciar el valor en sí mismo de las actividades que realice.
c) Que las relaciones establecidas entre el equipo terapéutico sean de tal modo que los pacientes puedan estimar que todo el mundo involucrado en el programa de tratamiento se siente entusiasta respecto a todos sus aspectos.

37.3. Objetivos de las actividades terapéuticas

Aunque cada una de las actividades terapéuticas tienen un foco especial, todas tienen en común el principio de que es de gran ayuda para las personas con trastornos emocionales que se enrolen en una actividad enfocada sobre objetos fuera de él mismo. El concepto relacionado con un objeto es uno de los aspectos fundamentales en actividades terapéuticas. Este concepto no solamente incluye el uso de materiales utilizados en terapia, sino también el medioambiente, el terapeuta, así como otros participantes. El paciente puede expresar sus sentimientos, necesidades e impulsos. En

este sentido todas las actividades son creativas, por eso pueden ser usadas de forma variada y con diversos propósitos.

Todas ellas están desarrolladas en un programa basado sobre la percepción psicodinámica; pero altamente individualizada para confrontar las necesidades para las que fueron diseñadas.

Los cuatro objetivos siguientes son comunes para todas las actividades terapéuticas en un marco conceptual de salud mental:

1. Proveer oportunidades para estructurar actividades normales de la vida diaria. Las actividades son diseñadas para ayudar al paciente a manejar sus problemas básicos y permiten mantener un buen aspecto de salud.
2. Ayudar al diagnóstico y evaluación de la personalidad. El equipo terapéutico, a través de sus actividades, puede ayudar en dicho diagnóstico y evaluación.
3. La actividad prescrita al paciente a menudo permite que puedan expresarse de una forma no verbal sentimientos que le sería muy difícil manifestar de otra forma, y podría ser discutido en otro tipo de reuniones (terapia proyectiva).
4. Ayudar al paciente durante el período de transición del papel de persona enferma a ser un miembro productivo de la sociedad. Por eso el paciente debe aprender habilidades útiles para su futura integración.

37.4. Terapia del arte

La terapia del arte es un término poco preciso, y según algunos autores tiene diferentes sentidos. La *terapia del arte* constituye una forma de psicoterapia que utiliza la expresión plástica (comprende el dibujo, la pintura y la escultura) como medio de expresión del enfermo, y como modo de comunicación entre el paciente y el terapeuta. Podría compararse a los sueños, donde la imagen expresa las angustias y los deseos profundos del individuo. Estas imágenes son simbólicas y personales y pueden ser interpretadas.

La terapia del arte podría ser parte de la terapia ocupacional, aunque se diferencia en varios puntos: la terapia del arte es una creación espontánea y libre. El paciente, en cierto modo, muestra sus habilidades ante el terapeuta; no crea, como el artista, para su público; por ello es muy importante que se utilice terapéuticamente el exhibicionismo que hace el paciente. En la terapia del arte existe siempre un factor de aprendizaje y de entrenamiento; pero lo más importante es la espontaneidad, la creatividad con sus diferentes formas de expresiones plásticas (dibujo, pintura, modelaje). Todo esto puede ser enseñado por un terapeuta. Esta enseñanza puede conducir a una revaloración del sujeto.

Los enfermos que pueden beneficiarse de esta forma de terapia son principalmente aquellos que tienen dificultad para expresar su problemática, como puede ser un

esquizofrénico con una gran disociación o pacientes muy inhibidos.

La terapia del arte no excluye los otros métodos terapéuticos psiquiátricos, por ejemplo, cuando un paciente mejora su comunicación verbal. Se puede empezar con una psicoterapia, de este modo la terapia del arte puede ser asociada con otros tipos de psicoterapia, y por supuesto con todos los tratamientos psicofarma-cológicos.

En este tipo de terapia no es importante el rendimiento del paciente, la remuneración o la rentabilidad del trabajo. En la terapia del arte el paciente da un valor personal y profundo a su obra. El factor socioterapéutico es importante porque el trabajo es el tipo de comportamiento adaptado al grupo social.

EXPOSICIONES DE LOS TRABAJOS

Los pacientes pueden exponer los trabajos realizados en terapia en colaboración con empresas, comercios, etc. Es importante que la sociedad vea lo que hacen los pacientes para que comprenda y acepte la enfermedad mental.

Se podría crear un *stand* permanente en el hospital o también podría haber un centro en la ciudad donde hubiese una exposición y venta continuadas, llevadas a cabo por enfermos o por la asociación de familiares de enfermos mentales.

37.5. Concepto de ludoterapia

Los enfermos que practican la *ludoterapia* experimentan una liberación de energía física. Al mismo tiempo esta terapia establece reglas de competencia que aumentan el autoprestigio del paciente, y tiene también repercusiones de tipo psi-comotor.

El enfermo aprende jugando a cooperar y establecer relaciones con los demás, puede canalizar su agresividad, consigue una gran relajación, establece relaciones interpersonales en un plano de tolerancia aprendiendo a aceptar las reglas sociales de la convivencia.

El tiempo que el paciente ha de pasar en ludoterapia ha de regularse. Si éste es demasiado corto, el enfermo se puede frustrar; por el contrario, si se prolonga puede cansarle y hacerle perder el interés por el mismo.

Pueden distinguirse dos tipos de ludoterapia:

- Juegos de tipo recreativo (terapia recreativa).
- Juegos de tipo competitivo. 37.5.7. *Terapia recreativo*

Se entiende por *terapia recreativa* aquella terapia de recreo y de actividades sociales cuyo fin es el tratamiento.

Existen dos tipos de terapia recreativa: una que podrá ser hecha en la sala o en terapia ocupacional, y otra que puede ser organizada para todos los pacientes del centro hospitalario.

A través de estas terapias recreativas se puede valorar el grado de recuperación de los pacientes. En este tipo de terapia es importante que participe personal voluntario procedente de organizaciones benéfico-sociales. Por medio de la terapia recreativa el paciente expresa su propia personalidad sin inhibiciones ni interferencias, es una actividad libre y voluntaria.

Debido a sus múltiples variedades, esta terapia se puede adaptar a cada paciente, logrando la progresión y la integración del individuo a un medio normal de convivencia.

Para la progresión de actividades de ludoterapia, Knudson y Davis las clasifican en:

1. Actividades individuales, solitarias, etc.
2. Actividades en pequeños grupos de pacientes.
3. Actividades competitivas.

Algunos juegos recreativos típicos que se pueden practicar son:

a) Juego de cartas (tute, brisca, mus, escoba; se pueden organizar campeonatos).
b) Dominó.
c) Damas, ajedrez.
d) Oca, parchís.
e) Bingo.
f) Campeonato de ping-pong.
g) Billar, etc.

37.5.2. Juegos de tipo competitivo

En los juegos de tipo competitivo se pueden encontrar varias modalidades:

1. Individuales:

a) Juego de bolos.
b) Diferentes tipos de atletismo.
c) Natación.

2. En equipo:

a) Fútbol.
b) Fútbol sala.
c) Baloncesto.
d) Balonmano.
e) Balonvolea, etc.

37.6. Socioterapia

Otras terapias de interacción social que contribuyen a la mejora del enfermo psiquiátrico son aquellas que incluyen actividades de cine, música o lectura.

A) Cine forum

Los pacientes pueden organizar cine forum con el personal de enfermería. Las películas podrán ser escogidas por los propios pacientes, y al finalizar, podrán ser discutidas en grupo. También se puede hacer lo mismo con programas de televisión. El personal de enfermería debe estimular al grupo para que participe; de ahí que deba tener experiencia en el manejo de grupos.

B) Música

A través de la música el paciente puede expresar lo que siente comunicándolo a los demás. El arte permite liberar fantasías creando lo que no sería factible en un plano real. Terapéuticamente puede ser muy importante la música, el baile, el teatro, el canto, etc. La música puede estimular la imaginación, de ahí la importancia de crear grupos a los que les guste la música clásica y folclórica. Inclusive se puede formar una orquesta.

C) Biblioteca

Los libros, las revistas y los periódicos constituyen una fuente de información de los pacientes con el exterior. Es importante que los enfermos lean la prensa diaria, para que estén al día con lo que pasa en el mundo.

También pueden leer libros de aventuras u otro tipo de literatura que pueda interesar al paciente. Se puede hacer teatro leído coordinado por el equipo de enfermería. Otra opción es escoger un tema de actualidad y discutirlo en grupo.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

COOK, J. S. y FONTAINE, K. L.: *Enfermería psiquiátrica*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1989.

LONGHORN, E. L.: *Manuales para diplomados en enfermería y ATS de psiquiatría*. Editorial Médica y Técnica. 1979.

MEZQUITA BLANCO, J.: *Rehabilitación del enfermo mental. Terapia ocupacional e industrial*. Col. Temas de asistencia psiquiátrica. PANAP. 1975.

RODRÍGUEZ REYES, J.: *La terapia ocupacional y la laborterapia en las enfermedades mentales*. PANAP. 1975.

SNELL, H.: *Trastornos mentales e introducción a la enfermería psiquiátrica*. Paz Montal-vo. Madrid, 1978.

38

Técnicas conductistas y reflexológicas. Aplicación en trastornos de conducta alimentaria

OBJETIVOS

- Realizar la valoración biológica y psicosocial de los pacientes con trastorno alimentario y conocer los distintos métodos terapéuticos de intervención conductual.
- Identificar los síntomas, conductas, problemas y necesidades de estos pacientes.
- Conocer y jerarquizar los problemas y necesidades derivados de la propia enfermedad y de los métodos diagnósticos y terapéuticos.
- Planificar, ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería.
- Conocer la aplicación de reforzadores en un contexto de condicionamiento operante.
- Conocer los distintos métodos terapéuticos que utilizan los tratamientos multimodales.
- Conocer las distintas escalas de evaluación generales y específicas para los

trastornos de la ingesta.

38.1. Tratamiento de los trastornos de alimentación

La mayor parte de los autores coinciden en la necesidad de realizar un tratamiento bajo estricto control y régimen de hospitalización, especialmente en los casos de profunda emaciación. Sin embargo, el tratamiento extrahospitalario puede ser suficientemente abordado en los casos de escasa emaciación, ausencia de vómitos o purgas.

Algunos autores, como Reinhart, indican la conveniencia de un breve período de separación de los pacientes cuando existe un ambiente de elevada pugna y ansiedad.

Existe también cierta controversia en cuanto al tiempo de duración del tratamiento hospitalario, ya que algunos autores consideran una suficiente recuperación de peso corporal, y otros consideran el momento oportuno del alta cuando se ha realizado una aceptable reestructuración existencial de la familia y del paciente.

Los diferentes tipos de tratamiento utilizados parecen ser eficientes, pero no resuelven por sí solos la situación de forma global, por lo cual las tendencias más recientes indican la necesidad de abordar estos pacientes bajo tratamientos multi-modales. Estos tratamientos diversos incorporan:

a) Técnicas psicofarmacológicas:

- Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina);
- Neurolépticos de tipo desinhibidor (pimocide, sulpiride);
- Medicación orexígena (ciproheptadina) y, sobre todo,
- Los nuevos antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, etc.).

b) Técnicas psicoterapéuticas: Dirigidas a lograr un cambio positivo en la "calidad de vida", procurando corregir la preocupación intensa por la comida, evitando el desarrollo bulímico y de vómitos, y consiguiendo una buena elaboración del esquema corporal. Estas técnicas terapéuticas, tal como señala Bruch (1978), deben ofrecer soluciones a la potente búsqueda de la autoemaciación en el seno de familias generalmente muy controladoras y orientadas hacia los rendimientos.

El uso de la *terapia familiar*, considerando la edad prevalente de estos pacientes dentro de la adolescencia, constituye un abordaje prometedor (Minuchin, 1977), así como la *terapia de grupo* unida a procedimientos específicos de modificación de conducta.

El interés por la implantación de los *métodos de modificación de conducta* ha ido incrementándose en los últimos años (Bernis, 1978). El tratamiento conductual ha

proporcionado resultados que en principio parecen bastante prometedores, a través de programas específicos encaminados a la modificación de los patrones ingestivos y al reforzamiento por ingerir cantidades idóneas de alimentos (Halmi, 1975).

Por otra parte, Bruch (1978) demostró que las pacientes tratadas mediante técnicas de modificación de conducta no presentaban más efectos negativos, durante su seguimiento, que las pacientes tratadas por procedimientos biológicos o de otro tipo.

Las mayores diferencias existentes entre los autores (Halmi, 1980) son señaladas en cuanto los seguimientos se realizan a medio plazo, por encima de 35 días de tratamiento. Así, los pacientes (105 mujeres) ganaron en general suficiente peso durante la hospitalización, al margen de las condiciones específicas de tratamiento (Goldberg, 1977) y, por tanto, no se ha podido demostrar una mayor eficacia de los programas de modificación de conducta respecto a otros tipos de terapéutica. En relación con la eficiencia terapéutica, cada vez más, los autores señalan la necesidad de realizar estudios de seguimiento a medio y largo plazo y estudios comparativos que continúen más allá de la etapa de la hospitalización (ToroyVilardell, 1987).

Parece pertinente en la actualidad, tal como señala Van Buskirk (1977), evaluar los resultados del tratamiento a corto plazo en función de la ganancia de peso durante la hospitalización, y evaluar a largo plazo el nivel de adaptación psicológica general, la normalización de los patrones de la ingesta y la evaluación de preocupaciones indebidas por la alimentación.

En este capítulo se analizan únicamente las técnicas de modificación conduc-tual, debido fundamentalmente al gran desarrollo alcanzado en los últimos años por estas técnicas y al grado de penetración que han tenido dentro del ámbito de la enfermería.

38.2. Técnicas de modificación conductual alimentaria y su aplicación en enfermería

En términos generales se admite la existencia de tres grandes grupos de aportaciones:

a) Los trabajos focalizados sobre el elevado nivel de ansiedad en torno a la imagen corporal y a la alimentación, y que aplican técnicas de desensibilización sistemática y técnicas cognitivas.

b) Las aportaciones obtenidas a través de metodología de condicionamiento operante encaminadas a normalizar la conducta alimentaria y conseguir un peso próximo al ideal.

c) Otro gran bloque de aportaciones científicas utilizan una metodología mixta, procurando no sólo controlar los niveles de ingesta y peso, sino también el nivel de alertización general.

Dentro de las *técnicas de condicionamiento operante*, el personal de enfermería desempeña un papel muy relevante, especialmente si el tratamiento se realiza en régimen de hospitalización con aislamiento o semiaislamiento familiar (Rivera, 1985).

A pesar de que el abordaje terapéutico debe ser en este caso multidisciplinario, la planificación de la atención de enfermería deberá tener en cuenta las necesidades básicas y superiores de la pirámide de Maslow y realizar a la par un análisis conductual lo más ajustado posible (Lego, 1984), *definiendo todas las conductas desadaptativas observadas e identificando posibles estímulos reforzadores*. Posteriormente, una vez finalizado el análisis conductual, se diseñará un *plan de intervención, tanto sobre el paciente como sobre su familia* y que cristalizará a través de un *contrato terapéutico*.

Una vez identificados los estímulos reforzadores más potentes, tanto positivos como negativos (visitas, radio, televisión, familia, libros, vestido, objetos personales, paseos, etc.) se procederá a aplicar el paradigma de condicionamiento operante:

	E	Estímulo
	O	Organismo
E–O–R–K–C	R	Respuesta
	K	Contingencia
	C	Consecuencia

teniendo en cuenta los distintos tipos de reforzadores, tanto positivos como negativos (cuadros 38.1 y 38.2).

CUADRO 38.1
Clasificación de los reforzadores

REFORZADORES POSITIVOS	REFORZADORES NEGATIVOS
• Reforzamiento positivo.	• Reforzamiento negativo.
• Castigo negativo: Tiempo fuera de reforzamiento positivo y coste de respuesta.	• Castigo positivo: Estímulo aplicado contingentemente a una conducta, que
• Extinción: Ruptura de la unión o contingencia entre conducta y el reforzador positivo que la mantiene.	produce una disminución en la probabilidad de que la conducta ocurra.

CUADRO 38.2
Modalidades de los reforzadores

<table>
<tr><td>REFORZADOR POSITIVO</td><td colspan="2">Estímulo que se incluye en el medio y fortalece la respuesta precedente inmediata.</td></tr>
<tr><td>REFORZADOR NEGATIVO</td><td colspan="2">Estímulo que se retira del medio y fortalece la respuesta precedente inmediata.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">REFORZADORES EXTRÍNSECOS</td><td colspan="2">Se originan externamente al individuo (shock eléctrico).</td></tr>
<tr><td>PRIMARIOS</td><td>• No aprendidos.
• Incondicionados.</td></tr>
<tr><td>SECUNDARIOS</td><td>• Aprendidos.
• Relacionados con la historia de reforzamiento del sujeto (materiales, sociales...).</td></tr>
<tr><td>REFORZADORES INTRÍNSECOS</td><td colspan="2">No observables por el observador externo (orgullo).</td></tr>
</table>

En los trastornos de alimentación, los tratamientos conductuales, especialmente los de condicionamiento operante, pueden aplicarse de *forma rígida o estricta y de forma flexible*. Los resultados de experiencias llevadas a cabo tanto de forma rígida como de forma flexible no han resultado claramente diferentes, por lo cual en la actualidad se está evolucionando hacia formas de aplicación más flexibles, como señala Rivera (1985), que preconiza formas de semiaislamiento durante la hospitalización.

Los *programas de reforzamiento* más apropiados para los pacientes con dificultades de alimentación son los que utilizan intervalo o razón variables, tal como se señala en el cuadro 38.3, de acuerdo con Mayor y Labrador (1986).

Los efectos de los reforzadores y su uso contingente deben ser conocidos *a priori*, al objeto de prever su aplicación o retirada en función de la disminución o aumento de conducta conseguidos, tal como se indica en el cuadro 38.4.

Con objeto de optimizar la eficiencia y la adecuación en el uso de los reforzadores,

resulta pertinente tener muy presentes las características individuales, conductuales, temporales y de dosificación que se señalan a continuación.

USO ADECUADO Y EFECTIVO DE LOS REFORZADORES
• Los reforzadores positivos y negativos deben ser definidos en términos de cómo afectan al individuo. • Es necesario que las consecuencias afecten a la conducta automáticamente (no explicar, ni razonar). • Las consecuencias deben estar lo más relacionadas posible con la conducta objetivo del programa. • Los reforzadores deben ser aplicados de modo consistente, de acuerdo al plan preestablecido. • La contigüidad temporal es decisiva para la efectividad de los reforzadores. • Debe estimarse el nivel óptimo de frecuencia de administración de los reforzadores (evitar saciedad).

CUADRO 38.3
Clases de programas de reforzamiento

NOMBRE	DEFINICIÓN	EFECTOS SOBRE LA CONDUCTA	
		PROG. EN CURSO	PROG. TERMINADO
Razón fija (RF)	Se aplica reforzador después de cada respuesta.	Alta frecuencia de respuestas.	Descarga irregular de respuestas.
Intervalo fijo (IF)	Se aplica reforzador a la primera respuesta que ocurre cada x minutos.	Después del reforzamiento el sujeto deja de trabajar. Trabaja mucho justo antes del siguiente.	Lenta y gradual disminución de la respuesta.
Razón variable (RV)	Se aplica reforzador después de x respuestas	Muy alta frecuencia de respuestas. (A más razón, más frecuencia).	Muy resistente a la extinción. Máximo número de respuestas antes de la extinción.
Intervalo variable (IV)	Se aplica reforzador a la primera respuesta después de cada x minutos.	Frecuencia fija de respuestas.	Muy resistente a la extinción. Máximo tiempo para la extinción.

CUADRO 38.4
Efecto de los reforzadores

FRECUENCIA DE LA CONDUCTA	USO CONTINGENTE DE REFORZADORES (R)		USO NO CONTINGENTE DE REFORZADORES (R)
	SE APLICA REFORZADOR	SE RETIRA REFORZADOR	SE INTERRUMPE LA CONTINGENCIA
Aumenta (↑)	R+ (reforzamiento+)	R– (reforzamiento–)	
Disminuye (↓)	R– (castigo+)	R+ (castigo–)	R+ (extinción)

La metodología y el proceso de intervención conductual deberían comprender al menos las fases señaladas en los siguientes cuadros:

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL
• Obtención de la línea de base. • Análisis conductual: – Definición de conductas desadaptativas. – Identificación de estímulos reforzadores. • Diseño del plan de intervención. • Realización de un contrato terapéutico con el paciente y la familia.

PROCESO DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL
• Aspectos generales. • Programa de reforzamiento operante. • Terapia individual. • Trabajo con la familia.

En el proceso de intervención conductual se han de considerar muy importantes las siguientes condiciones, dentro de los *aspectos generales:*

- Aislamiento o semiaislamiento.
- *Feedback* informativo de los progresos obtenidos.
- Reforzamiento diferencial de los hábitos adaptativos y extinción de los desadaptativos.
- Dieta diaria (cantidad ingerida, velocidad de la ingesta, preferencia de alimentos, etc.).
- Observación/hora, siguiendo un programa de intervalo variable.

En relación con el programa de reforzamiento operante, es completamente necesario establecer los tipos de reforzadores que se han de utilizar a corto, medio y largo plazo, tal como se señala a continuación:

PROGRAMA DE REFORZAMIENTO OPERANTE
• Refuerzos de contingencia inmediata:
– Refuerzos sociales.
– Sesión de relajación.
• Reforzadores de contingencia a medio plazo:
– Salir fuera del hospital con familiares. – Salir de la habitación. – Visitas. – Interacciones con otros enfermos. – Material de distracción en la habitación.
• Refuerzos de contingencia aplazada:
– Poder pasar todo el día fuera del hospital con su familia.

Dentro del proceso de intervención, el personal de enfermería debe tener muy presente el objetivo de terapéutica individual global, y por tanto, tener presente que debe procurarse también una *reestructuración cognitiva* y una mejoría del proyecto vital, además del condicionamiento de evitación.

En el trabajo con la familia, es necesario y conveniente realizar:

1. Estudio de la dinámica familiar.
2. Mejorar la comunicación y relación familiar, modificando las pautas de interacción familiar existentes en ese momento.

3. Entrenamiento a la familia en el *manejo de refuerzos en las conductas adaptativas del paciente*.

Para el personal de enfermería, son necesarios los siguientes objetivos de evaluación, dentro del proceso de atención:

PARÁMETROS DE EVALUACIÓN
• Recuperación del peso corporal. • Reestructuración cognitiva (imagen corporal y peso). • Desenvolvimiento social (ajuste social). • Proyectos futuros (existenciales). • Conflictividad familiar.

Finalmente, uno de los papeles que el personal de enfermería especializado ha asumido (Lancaster, 1983; Koldjeski, 1984), a nivel internacional, es el de participar en la *identificación de grupos de riesgo*. Para proceder a la mencionada función, ha de tenerse en cuenta la existencia de diferentes escalas o protocolos con los que realizar esta función preventiva. A continuación se señalan los más asequibles y usuales, indicando los parámetros específicos contenidos en el EDI:

IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS DE ALTO RIESGO CON DIFICULTADES EN LA INGESTA ALIMENTARIA
• EDI *(Eating Disorders Inventory)*. • EPI *(Eysenck Personalify Inventory)*. • Escala de susceptibilidad a la recompensa (Gray). • Escala de susceptibilidad al castigo (Gray). • Test de actitudes hacia la ingesta.

PARÁMETROS DEL EDI *(Eating Disorders Inventory)*
• Motivación para adelgazar.

- Identificación de la interocepción.
- Bulimia.
- Insatisfacción corporal.
- Inefectividad.
- Miedo a madurar (a ser adulto).
- Perfeccionismo.
- Desconfianza interpersonal.

Por último, con objeto de completar el proceso de atención de enfermería (Roper, 1983; Wilson, 1983; Vinatier, 1977; Colonna, 1981), deben evaluarse todos los cuidados implementados y dirigidos a resolver las necesidades de la pirámide de Maslow (Morrison, 1985; Schultz y Dark, 1984), que afectan a líquidos y nutrientes, reposo y sueño, eliminación biológica, actividad física, seguridad per-sonal-autoaceptación, posesión, afectividad y autorrealización (Poletti, 1980; Stockwell, 1985).

Los programas de reforzamiento operante, de acuerdo con Thompson (1978), Liberman (1978) y Polaino (1987), pueden ser fácilmente aplicados e incorporados por el personal de enfermería, dado que son los profesionales que durante la hospitalización permanecen en contacto continuo con el paciente, adoptan una actitud comprensiva pero firme en contraste con la actitud patógena de los familiares y tienen un excelente nivel de formación universitaria, que permite el manejo de forma consciente y meditada de los reforzadores de contingencia en los distintos plazos ya señalados.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

LANCASTER, J.: *Enfermería comunitaria. Modelos de prevención de la salud mental*. Inter-americana. México, 1983.

LIBERMAN, R. P.: *Iniciación al análisis y terapéutica de la conducta*. Fontanella. Barcelona, 1978.

MAYOR, J. y LABRADOR , F. J.: *Manual de modificación de conducta*. Alhambra. Madrid, 1986.

THOMPSON, T. y GRABOWSKI, J. G.: *Programas de reforzamiento y análisis multiope-rante*. Trillas. México, 1978.

TORO, J. y VILARDELL, E.: *Anorexia nerviosa*. Martínez Roca. Barcelona, 1987.

39

Tratamientos en psiquiatría infantil

OBJETIVOS

- Conocer los diferentes tipos de tratamiento psicológico que deben aplicarse en cada trastorno psiquiátrico infantil.
- Analizar las técnicas terapéuticas de la psicoterapia infantil.
- Conocer las diversas terapias conductuales que se aplican a los niños.
- Conocer los tratamientos psicofarmacológicos recomendados en psiquiatría infantil.

39.1. Tratamientos psicológicos

A) Trastornos del desarrollo

Aparecen normalmente en la infancia, la niñez o la adolescencia.

RETRASO MENTAL

Los síntomas esenciales son: capacidad intelectual general muy por debajo del promedio, un déficit o deterioro significativo de la capacidad adaptativa, comienzo antes de los 18 años.

Tratamiento: Programas de desarrollo individual, en colaboración con el INSERSO y los MEC (equipos multiprofesionales).

TRASTORNO AUTÍSTA

Deterioro cualitativo en el desarrollo de la interacción social, en las habilidades de comunicación, en la actividad imaginativa, repertorio restringido de actividades e interés, anomalías posturales y motoras, en el caso más grave, estereotipias y autoagresiones.

Tratamiento: Psicoterapia individual.
Terapia familiar.
Internado.

TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN

Notable déficit de la coordinación que no puede ser explicado por la deficiencia mental ni por trastorno físico conocido y que interfiere de forma significativa en los aprendizajes escolares o en las actividades de la vida cotidiana. La manifestación varía según la edad (incapacidad para atarse los zapatos, abotonarse, torpeza en juegos, dibujo y escritura).

Tratamiento: Psicomotricidad, como reeducación, y/o terapia.

B) Trastornos por conductas perturbadoras

Se caracteriza por conductas socialmente perturbadoras que provocan mayor malestar en los demás que en los sujetos que las presentan.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Síntomas que aparecen en la escuela, en casa y en otras situaciones. Da la impresión de que no escucha, el trabajo no lo acaba, si lo hace es de forma sucia y descuidada, interrumpe la actividad de los otros, es incapaz de estar sentado, no acepta las instrucciones, cambios frecuentes de actividad, propenso a los accidentes.

Tratamiento: Modificación de conducta.
Psicoterapia.
Terapia familiar.

TRASTORNOS DE CONDUCTA

Puede ser grupal, agresivo, solitario, indiferente. La sintomatología esencial consiste en un patrón persistente de conducta en la que se violan los derechos básicos de los demás, y las normas sociales propias de la edad: agresiones físicas, robos, incendios, violencia con animales, etc.

Tratamiento: Modificación de conducta.
Psicoterapia.
Terapia familiar.

NEGATTVISMO DESAFIANTE

Este trastorno consiste en un patrón de conducta con rasgos de negativismo, hostilidad y desafío, sin violaciones importantes de los derechos de los demás, la actitud desafiante debe ser más frecuente que en los niños de su edad.

Tratamiento: Psicoterapia de juego.
Psicodrama.

C) Trastornos por ansiedad

En estos trastornos la ansiedad es un fenómeno clínico predominante.

TRASTORNO POR ANGUSTIA DE SEPARACIÓN

Ansiedad excesiva relacionada con la separación del niño de las personas con las que se halla vinculado. Esta ansiedad puede llegar hasta el pánico, estos niños se encuentran mal cuando van a la escuela, por primera vez, cuando viajan, se niegan a dormir fuera de casa, preocupaciones exageradas por accidente.

Tratamiento: Psicoterapia individual.
Terapia de juego.
Psicodrama.

TRASTORNO POR EVITACIÓN

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en una excesiva conducta de evitación, que se manifiesta en el contacto con personas desconocidas, que tiene la importancia suficiente para interferir la vida social con los compañeros y que por lo menos dura seis meses.

Tratamiento: Psicoterapia.
Terapia de conducta.

D) Trastorno por tics

Un tic es un movimiento motor o una vocalización involuntaria, repentina, rápida,

arrítmica y estereotipada. Se experimenta como irresistible, aunque puede ser suprimido durante cierto período de tiempo. Tipos: parpadeo, sacudidas de cuello, encogimiento de hombros, tos, aclaramientos de garganta, etc.

Tratamiento: Orientación a padres.
Relajación.
Análisis de las tensiones y modificación.

E) Trastornos del sueño

PESADILLAS

Dificultades para conseguir un sueño reparador, por ansiedad, miedo, incluso llanto, sin embargo, no hay pérdida de consciencia ni de memoria, recuperan la tranquilidad con facilidad. Esta alteración es normal en niños menores de 7 años y en mayores cuando resulta muy esporádicamente.

Tratamiento: Psicoterapia.
Psicodrama.

F) Trastornos de la eliminación

ENCOPRESIS

Evacuación repetida e involuntaria de las heces en lugares poco adecuados, por lo menos una vez al mes. La edad mental del niño debe ser de 4 años por lo menos y deberán descartarse los trastornos físicos que puedan causar incontinencia.

Tratamiento: Psicoterapia.
Terapia de juego.
Esclarecimiento al niño y a los padres de las causas que la provocan.

ENURESIS

Emisión repetida de la orina durante el día o por la noche, en la cama o en las ropas, involuntaria o intencional, dos episodios al mes por lo menos, edad cronológica de 5 años y edad mental de 4, y no se debe a trastorno físico.

Tratamiento: Modificación de las pautas educativas.
Psicoterapia de juego.
Modificación de conducta.

G) Fobia a la escuela

(Véase trastorno por angustia de separación.)

H) Trastornos de las relaciones paternofiliales y hermanos

Incluye todos aquellos conflictos derivados de la relación con la familia, debidos a celos, rivalidad, padres separados, etc.

Tratamiento: Esclarecimiento de las relaciones.
Psicoterapia.
Terapia de juego.
Psicodrama.

39.1.1. Psicoterapia en niños

Se entiende por *psicoterapia* el tratamiento de los trastornos fisiológicos de origen psíquico, los trastornos conductuales, emocionales, las enfermedades psíquicas o los trastornos del desarrollo mediante técnicas psicológicas.

Las técnicas terapéuticas son el resultado de una serie de principios teóricos y posiciones conceptuales respecto a la infancia que cristalizan en reglas más o menos estructuradas y concretas, que marcan la aplicación en cada caso. Pero cuando se trabaja en psicoterapia se observa una clara diferencia en la actitud del paciente adulto y la del niño que traen a consulta. El paciente neurótico adulto anhela aquella normalidad que le ofrece posibilidades de placer sexual y éxitos profesionales, mientras que para el niño la "curación" no le causa placer ya que supone adaptarse a una realidad desagradable, renunciar a una inmediata realización de deseos y a las gratificaciones secundarias, de tal modo que el paciente adulto accede por su propia voluntad, mientras que el niño es traído por deseo de sus padres.

Los trabajos de Freud durante el análisis de adultos le condujeron a investigar los años de la infancia, ya que descubrió que las primeras causas del trastorno mental tenían su fuente en factores que actuaban en las primeras etapas del desarrollo. Sus descubrimientos sobre la dinámica del inconsciente, la sexualidad infantil y el complejo de Edipo obligaron a reconsiderar lo que hasta entonces se suponía que era un niño.

La aplicación del psicoanálisis al tratamiento de niños ha desarrollado dos orientaciones según las escuelas de Anna Freud y Melanie Klein, cuya evolución teórica ha inspirado recursos técnicos para la psicoterapia de tipo dinámico. Estas terapias tienen por objetivo desdramatizar los síntomas analizando el lugar psicológico que la familia concede al niño, y descubrir las causas que provocan los trastornos sin incidir directamente en los síntomas.

TERAPIA DE JUEGO

Forma de psicoterapia basada en la teoría sobre el juego de D. Winnicott. Su objetivo es ocuparse de los procesos de crecimiento del niño y de la eliminación de los obstáculos evidentes para su desarrollo, de tal manera que cuando el juego no es posible,

el terapeuta se orienta a llevar al paciente de un estado en el que no puede jugar a otro en el que le es posible hacerlo.

La aplicación es individual o con la pareja madre-niño. La técnica está relativamente poco estructurada, y el uso de materiales, juegos y juguetes depende de la edad y las peculiaridades de cada caso.

PSICODRAMA

Método de terapia que se basa en el método creado por Moreno y cuyo objetivo es facilitar la exteriorización de los conflictos íntimos a través de la representación libre con marionetas, analizando los mecanismos de defensa y las proyecciones que manifiestan los niños en sus personajes, ya que representan aquellas personas, fantasías y fantasmas que tienen importancia esencial en la historia del niño.

Se busca la descarga de sentimientos, se muestra el significado del comportamiento y después se ofrecen "choques psicodramáticos" mediante las situaciones representadas para que aprenda a hacerles frente.

Los descubrimientos del psicoanálisis provocaron claras resistencias en una parte de la sociedad, principalmente en aquellos investigadores de los procesos y las leyes del aprendizaje. Los conductistas no tienen en cuenta los síntomas de los trastornos referentes a los conflictos emocionales latentes que han de ser descubiertos y resueltos. Por el contrario, afirman que el trastorno conductual es el problema. Opinan que si el terapeuta logra enseñar al paciente a emitir una conducta más apropiada en tales situaciones, lo habrán curado.

39.1.2. Terapias conductuales

Las *terapias conductuales* se basan en la suposición de que todo comportamiento, normal y anormal, se aprende. No es preciso que el terapeuta conozca cómo y por qué los niños y las personas han aprendido a portarse de una determinada forma, su misión consiste en enseñarles modos más satisfactorios de comportamiento. Los conductistas aplican varias técnicas para inculcar nuevos hábitos.

TERAPIA CONDUCTUAL

Es un método terapéutico que se propone enseñar una nueva conducta, se basa primordialmente en la aplicación del condicionamiento (premiando los nuevos comportamientos e ignorando o castigando los viejos). En niños deficientes ha tenido gran éxito y se ha elaborado gran cantidad de programas para el adiestramiento en habilidades sociales, de autonomía, etc.

CONTRATO CONDUCTUAL

Forma de terapia en la cual el niño, y el terapeuta, los padres, maestros o educadores, establecen reforzamientos para alcanzar metas de comportamiento. Se aplica principalmente en centros e instituciones y en la familia.

CONDICIONAMIENTO AVERSIVO

Método de terapia conductual que tiene por objetivo eliminar patrones conductuales indeseables, enseñando al niño a asociarlos con dolor o malestar. Algunos clínicos utilizan el pipí-stop para trabajar la enuresis.

DESENSIBILIZACIÓN

Método de terapia conductual cuya finalidad consiste en reeducar la ansiedad ante determinado objeto o situación. Se apoya con técnicas de sugestión y de respiración y entrenamiento en relajación para controlar los síntomas fisiológicos de la emoción. Ha tenido mucho éxito en el tratamiento de conductas fóbicas.

Desde la psicología evolutiva se han elaborado escalas de desarrollo y procesos de maduración que han contribuido a mejorar los criterios diagnósticos y la detección precoz de los trastornos del desarrollo. Esto ha permitido orientar y decidir intervenciones terapéuticas en el medio escolar, como la educación psico-motriz, la logopedia, y otras en la asistencia clínica, como:

TERAPIA PSICOMOTRIZ

De tipo afectivo, es un método terapéutico desarrollado por B. Aucouturier, que parte de la teoría psiconalítica y de la teoría sobre el desarrollo de la inteligencia de Piaget. Trabaja a partir del movimiento. Su objetivo consiste en reinsertar a los niños con impedimentos físicos, sensoriales, psicosis y aquellos niños que invadidos por preocupaciones emocionales no pueden comunicarse con normalidad. En cuanto a la técnica, se parte del establecimiento del placer sensoriomotor, basado en que sólo a partir del deseo y del placer por el movimiento el niño puede progresar hacia estadios más evolucionados y acceder al pensamiento operatorio. Su aplicación puede ser individual y en grupo.

ESTIMULACIÓN PRECOZ

Comprende una serie de prácticas de adquisición de habilidades y destrezas en bebés y niños pequeños considerados de alto riesgo para el desarrollo motor, de lenguaje,

perceptivo, de la inteligencia y de la comunicación, debido a presentar diagnósticos traumáticos por lesiones orgánicas o por circunstancias afectivas.

Estas técnicas permiten la adecuada programación de las distintas áreas a estimular según cada caso. El trabajo se realiza en equipo. Los programas se diseñan desde la asistencia clínica, se aplican y se enseñan a madres, padres y educadores, para que se realicen en el ambiente familiar.

TERAPIA FAMILIAR

Es una forma especial de terapia de grupo. Se basa en la teoría de que si un miembro de la familia tiene problemas, ello es a menudo un signo de que la familia tiene problemas. Las metas primordiales de la terapia de familia son mejorar las comunicaciones en la familia, alentar a sus miembros a mostrar mayor empatía, lograr que compartan las responsabilidades y aminorar los conflictos. Para conseguir estos objetivos todos los integrantes han de convencerse de que les beneficiarán los cambios de su comportamiento.

Los terapeutas se centran en cambiar la manera en que los miembros de una familia satisfacen sus necesidades en lugar de intentar cambiar esas exigencias o la personalidad de cada uno. La terapia familiar está indicada cuando hay problemas entre padres e hijos, cuando la terapia individual avanza poco debido a causas familiares y en los trastornos psicosomáticos.

39.1.3. Exposición de un caso

A continuación se expone el caso de un niño de 4 años y 8 meses, al que se le aplica un tratamiento psicológico:

> La madre lo trae a la consulta porque está en primero de preescolar y en el segundo trimestre todavía presenta dificultades para adaptarse (se niega a ir al colegio, cuando entra forzado no hace las tareas, no se comunica con los compañeros, no le habla a la maestra) y su comportamiento en casa nos dicen que es normal, aunque descubrimos episodios de encopresis y enure-sis primaria.
>
> Los padres están saliendo de una crisis de pareja y actualmente se muestran preocupados por el comportamiento del hijo, la madre en particular es una mujer muy ansiosa en la relación con el pequeño, al que sobreprotege en los pocos momentos que tiene para verle.
>
> Durante la primera entrevista el niño se negó a abandonar el despacho para jugar solo. En la sesión de estudio se negó a que el padre saliera del despacho quedándose solo con el examinador. Cuando el padre

forzó la separación, J. estalló en sollozos, patadas a la puerta, intentos de abrirla. Mientras yo le iba dejando caer una pelota y descubría juguetes del armario, él permanecía llorando con rabia, golpeando la silla durante varios minutos hasta que decidí interrumpir la sesión. Les cité para una nueva visita expresando al niño que no me sentía enfadada por su comportamiento y prometiéndole que le iba a dejar jugar siempre con uno de sus padres dentro. Tuve que ganarme su confianza demostrándole en las sesiones siguientes que estaba dispuesta a respetar su voluntad en todo momento, que su padre/madre saldrían del despacho sólo cuando él quisiera, pero le pedía que durante la sesión no podía hablar con ellos.

Pasaron ocho sesiones hasta que aceptó que su madre nos esperara fuera de la sala, en una ocasión salió a comprobar que estaba realmente sentada esperándole.

En la fase siguiente J. realizó once sesiones en las que no me habló ni una sola palabra, elegía la Granja y se pasaba toda la sesión manipulando y creando juegos con objetos que a mí me resultaban en ocasiones difíciles de comprender. Yo me limitaba a recogerle las piezas cuando se le caían, a colaborar en algunos movimientos y a verle jugar; de vez en cuando me miraba de reojo, a lo que yo sonreía (pienso que para averiguar si estaba pendiente de él a la vez que le dejaba hacer). Durante esta fase, le despedía cariñosamente preguntándole si deseaba volver al siguiente día, y respondía con un gesto afirmativo.

La madre me informaba que venía contento, que ya le hablaba a la maestra, se relacionaba mejor y la encopresis había remitido.

Pasado el tiempo eligió la escuela y otros juegos con los que exhibía grandes habilidades de manipulación, contestaba a mis sugerencias verbalmente ("no", "no lo sé", "ya te lo he dicho", etc.) pero poco a poco iba aceptando mis ofrecimientos de ayuda para desplazar algún coche, para colaborar en algún juego y empezaba a pedirme diversos juegos competitivos. A pesar de que estaba funcionando muy bien en el colegio, todavía persistía la enure-sis (la madre se resistía a mis sugerencias de que no se levantara durante la noche para llevarle al servicio).

En el mes de julio el padre estaba planeando irse a trabajar a un campamento y quería llevarse a sus hijos. La madre se resistía a que fuera J. por su enuresis. Le sugerí que le dejaran ir, proponiéndoles que le llevaran una colchoneta fácil de lavar.

A la vuelta del campamento, el niño había mojado un poco en una sola ocasión. Él no me quiso contar nada de lo que había hecho en el campamento, pero empezó a elegir exclusivamente juegos competitivos tipo Memory con los que me invitaba a jugar, y tengo que reconocer con agrado que me ganaba a menudo, a la vez que la madre me iba informando que venía muy contento.

En el mes de septiembre, la familia se fue quince días a la playa; allí no hubo episodios de pis, pero la madre confesó que se había levantado para evitar que mojara el colchón del apartamento. El niño me trajo un regalo realizado con conchas y restos marinos, creado y pintado por él mismo. Después de vacaciones me pidió que le enseñara a jugar al dominó, más tarde a los barcos y al parchís (juegos de reglas). A finales de octubre, por problemas familiares, el niño debía quedarse en el comedor escolar, situación que preocupaba a la madre, pero que se resolvió sin ninguna dificultad. Insistí a la madre en que no se levantara ni una sola vez para evitar que mojara, pedí la complicidad del niño para que no se dejara despertar y fuera él mismo valorándose los grandes progresos que había demostrado.

Tuvimos que distanciar las sesiones y a pesar de que en la primera semana mojó la cama tres veces la madre aceptó no levantarse.

Al mes siguiente J. dejó de mojar. Ya han pasado tres meses y podemos pensar que su enuresis primaria ha desaparecido.

39.2. Tratamientos psicofarmacológicos

Mucho se ha hablado y escrito sobre la conveniencia o no de los tratamientos farmacológicos en psiquiatría infantil. Cierto es que su uso no es generalizado, pero tampoco es menos cierto que hay datos para asegurar que los niños pueden soportar medicación mejor que los adultos. Además, recientes avances en farma-coterapia infantil avalan la utilización de los psicofármacos en muchos trastornos.

Los niños pueden necesitar o tolerar dosis ligeramente superiores en miligramos por kilogramo de peso corporal que los adultos. Una posible explicación es el mayor cociente de peso hígado-cuerpo existente en la infancia, por ejemplo del 30% mayor para un niño de 6 años que para un adulto.

A continuación y siguiendo igual distribución que la empleada en las psicoterapias, se enumeran los trastornos y se comentan los fármacos recomendados, a modo orientativo, dado que pueden ser igualmente válidos otros productos y otras dosis.

A) Trastornos del desarrollo

RETRASO MENTAL

Evidentemente no hay fármacos que mejoren el retraso mental, sin embargo, se sabe que a estos casos, sobre todo a los institucionalizados, se les administra gran cantidad de neurolépticos, "para que no molesten".

Cuando aparecen conductas de hiperactividad o agresividad, se les puede dar, siempre de forma sintomática: metilfenidato (Rubifén) y tioridazina (Meleril); cuando hay

mucha agitación, haloperidol, hasta que remitan los síntomas.

TRASTORNO AUTISTA

Tampoco los fármacos son eficaces en este trastorno, se recomienda la administración de haloperidol 2 mg/día de forma sintomática.

Recientemente se está estudiando la flenfuramina por su acción antiserotoninérgica, pero sin resultados concluyentes en la actualidad.

B) Trastornos por conductas perturbadoras

TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Aun cuando sea paradójico, son los estimulantes como las anfetaminas o el metilfenidato, los fármacos más útiles en estos cuadros.

Tienen el riesgo de que pueden afectar a la talla y peso del niño, así como por tener una vida media corta (3-4 horas); si el niño no toma el fármaco con la frecuencia necesaria, puede aparecer efecto rebote.

El metilfenidato (Rubifén) se puede administrar hasta 60 mg/día, si bien se inicia el tratamiento con 20 mg aumentando 10 mg cada 5 días hasta obtener la dosis mínima eficaz.

Se debe controlar que no se dé esta medicación por la noche ya que provoca insomnio, así como vigilar el apetito y el peso.

TRASTORNOS DE CONDUCTA

Suele ser difícil, debido al rechazo del tratamiento que tienen estos pacientes, ya que carecen de conciencia de enfermedad. La carbamacepina (Tegretol) 200400 mg/día resulta eficaz. Últimamente se estudia la utilización de buspirona (Buspar).

C) Trastornos por ansiedad

Si bien para estos trastornos la terapéutica más eficaz es la psicoterapia, la administración de ansiolíticos benzodiacepínicos y de los nuevos antidepresivos serotoninérgicos pueden ser útiles como coadyuvante de la psicoterapia, tanto para el niño como para sus padres.

D) Trastornos por tics

La administración de haloperidol y pimocide (Orap) a dosis bajas se ha mostrado eficaz en un alto porcentaje de estos pacientes.

E) Trastornos del sueño

INSOMNIO

Lo fundamental será proporcionar y educar al niño en las normas de higiene del sueño. En casos resistentes se le pueden dar dosis bajas de hipnóticos no benzodiacepínicos: zolpidem y zopiclona.

TERRORES NOCTURNOS

Debido a que estos episodios tienen lugar durante la fase IV del sueño, será conveniente darles algún tipo de benzodiacepina que disminuya dicha fase, por ejemplo Valium 2 mg no más de dos semanas y evaluar.

F) Trastornos de la eliminación

ENURESIS

La imipramina (Tofranil) en dosis de 25-75 mg suele ser eficaz en un 50% de los casos. Recientemente está en el mercado otro fármaco, Minurín.

39.3. Otras terapéuticas orgánicas

Tanto la terapia electroconvulsiva (electroshock) como la psicocirugía se han empleado en tiempos con población infantil. La comprobada falta de eficacia y la no existencia de estudios comprobados desaconsejan su utilización en niños.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

AJURIAGUERRA, J.: *Manual de psiquiatría infantil*. Masson. Barcelona, 1983.

KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J.: *Tratado de psiquiatría*, 2ª ed. Salvat. Barcelona, 1989.

PÉREZ URDÁNIZ, A. y ROMERO, F.: *Psiquiatría clínica para estudiantes de medicina*. Eurocruz. Salamanca, 1993.

W. AA.: *Aplicacionespsicoterapéuticas*. Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías del Hospital Provincial de Ntra. Sra. de Gracia. Zaragoza, 1991.

W. AA.: *Salud mental en atención primaria*. Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías del Hospital Provincial de Ntra. Sra. de Gracia. Zaragoza, 1991.

Parte IV

Asistencia psiquiátrica

40

Asistencia psiquiátrica hospitalaria

OBJETIVOS

- Adquirir los conocimientos elementales sobre la evolución de la asistencia psiquiátrica hospitalaria, tanto en el mundo occidental en general como en España.
- Entender el concepto de Unidad de Psiquiatría en Hospitales Generales y conocer su evolución histórica.
- Analizar las ventajas de las Unidades de Psiquiatría con respecto a los Hospitales Psiquiátricos.
- Conocer los servicios asistenciales de las Unidades Psiquiátricas de Hospitalización.
- Conocer los cuidados de enfermería en las Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales.

40.1. Historia de la asistencia psiquiátrica hospitalaria

Durante muchos siglos, desde sociedades primitivas a las antiguas civilizaciones, la

enfermedad mental fue reconocida socialmente entre las afecciones o desviaciones no deseadas, sin que se crease para ella ningún tipo de institución específica. Son siglos en los que, con interpretaciones sobrenaturales y religiosas primero o naturales y médicas después, tampoco existen instituciones netamente separadas de los templos para otros problemas de salud.

La primera red de instituciones asistenciales sanitarias surgió con la crisis de las sociedades esclavistas y fue atendida desde el espíritu y la práctica caritativa del cristianismo, convertido en ideología predominante.

Las primeras instituciones específicas para la enfermedad mental tuvieron lugar durante el Imperio islámico, el cual recogió la tradición hipocrática de la causalidad natural y trató a los enfermos mentales dentro de las instituciones médicas de las grandes ciudades del Islam.

La religión musulmana tuvo desde su profeta Mahoma una actitud distinta ante la medicina y ante las ciencias. De las mismas raíces que el cristianismo, considera la asistencia a los enfermos y desvalidos como una obligación religiosa. Pero a diferencia del cristianismo no tuvo un clero organizado y la administración civil era la encargada de ese deber asistencial de la comunidad. Los hospitales fueron auténticas instituciones médicas en el sentido contemporáneo de la palabra, adelantándose unos cuantos siglos en muchos aspectos de su funcionamiento a nuestros actuales hospitales.

Por vez primera en la historia de la medicina, los hospitales árabes tienen una división interna con departamentos por enfermedades o afecciones de órganos determinados: ortopedia, oftalmología, cirugía, enfermedad mental, etc. Se sabe de algunos hospitales generales famosos, fundados en los siglos VIII y IX en Bagdad, Damasco y El Cairo, que tenían, entre otros departamentos especializados, uno para enfermos mentales; asimismo, se conocen otros hospitales para locos, como el instalado en el antiguo convento de Ezequiel y el de Fez en Marruecos.

Los médicos árabes y judeo-árabes criticaron los procedimientos terapéuticos violentos y se inclinaron por recomendar la paciencia y la persuasión, los ejercicios y los baños, los entretenimientos, la danza, la relajación, el teatro en los jardines del hospital o el sueño prolongado con fármacos.

A imitación del mundo árabe y a partir de la Península ibérica, la cual pertenece durante ocho siglos a dicho imperio, se van a crear los primeros manicomios de Occidente, a menudo por iniciativa de la burguesía urbana dentro del marco caritativo y religioso de las instituciones asistenciales.

En el mismo siglo en el que los reinos cristianos acabaron la reconquista de la Península ibérica a los árabes, se crearon casas para locos en las ciudades españolas más importantes: Valencia (1409), Zaragoza (1425), Sevilla (1436), Toledo (1483), Valladolid (1489), a las que luego seguirían otras más.

En los comienzos de la industrialización, los enfermos mentales de las clases altas eran atendidos por médicos en sus domicilios o en pequeñas instituciones privadas como las *petits maisons* o las *madhouses*. Los más pobres, con excepciones como la de Bethlem, no tenían instituciones específicas en los países que iniciaron la

industrialización.

Las reacciones sociales, más o menos institucionalizadas, eran entonces muy diversas: el encadenamiento en los domicilios, las socorridas prisiones municipales, algunas secciones o prisiones especiales como fueron la torre de los locos de Caen, el Chateler de Melum de París o las *Narrtürmero Tollkiste* en las ciudades alemanas, etc.

No es raro que sea Inglaterra, que realiza la revolución industrial en el siglo XVIII, el primer país que trata de adecuar los servicios sanitarios a las nuevas necesidades sociales. En 1751 se crea el St. Luke de Londres, que se añade al de Bethlem como institución pública para lunáticos pobres.

En esta historia de construcciones hospitalarias, se deben ubicar los asilos psiquiátricos. En el siglo XVIII se construirán varios en Inglaterra y el York Retreat por iniciativa de Tuke. También los primeros de Holanda y EEUU, el de Dublín, el de Novgorodov y el de San Petersburgo, los primeros de Suiza, los de Lübeck y Frankfurt, la *Narrentürm* de Viena y varios más que se añaden a los ya existentes en España, Portugal, Italia y varios países de América latina. Todos ellos anteriores a la fecha famosa de 1793, en que Pinel fue a trabajar a Bicètre.

La liberación de las cadenas en las cárceles y en los manicomios forma parte de un mismo proceso histórico. Antes de Bicètre y Salpêtrière habían suprimido las cadenas Chiarugi en el Ospedale Bonifazio (1788) y Joly en Ginebra (1787). Por entonces Tuke abría el Retiro de York demostrando que los pacientes no necesitaban restricciones, limitaciones, ni castigos. Philippe Pinel, traductor y buen conocedor de la medicina europea de su tiempo, elogió a Tuke y reconoció la importancia del tratamiento moral y las instituciones inglesas.

FIGURA 40.1. Philippe Pinel no sólo es el precursor de la moderna psicoterapia, sino un adelantado en el trato

humanitario a los enfermos mentales. (Pinel soltando a los locos de sus cadenas en la Salpêtrière. Óleo.)

40.2. Asistencia psiquiátrica en España

Según el criterio de los historiadores, España entró realmente en el siglo XX a partir de la Primera Guerra Mundial. Fue un período de grandes agitaciones sociales, que se agravaron con la depresión económica de 1921. Tales circunstancias condicionaron un aumento de la morbilidad psiquiátrica en la población española, con el consiguiente incremento de la demanda social de internamiento psiquiátrico. En el año 1922 el porcentaje de dementes acogidos en establecimientos sanitarios era de 42 por cada 100.000 habitantes, en tanto que en 1874 el porcentaje había sido de 18 por cada 100.000 habitantes. Esto condujo a una expansión de los manicomios de "reclusión definitiva", sobre todo de los pertenecientes a las órdenes hospitalarias, financiados por donaciones particulares y por las pensiones recibidas de las Diputaciones Provinciales, legalmente responsables de la asistencia a los enfermos mentales indigentes, o sea, de la gran mayoría. Dichas órdenes ampliaron sus actividades, agrandaron sus manicomios (Ciempozuelos, Palencia, San Baudilio de Llobregat, Mondragón, etc., todos ellos inaugurados a finales del siglo XIX), crearon algunos nuevos (Málaga) y administraron algunos manicomios provinciales (Murcia, Navarra). En esta época también se inauguró el Pedro Mata, de Reus, un gran manicomio de propiedad privada que trabajaba con enfermos pobres o públicos.

La asistencia que prestan los manicomios de las órdenes hospitalarias resulta poco rentable terapéuticamente y es enormemente costosa para las Diputaciones, que han de sufragar numerosas pensiones indefinidas para sus enfermos, cargándose de deudas. A partir de 1969 numerosas Diputaciones construyen o amplían sus manicomios, aprovechando el dinero concedido por el Tercer Plan de Desarrollo, algunos rebasando las 1.000 camas, tales como el de Valencia, Sevilla, Madrid (Alonso Vega), etc. En años sucesivos aparecen nuevos manicomios en Albacete, Almería, Santa Cruz de Tenerife, Cádiz (Puerto de Sta. María), Oña (Burgos), Mérida (Badajoz), Plasencia (Cáceres), Córdoba, Logroño, Santander, Valladolid, León, Toledo, Guadalajara, Málaga y Cuenca.

En algunas Diputaciones se plantea una reforma de la política asistencial, tendente a reducir el número de camas psiquiátricas, potenciando la psiquiatría extra-hospitalaria, con el objetivo de una mejor rentabilidad económica y sanitaria. Así se crean las Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales, los Centros de Salud Mental, etc.

En definitiva, y dentro de la evolución histórica de la *asistencia nosocomial*, es importante señalar el papel que han tenido los Hospitales Psiquiátricos en la historia de la atención a la salud mental y que no es otro que el de sórdidos lugares de reclusión en los cuales se "ingresaba" a personas que padecían cualquier tipo de patología mental; es el caso de las llamadas "brujas" de la Edad Media o de los lunáticos posteriores, hasta los "locos" actuales. Evidentemente la asistencia en materia de salud mental ha evolucionado positivamente en el sentido de ir convirtiendo los manicomios en centros asistenciales,

con un objetivo terapéutico en consonancia con las directrices actuales que en materia de psiquiatría existen en función de diferentes corrientes o pautas de abordaje en salud mental.

40.3. Unidades psiquiátricas de hospitalización

40.3.1. Reseña histórica

La historia de la psiquiatría es, como pocas otras historias de las disciplinas científicas, un remedo de la historia de la humanidad. A la época de los conocimientos lentamente adquiridos y convertidos defectuosamente en eficaces, suceden, en la época actual, los conocimientos modernos que al mismo tiempo que se multiplican y enriquecen, se transforman en técnicos.

Con la psiquiatría ocurre lo mismo que con las otras ramas de la medicina: es una especialidad, pero eso no quiere decir que el personal de enfermería no especializado y los que ejerzan otro tipo de especialidades ignoren cuál es el campo de la psiquiatría y cuán eficaz es comparado con lo que se lograba terapéuticamente hace un cuarto de siglo.

El primer hospital que prestaba "asistencia y cuidados a los lunáticos " fue el Hospital de Pensilvania, fundado por Benjamín Franklin en 1775, pero el que verdaderamente definió las Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales fue el Hospital Henry Ford de Detroit en 1924.

También en EEUU el presidente Kennedy en 1963 dijo en el informe final de la Comisión Conjunta sobre Enfermedad y Salud Mental que "ningún Hospital General se puede considerar que presta un servicio a la Comunidad si no acepta pacientes mentales para hospitalización corta. Un Hospital con tales medios debe ser considerado como parte integral de un sistema para los enfermos mentales de su Área".

La introducción de las Unidades de Psiquiatría en los Hospitales Generales en la asistencia al enfermo mental constituye la tendencia más definida en los últimos treinta años.

A pesar de las innumerables ventajas que ofrece la asistencia del paciente psiquiátrico en el ámbito del hospital general, en España no se han utilizado suficientemente sus auténticas posibilidades. A nuestro juicio, la implantación de una unidad de psiquiatría en todas las instituciones hospitalarias constituye una exigencia irremplazable en la organización de la asistencia psiquiátrica española.

40.3.2. Concepto de Unidad de Psiquiatría en Hospitales Generales

Las Unidades Psiquiátricas de Hospitalización constituyen los elementos

asistenciales de carácter hospitalario, integrados en los Hospitales Generales, y que son destinadas al ingreso de aquellos pacientes psíquicos que requieran de un tratamiento en régimen de hospitalización. Tendrán una estructura adecuada a las peculiaridades derivadas de la especialidad de tratamiento.

Estas Unidades tendrán como funciones:

1. Tratamiento de los pacientes ingresados.
2. Atención psiquiátrica de interconsulta.
3. Apoyo a la urgencia hospitalaria.
4. Docencia e investigación.

El desarrollo histórico de la psiquiatría asistencial y los datos estadísticos parecen coincidir en destacar el creciente aumento de las admisiones en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, a expensas de la hospitalización psiquiátrica tradicional. Todo parece indicar, por otra parte, que esta tendencia seguirá manteniéndose en un futuro previsible, por conllevar una serie de reflexiones como pueden ser:

a) El espectacular avance de la psicofarmacología, que al conseguir un control eficaz de síntomas psicóticos, ha reducido considerablemente la preocupación del equipo asistencial por las medidas de seguridad aplicadas al manejo del paciente impulsivo, agitado o agresivo, facilitando su asistencia en las salas de los hospitales generales.

b) El conocimiento común de los estudios epidemiológicos que demuestran que los síntomas del 50% de todos los pacientes ambulatorios y de un número importante de los hospitalizados es de origen psicógeno (Kessel, Shepherd, Ferrey).

c) La crítica cada vez más acerba sobre el aspecto degradante, el efecto desocializante y el cultivo de pautas psicopatológicas en el hospital mental tradicional (Basaglia, Gentis).

d) El auge del movimiento de la psiquiatría de la comunidad, que al añadir una nueva dimensión al papel de la psiquiatría y a la responsabilidad del equipo asistencial, promueve el fácil acceso a los recursos asistenciales de las unidades de psiquiatría, planteando, al mismo tiempo, nuevas exigencias funcionales: intervención inmediata en los casos de urgencia psiquiátrica, consulta interdepartamental, hospitalización parcial, etc.

e) La actitud progresivamente más favorable por parte de la sociedad en general y del personal asistencial en particular, aceptando que la enfermedad mental es susceptible de tratamiento y no de rechazo e influyendo en la creación de nuevos recursos asistenciales distintos del Hospital Psiquiátrico tradicional.

La ubicación de estas Unidades puede ser en un piso alto o en un piso bajo (menor

riesgo), no siendo frecuente ubicarlas en pisos intermedios. En cuanto al número de camas de las que debe disponer, la OMS establece la proporción de 1/10.000 habitantes de un Área determinada.

La Unidad Psiquiátrica en Hospital General forma parte de la red de recursos de que dispone cada Área de Salud Mental para dar respuesta a las demandas que se generen en la misma en sus tres niveles (prevención primaria, secundaria y terciaria), siendo un servicio eminentemente asistencial, en el que se realiza la contención y establecimiento de límites para que el sujeto enfermo pueda elaborar sus crisis en las que se deterioran o destruyen sus vínculos con la realidad, con un efecto inmediato en sus lazos de convivencia o interrelación con su entorno ecológico.

Las Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales nacen como alternativa en el campo de la salud mental formando parte de lo que se denomina *psiquiatría comunitaria* (término anglófilo) o *de sector* (término francófilo), siendo preciso contar, en este caso, con una estructura hospitalaria para que los recursos existentes estén cerca de la comunidad.

40.3.3. Ventajas de las Unidades Psiquiátricas de Hospitalización

La implantación de Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales conlleva numerosas ventajas, entre otras las siguientes:

1. Mayor posibilidad de diagnóstico y tratamiento precoz.
2. Menor aislamiento de la comunidad y más fácil acceso, facilitándose el contacto y la continuidad de la asistencia.
3. Acortamiento de la distancia entre la psiquiatría y el resto de la medicina al ser tratados los pacientes psíquicos en la misma institución que los pacientes somáticos.
4. Atenuación o supresión del estigma de la hospitalización psiquiátrica tanto en el paciente como en su familia.
5. Posibilidad de tratamiento simultáneo de enfermedades orgánicas y psíquicas. El paciente puede contar con todos los medios de exploración y tratamiento disponibles en los distintos departamentos del hospital. Las posibles complicaciones somáticas pueden ser tratadas con mayor facilidad y mejores medios.
6. Oportunidad de contacto permanente y de estrecha colaboración entre el equipo psiquiátrico y los demás equipos multidisciplinarios del hospital, estimulando la integración de la psiquiatría al resto de la medicina, e influyendo significativamente en la promoción de una medicina más psicológica en la práctica de toda la institución.

7. Ventajas para la docencia, ya que el material clínico de la unidad, que prácticamente cubre todo el espectro nosológico, incluyendo los problemas psi-cosomáticos y los aspectos psicosociales del enfermo, es el más adecuado para la formación de los alumnos y del propio personal de la institución.
8. Mejores condiciones para la investigación psiquiátrica. Así, la investigación cuenta con los recursos de laboratorio y equipo de exploraciones especializadas del propio centro hospitalario, la investigación psicosomática está facilitada por la colaboración interdepartamental, y la investigación social ofrece mejores posibilidades, gracias al contacto más fácil con el propio paciente y su familia.
9. Ambiente más estimulante y atractivo para los integrantes del equipo, así como más facilidades para captación de posibles miembros.

40.3.4. Elementos aslstenciales de las Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales

Básicamente, estas Unidades Psiquiátricas constan de :

- Servicio de internamiento psiquiátrico.
- Servicio permanente de urgencias.
- Consulta psiquiátrica interdepartamental.

En algunos casos concretos, también pueden tener:

- Consultas externas.
- Hospital de Día.

A) Servicio de internamiento psiquiátrico

Un Servicio de Psiquiatría debe cubrir tres áreas distintas de exigencias funcionales:

a) Elementos asistenciales comunes a los demás servicios (puestos de enfermería, lencería, *office...)*.
b) Estructuras para tratamientos específicos usados en la Unidad (terapia ocupacional, sala de psicoterapias de grupo…).
c) Atenciones especiales derivadas de las necesidades peculiares del paciente psiquiátrico (zonas de reunión y actividades comunes, sala de vigilancia especial…).

La *indicación de ingreso* se basa fundamentalmente en dos criterios:

- *Clínico:* Severidad de la sintomatología psicopatológica en todas sus formas de expresión.
- *Pronóstico:* Estimación de que con todos los recursos disponibles puede remitir la sintomatología con una corta estancia (inferior a 30 días).

Desde el punto de vista diagnóstico prácticamente todas las entidades nosoló-gicas pueden ser tributarias de tratamiento breve e intensivo, propio de la Unidad de Psiquiatría. En concreto, entre los pacientes proclives al internamiento se encuentran con frecuencia brotes esquizofrénicos, psicosis afectivas, psicosis alcohólicas agudas, reacciones vivenciales anormales, etc.

Respecto al paciente con manifestaciones básicamente neuróticas, la mayoría de los autores desaconsejan el ingreso para evitar el posible refuerzo de los mecanismos neuróticos de ganancia secundaria, regresión emocional y contaminación ambiental.

Las excepciones al ingreso en pacientes neuróticos son:

a) Crisis de descompensación neurótica de morfología autoagresiva o psico-motriz, con estancia muy breve.
b) Reacciones de conversión o disociación.
c) Neurosis obsesiva o fóbica, tras el fracaso total del tratamiento ambulatorio.

En ningún caso, la hospitalización debe servir para:

- Resolver y valorar únicamente factores socioeconómicos.
- Satisfacer la fantasía de algunos equipos sobre la omnipotencia de la hospitalización psiquiátrica.
- Ser automáticamente el último recurso en la escalada terapéutica tras el fracaso de otras alternativas asistenciales.

B) Servicio permanente de urgencias

A pesar de la amplia referencia bibliográfica no se encuentran criterios bien definidos tanto en relación al concepto de urgencia psiquiátrica, como respecto a la orientación y organización de los servicios.

La Asociación Psiquiátrica Americana realizó una encuesta entre los Hospitales Psiquiátricos y los Centros de Salud Mental para definir la *urgencia psiquiátrica;* de las 89 definiciones recibidas, sólo tres de ellas fueron consideradas expresivas:

a) Trastorno funcional u orgánico cuyo tratamiento inmediato incrementa la posibilidad de recuperación del paciente.
b) Las urgencias existen en la esfera de las enfermedades emocionales del mismo modo que se presentan en la esfera de las enfermedades físicas.
c) Cualquier problema constituye una emergencia cuando el sujeto que remite el caso (médico, familia…) se siente incapaz de manejar la situación y reclama ayuda profesional.

A pesar de la selección, ninguna de estas afirmaciones puede ser aceptada sin reservas para definir exactamente el concepto de urgencia psiquiátrica.

El *concepto de crisis*, desarrollado por Eriksson y Lindeman, encuentra en Caplan su principal impulsor tanto en el marco teórico de referencia como en las aplicaciones asistenciales. Para Caplan, la crisis tiene lugar cuando el individuo se enfrenta a un problema que no puede resolver, existiendo un incremento de la tensión interna así como signos de ansiedad y funcionamiento desorganizado.

Miller resume todo lo señalado enumerando los rasgos básicos sobre el concepto de crisis:

- Es, fundamentalmente, de carácter agudo.
- Se acompaña de cambios en la conducta.
- El sujeto tiene un sentimiento de soledad e incapacidad.
- Ocasiona una tensión en el organismo.
- La percepción de amenaza durante la crisis es siempre relativa y peculiar para el sujeto.

Las *situaciones clínicas* que con más frecuencia determinan la necesidad de asistencia psiquiátrica de urgencia son:

a) Crisis de agitación psicomotriz.
b) Crisis de ansiedad extrema.
c) Conductas suicidas.
d) Síndromes confusionales (tóxicos, infecciosos…).
e) Trastornos de conducta y/o agresividad patológica (violencia del paranoico, impulsividad del maníaco…).

C) Consulta psiquiátrica interdepartamental

La tarea del Servicio de Psiquiatría del Hospital General orientada hacia el resto de la institución constituye la función más específica y de mayor trascendencia de las Unidades Psiquiátricas ya que los estudios epidemiológicos demuestran que tanto el internista como los demás especialistas asisten a una gran proporción de pacientes emocionalmente alterados, demostrando estos estudios que al menos el 20% de los pacientes precisan de cuidados psiquiátricos. Este hecho constituye el mejor ejemplo de la integración de la psiquiatría en un Hospital General con el resto de las especialidades médicas.

La visión del equipo asistencial psiquiátrico en un Hospital General abarca dos áreas fundamentales: asistencial y docente.

Desde el punto de vista de la *psiquiatría preventiva* la consulta psiquiátrica permite, asimismo, el cribado precoz de alteraciones psíquicas, generalmente en su período más accesible a la terapia. También ayuda al diagnóstico y tratamiento de situaciones clínicas variadas, como las psicosis de base orgánica conocida, los síntomas de las alteraciones afectivas, resolución de situaciones de crisis en la relación médico-

enfermo y la ayuda a la comprensión de las reacciones del paciente ante su enfermedad y el entorno hospitalario (enfermo terminal, delirante, ingreso en UCI, etc.).

El objetivo básico de la consulta, en definitiva, es ayudar a comprender los factores psíquicos del enfermar y a potenciar sus posibilidades terapéuticas. A este respecto, debe ser una situación importante para el equipo que solicita la interconsulta.

Romano resume en tres aspectos fundamentales la aportación de la psiquiatría al resto de las especialidades:

a) Contribuye a ampliar la visión sobre los conceptos de Salud y Enfermedad.
b) Introduce los aspectos psicológicos y sociales.
c) Puede hacer comprender a un equipo que su relación con el enfermo está descuidada.

Las Unidades Psiquiátricas de Hospitalización tienen unas funciones específicas dentro del organigrama de la asistencia psiquiátrica de un área geográfica determinada, incluso en la nueva organización de los Servicios de Salud Mental de orientación comunitaria.

40.4. La Unidad de Psiquiatría *versus* Hospital Psiquiátrico

La consideración de las ventajas o inconvenientes del Hospital Psiquiátrico han llevado a algunos autores a plantear la desaparición, por innecesario, del manicomio tradicional. En algunos países se han formulado planes de asistencia psiquiátrica concentrando el tratamiento activo en los Hospitales Generales, y relegando el Hospital Psiquiátrico a un simple recurso asistencial en período de transición hasta la total desaparición de los pacientes irrecuperables.

El papel de ambas instituciones en la planificación global de la asistencia psiquiátrica debe ser estudiado desde dos perspectivas:

a) El analisis de los datos estadísticos y de la demanda de servicio por parte de la comunidad.
b) La consideración del distinto perfil funcional de ambas estructuras asistenciales.

A pesar de todo, existe un grupo de pacientes calificados como crónicos o de larga estancia. Todo este grupo de enfermos no está constituido solamente por supervivientes de la época previa al empleo de los neurolépticos, ya que los modernos métodos de tratamiento, utilizados correctamente, no consiguen restablecer en la totalidad de los casos a aquellos pacientes que sufren procesos psicóticos, con el fin de llevar una existencia independiente en el seno de la comunidad.

Otros estudios (Leyberg) señalan que la Unidad Psiquiátrica nunca podrá ofrecer las mejores condiciones para la rehabilitación de pacientes crónicos, siendo fundamental, en este aspecto, la prevención de dichos trastornos.

En consonancia con ello habría que evaluar las necesidades que en materia de camas para crónicos señalan algunos autores, como Letamendia, que las cifran en un *porcentaje de 1/1.000 habitantes*.

Kathleen Jones enumera cuatro aspectos de la función de los Hospitales Psiquiátricos:

1. Protección.
2. Custodia.
3. Tratamiento clínico.
4. Resocialización.

Al respecto, sugiere que sólo en uno de éstos (tratamiento clínico) coinciden el Hospital Psiquiátrico y las Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales.

Se puede argumentar, según Lewis, que es necesario preservar un Hospital Psiquiátrico porque:

a) Sirve para reunir información sobre la conducta de los psicóticos, incluyendo las etapas terminales.
b) Actúa como campo de pruebas para nuevos modelos de conducta.
c) Proporciona una amplia variedad de ambientes terapéuticos.
d) Es particularmente útil para la reeducación de los pacientes crónicos.
e) Permite el control eficaz de pacientes impulsivos, que alterarían demasiado el ambiente de cualquier otro centro asistencial.

40.5. Cuidados y atención de enfermería

40.5.1. Cuidados en un Hospital Psiquiátrico

Básicamente, la intervención de enfermería viene definida por tres parámetros básicos:

1. *Colaboración en los tratamientos que se llevan a cabo* en el centro, no sólo farmacológicos, sino en aquellos que existen en materia de terapias grupales, individuales, etc.
2. *Colaboración en la reinserción de pacientes crónicos*, mediante salidas fuera del recinto, excursiones, planes de vacaciones, etc.
3. *Seguimiento*, en un principio, de aquellos pacientes que se benefician de diferentes programas de reinserción. Según este planteamiento, el personal de enfermería tiene la obligación de controlar los primeros meses de salida del manicomio hasta que, en un futuro cercano, sea el personal del Centro

de Salud Mental quien se ocupe del seguimiento de estos pacientes de una manera definitiva.

40.5.2. Cuidados de enfermería en una Unidad Psiquiátrica de Hospitalización

Las Unidades Psiquiátricas en los Hospitales Generales tienden en la actualidad a convertirse en un medio en el cual todo lo que se hace puede ser terapeútico y todos los que lo hacen son terapeutas, lo cual requiere que todos los miembros del equipo multidisciplinario estén aprovechados, contribuyendo al máximo en la asistencia que se preste.

Este planteamiento de comunidad terapéutica exige que aparezca la descentralización de la toma de decisiones, desplazándose ésta a la totalidad de los miembros del grupo. En función de estos objetivos y de su análisis posterior, las Unidades Psiquiátricas de Hospitalización han de pasar necesariamente por el equipo, circulando en éste un máximo de información posible.

El trabajo en equipo asume, pues, un papel fundamental si se parte de la base de que el interés debe desplazarse de las personas concretas a la actuación en grupo. Cada miembro de éste debe afrontar y asumir la responsabilidad que significa saberse agente terapéutico.

Su actuación es, por tanto, importante en el proceso de la enfermedad. Esta concepción grupal de la acción terapéutica supone la implicación de profesionales de otras ciencias, como las de la conducta (psicólogos) o las sociales (trabajadores sociales o sociólogos), lo que conlleva una mayor responsabilidad y trabajo, aunque éste, en definitiva, adopta un aspecto gratificante en tanto en cuanto el grupo es el lugar de confrontación de los problemas, se pueden adoptar unos objetivos adecuados llevados a la práctica por todos, las decisiones son siempre revisables, las funciones se flexibilizan aunque se vigila estrechamente todo desdi-bujamiento de las mismas; en definitiva, es el grupo el sostén básico de las Unidades Psiquiátricas en los Hospitales Generales.

La enfermería, en este momento, adquiere un papel específico dentro del proceso terapéutico. Una vez desarrolladas las líneas de actuación, debe acercarse al entorno del enfermo mental, tanto social, familiar como laboral, formando parte de aquellos equipos multidisciplinarios que se creen al respecto.

Como parte activa del equipo asistencial, la enfermería adquiere un papel que, fundamentalmente, viene dado por aquello que se decida en las reuniones del grupo. Las funciones se van difuminando pero la jerarquización del trabajo no debe estar alterada. Es aquí donde aparecen unas funciones específicas que deben corresponder al personal de enfermería y que se entroncan directamente con las funciones de una Unidad Psiquiátrica de Hospitalización.

A) Función asistencial

Como funciones asistenciales, se debe mencionar las atenciones que precisen aquellos casos en los que no sea posible mantener al paciente en las redes naturales de inserción (familia, pueblo, trabajo) por motivos de crisis o trastornos psicopatoló-gicos y emocionales graves que puedan afectar a los vínculos de la persona afectada.

La enfermería psiquiátrica de enlace, en concreto, con las otras estructuras asistenciales como Centros de Salud Mental, Comunidades Terapéuticas…, es importante con el objetivo de coordinarse con todos los profesionales que prestan sus servicios en el área sanitaria.

La atención no se centra exclusivamente en la Unidad de Psiquiatría sino que las urgencias forman un capítulo importante, ya que se observa en otras experiencias realizadas que en los servicios de urgencia, sobre todo al principio de la experiencia, las demandas se suceden ininterrumpidamente debido a una exagerada psiquia-trización de determinados problemas médicos de índole general. El equipo tiene el deber de saber discernir si un problema es psiquiátrico o no. Dentro de estas funciones, son también importantes las consultas interdepartamentales que deben ser atendidas por el Servicio de Psiquiatría, es decir, por los integrantes del equipo.

El profesional de enfermería está obligado a pensar siempre en términos de lo que es útil y lo que es perjudicial para la rehabilitación y readaptación del enfermo en su vida normal y de ningún modo debe sacrificar esta finalidad por otra consideración, ni personal, ni de organización. Comprender al enfermo supone saber observar e interpretar, conocer realmente lo que hay tras las manifestaciones patológicas del paciente.

Conocer al enfermo es verlo tal como es, como una persona, no como un caso clínico. Se debe crear un ambiente terapéutico de respeto y dignificación del paciente, que quizás haga posible, y al menos fomente, en el enfermo la esperanza de la readaptación. Asimismo se debe conocer la influencia que la enfermería puede tener sobre las reacciones del paciente.

El hecho de que el personal de enfermería conviva prácticamente las 24 horas del día con el paciente ingresado en una Unidad Psiquiátrica de Hospitalización, dota a éste de un papel muy importante en la práctica asistencial diaria. Pero este hecho está en función de lo que el equipo decida, de cuál va a ser el papel de enfermería dentro del mismo. Si en el seno del equipo se dota a enfermería de responsabilidades, la respuesta no se hará esperar en el sentido de la colaboración debida y, como se ha mencionado anteriormente, redundará en beneficio del paciente.

La actitud que debe adoptar ha de ser siempre terapéutica y enmarcada en las decisiones que se hayan tomado dentro del equipo. Se debe comprender y aceptar al paciente tal cual es, con sus angustias, sus miedos, sus delirios, su problemática en general, desde el momento del ingreso, acto que se debe convertir en algo no traumático; en muchos casos una buena actitud ante un ingreso puede condicionar el posterior manejo de la situación. La hospitalización en un Hospital General dentro de la zona habitual de residencia ya crea de por sí una motivación positiva para el paciente y su familia, pero este positivismo hay que encauzarlo posteriormente, sobre todo con las

actitudes terapéuticas diarias.

Una vez hecho el ingreso del paciente, el personal de enfermería tiene la obligación de enseñar al paciente el espacio físico en el cual se va a mover: dónde están los aseos, la habitación, la cama, las normas de la Unidad, horario de comidas, etc. Antes de asignar una habitación, se debe conocer la patología que presenta el paciente, ya que en algunos casos es más necesario el soporte sociofamiliar.

Se deben anotar las reacciones del paciente al ingreso, la interrelación con su familia, motivo del ingreso, estado mental (presencia o no de delirios, grado de orientación, etc.), pero fundamentalmente su reacción al ingreso (lo acepta, no lo acepta, le angustia, etc.) ya que esto puede condicionar una posible aceptación o no del tratamiento que se le instaure. Es importante, asimismo, que se participe como terapeuta en las entrevistas que se vayan haciendo. Este papel debe ser asumido por el personal de enfermería, participando en las entrevistas bien individuales, bien grupales y colaborando en la toma de decisiones del equipo.

Será una participación como coterapeuta, siempre que en el equipo no se decida lo contrario, en función del tipo de terapia que se vaya a realizar.

Otra función consistirá en la participación y conducción, siempre que ello sea posible, de los diferentes grupos que se establezcan (alcohólicos, psicóticos, etc.). Deberá observar y anotar el comportamiento del paciente ante su familia y la evolución de ésta, siempre de cara a la pronta readaptación del paciente en su medio.

Una vez que el paciente lleve varios días ingresado, se debe anotar puntualmente, e informar al resto del equipo de ello, del cambio que el paciente ha experimentado en su esfera psíquica: mejor relación, más tranquilo, aceptación de la medicación, menor angustia, etc., ayudándose incluso de protocolos de evaluación y diagnóstico.

Es importante el papel de enfermería en aquellas intervenciones en crisis que el equipo tenga que efectuar. Se debe ver siempre una crisis no como un acto de agresividad porque sí, sino como un episodio en la vida del paciente como respuesta a algo que le hace sufrir interiormente y que genera una agresividad hacia personas o cosas.

La intervención tiene que intentar solucionar la situación sin responder a la violencia existente en esos momentos. En el supuesto de que la situación no se solucione mediante el diálogo, será preciso la administración de medicación sedante, generalmente en contra de la voluntad del paciente, que en esos momentos no se muestra dialogante, para, una vez tranquilo el paciente, proceder nuevamente al diálogo e intentar llegar al fondo del problema que generó la crisis.

En definitiva, el papel de la enfermería dentro del equipo psiquiátrico es igual al de cualquier otro miembro del mismo, siempre en función de la formación del personal, que no debe ser abandonada en ningún momento para seguir en constante evolución y mantener el cuerpo de enfermería en el lugar que le corresponde.

Por consiguiente, la enfermería tiene y debe asumir un papel dentro del equipo de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica diferente al tradicional de meros cuidadores vigilantes.

B) Función docente

Las actividades necesarias para cumplir la función de docencia son de distinto tipo:

a) Educación sanitaria, encaminada a la persona, familia, núcleo social y comunidad.
b) Educación del equipo sanitario, capacitando a todos los integrantes para cumplir las actividades de su competencia.

Los miembros del equipo participan, indistintamente, repartiéndose el trabajo según se decida en las distintas reuniones de grupo que existan.

Es asimismo necesario fomentar el estudio o conocimiento de una especialidad entre los distintos miembros del centro, porque así se desmitifica la enfermedad mental y también porque se trabaja para lograr un mejor conocimiento de la enfermería psiquiátrica. En este aspecto es importante la docencia a los alumnos de enfermería que están en la Unidad de Psiquiatría. El que logren un mejor conocimiento de lo que es la psiquiatría puede redundar en el futuro en que existan más profesionales que conozcan la enfermería psiquiátrica mejor, e incluso deseen trabajar en la especialidad.

La formación continuada es igualmente necesaria, ya que favorece el aumento de conocimientos de todo el personal sanitario mediante cursos, seminarios, conferencias, etc. Asimismo contribuye a elevar la calidad docente, pues existe una relación directa entre mayor conocimiento y mayor capacidad docente.

En definitiva, la educación permanente ha de ser la clave para seguir autoeducándose siguiendo de cerca los avances de las ciencias.

C) Función investigadora

Se considera esta función como toda actividad encaminada a fomentar la investigación, estableciendo un campo propio de investigación en enfermería, y también colaborando en los programas de investigación del resto del equipo sanitario, como parte integrante del mismo.

Ha de ser el equipo el que decide qué miembros del mismo realizan un determinado estudio o trabajo y su enfoque.

Toda función investigadora está en relación íntima con la docencia, ya que cualquier actividad investigadora permitirá aprender nuevos aspectos de la profesión y mejorar su práctica.

La colaboración de los profesionales de enfermería en trabajos de investigación responde a una verdadera necesidad. La asistencia cotidiana a los pacientes entraña múltiples detalles que es preciso conocer mejor con objeto de perfeccionar la técnica de la enfermería y de transmitir con más facilidad a los alumnos los conocimientos así adquiridos. La naturaleza de muchos problemas de investigación de psiquiatría clínica requieren la plena colaboración del profesional de enfermería.

Independientemente de su valor científico, el trabajo de investigación puede ser útil para los profesionales de enfermería y para la propia institución. Constituye una ayuda

para la adquisición de un espíritu crítico, de un juicio constante del trabajo realizado y de un sentido agudo de observación, incluso cuando se trata de problemas muy sencillos.

En la actualidad los temas preferentes o líneas sobre los que se centra la investigación en enfermería psiquiátrica son:

- Investigación sobre enfermería clínica (praxis).
- Investigación relativa a la enseñanza de la profesión.
- Investigación relativa a la administración de los servicios de enfermería.
- Investigación sobre los aspectos preventivos de la enfermería psiquiátrica.

D) Función administrativa

La administración de la atención del enfermo, es decir, de las tareas de la enfermería, se vale de los conceptos básicos de la administración, que son:

- Planificación.
- Organización.
- Realización.
- Evaluación.

La técnica que debe seguirse en dichas tareas es la de evaluar al paciente como persona, incluidas sus necesidades, planear la manera de satisfacer dichas necesidades, llevar a la práctica los planes y evaluar los resultados de la intervención planificada.

La valoración es el primer paso que hay que seguir en enfermería. Engloba todas aquellas actividades que ayudan a la enfermería a determinar, tan exactamente como sea posible, las experiencias que el paciente ha tenido en el pasado, sus conocimientos y sentimientos actuales, así como las esperanzas que tiene en el futuro en relación con su nivel de salud y bienestar.

La valoración es un procedimiento progresivo para recopilar, ratificar e interpretar la información acerca del paciente como unidad individual. La capacidad de cada individuo para obtener lo que necesita para su propia satisfacción produce tensión, la cual suscita conductas y respuestas psicológicas o fisiológicas. La tensión excesiva puede ser el resultado de lo que sucede en el interior, exterior o ambos.

La planificación de la intervención de la enfermería es el siguiente paso. Después de haber hecho el diagnóstico de enfermería, el profesional empieza a seleccionar un método específico, eligiendo un número de acciones alternativas para ayudar al paciente a lograr el nivel máximo de bienestar.

Dentro de esta función administrativa en la cual la enfermería trata de resolver problemas persistentes en la organización, el suministro y la valoración de la asistencia a los pacientes, es completamente necesario continuar realizando investigación que redunde en una mejor planificación de presupuestos, en un mayor grado de satisfacción en el empleo y en un mayor grado de satisfacción de los pacientes por la asistencia recibida.

Finalmente, cualquier acción de enfermería deberá emplear todos los recursos disponibles y ser guiada por metas convenientes a corto o largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

BASAGLIA, F.: *La institución negada*. Barral. Barcelona, 1972

GONZÁLEZ DE CHAVEZ, M.: "Historia de los cambios asistenciales y sus contextos sociales" en *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Mayoría. Madrid, 1980: 13-106.

GONZÁLEZ DURO, E.: "Historia reciente de la asistencia psiquiátrica en España", en *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Mayoría. Madrid, 1980: 117-130.

KESSEL, N.: "Psychiatric morbidity in a London Generale practice", en *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 14: 1-22. 1960.

POLETTI, R.: *Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería*. Rol. Barcelona, 1980.

RENDUELES OLMEDO, G.: "La psiquiatría asilar española", en La *transformación de la asistencia psiquiátrica*. Mayoría. Madrid, 1980: 131-150.

41

Asistencia psiquiátrica extrahospitalaria

OBJETIVOS

- Conocer las distintas estructuras intermedias que deben estar presentes en una asistencia psiquiátrica, así como las funciones que el profesional de la enfermería debe asumir en cada una de ellas.
- Conocer el funcionamiento de los Centros de Salud Mental Hogares Protegidos, Granjas Terapéuticas, Comunidades Terapéuticas y Residencias Asistidas.
- Conocer la evolución histórica de estas instituciones sanitarias.

41.1. Centros de Salud Mental

Se define el Centro de Salud Mental como el eje principal o núcleo básico de la red de servicios de salud mental.

Son servicios públicos que forman parte de la organización sanitaria, cuya finalidad es la atención a los problemas de salud mental en la misma comunidad donde se producen y se manifiestan.

41.1.1 Reseña histórica

Entre los años 1945 y 1947 se posibilita la política sectorial en Francia, y no se desarrolla salvo por la circular ministerial de 1960, siendo en 1961 cuando surge en París el llamado Distrito XIII.

En España, por decisión del Consejo de Ministros se crean en 1971 los llamados Centros de Salud Mental. Estos centros, según la definición francesa, deben ser la puerta de entrada de un sector, al ser los que organicen la psiquiatría hospitalaria, extrahospitalaria y comunitaria o preventiva.

En 1969, a través del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), se define como una buena asistencia planificada para el paciente psíquico aquella que integre los elementos siguientes:

1. Unidad de asistencia, con la finalidad de no separar medicina preventiva y rehabilitadora, ofreciendo el sistema a toda la población, a través de un funcionamiento armónico entre los centros.
2. Graduación de la asistencia, teniendo una diferenciada cadena de centros en los que la ubicación permita el acceso a núcleos concretos de la población.
3. Equilibrio y fluidez del sistema por interconexión armónica de los centros, además de la integración social y coste económico.

En 1974 se encuentran en funcionamiento diez Centros de Salud Mental en ocho provincias (Badajoz, Barcelona, Cádiz, Madrid (tres), Málaga, Murcia, Santander y Vizcaya), cuya función, según la Administración Pública, ha de ser el pivote alrededor del cual gire la asistencia sectorizada, con misión tanto dentro de la psiquiatría preventiva como de la curativa.

Pero de un tiempo a esta parte surge una preocupación por humanizar la asistencia que se presta a la sociedad en materia de Salud Mental y, siguiendo las indicaciones de Alma Ata, un gran número de trabajadores inician las reformas psiquiátricas, centradas fundamentalmente en acercar la psiquiatría a la comunidad. Con una visión ecologista de la enfermedad mental, que contempla al individuo íntimamente relacionado con su entorno, va a definir la actuación posterior de toda la red asistencial.

En todo este proceso es fundamental y significativo que todos los recursos, tanto humanos como materiales, se desplazan del tradicional Hospital Psiquiátrico a los distintos dispositivos que, en materia de salud mental, existen en la comunidad. Esto conlleva un movimiento organizativo que implica una movilidad funcional importante y decisiva para posteriores programas asistenciales. A partir de estos planteamientos, la atención a la salud mental va a ser tarea importante para profesionales de distintas ciencias, como las sociales (sociólogos y trabajadores sociales), de la conducta (psicólogos) y de la medicina (médicos y diplomados en Enfermería). Los diferentes equipos multidisciplinarios estarán formados por los citados miembros y trabajarán

íntimamente relacionados para lograr el fin común, que no es otro que el brindar a la población una asistencia mejor y más profesional.

Esta asistencia deberá regirse por el principio de la *sectorización*, es decir, cada equipo deberá encargarse de una zona o área determinada geográficamente en la relación de 1 equipo por cada 100.000 habitantes.

El equipo multidisciplinario deberá estar relacionado con los profesionales que prestan sus servicios en las Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales, en los Hospitales Psiquiátricos, Hospitales de Día y, cuestión importante, con los agentes terapéuticos que trabajan en los Centros de Atención Primaria a fin de que colaboren en la salud mental siguiendo el modelo de apoyo.

41.1,2. Funcionamiento de los Centros de Salud Mental

En los Centros de Salud Mental se localiza un equipo interdisciplinario que tiene como tarea la atención a un territorio o área determinada. El equipo está formado por diversos profesionales: médico psiquiatra, psicólogo, profesional de enfermería, asistente social, auxiliar de enfermería y administrativo; encargados de recibir la demanda o petición que formulan los usuarios, a quienes orientarán actuando de una forma integral; es decir, en el sentido de la prevención, tratamiento y rehabilitación.

El equipo es el que debe valorar las formas de intervención más apropiadas para la resolución de cada problema. Unas veces las actuaciones se harán por parte del propio equipo, y otras mediante servicios distintos, no debiendo producirse ninguna intervención especializada, excepto las que requieran las situaciones de urgencia, sin ser evaluado el problema previamente en los Centros de Salud Mental, evitando así actuaciones innecesarias o precipitadas.

Cuando sea preciso una hospitalización, el Centro de Salud Mental informará del procedimiento que se ha de seguir y se pondrá en contacto con el servicio de hospitalización que haya de acoger al usuario.

Los Centros de Salud Mental deben funcionar de acuerdo con los criterios básicos del modelo organizativo de psiquiatría comunitaria, fundamentados en los puntos siguientes::

a) Actuación circunscrita a determinados territorios o áreas geográficas.
b) Atención integral (prevención, tratamiento y rehabilitación).
c) Participación de la comunidad y en ella misma.

Asimismo deben asumir funciones tales como:

1. Apoyo y asesoramiento de los Equipos de Atención Primaria.
2. Atención a los pacientes remitidos por los Equipos de Atención Primaria ambulatorios, judicatura, etc.

3. Control y seguimiento de los pacientes remitidos por la Unidad Psiquiátrica de Hospitalización al alta.
4. Cobertura de urgencia e intervención en situación de crisis.
5. Puesta en funcionamiento de programas enfocados hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
6. Apoyo, cooperación y asesoramiento con el resto de la red asistencial, social y educativa del área o territorio en que está inmerso.
7. Desarrollar actividades de formación e investigación al objeto de mejorar la cualificación profesional, la mejora de la calidad asistencial y la evaluación de los programas.
8. Prestación de asistencia en la comunidad y domicilio familiar del paciente cuando las circunstancias lo requieran, con el fin de lograr una mejor eficacia terapéutica.

41.1.3. El Centro de Salud Mental como eje de la asistencia

La asistencia que en materia de salud mental se brinda a la población deberá ser articulada a partir del Centro de Salud Mental y a partir de este principio básico se podrán desarrollar las líneas de actuación posteriores o, lo que es lo mismo, progresar y contribuir a elevar el nivel de Salud de una Comunidad.

El Centro de Salud Mental cumple los criterios asistenciales que su nombre indica y cubre las necesidades que, en materia de prevención primaria, secundaria y terciaria, tiene la comunidad.

A) Prevención primaria

Las actividades que en materia de prevención primaria tiene un Centro de Salud Mental se pueden resumir en los siguientes parámetros:

- Identificación de grupos de riesgo (alcoholismo, poblaciones marginales…).
- Evaluación del estrés psicosocial.
- Intervenciones en crisis (brotes psicóticos…).
- Patologías psicosomáticas.
- Situaciones y alteraciones psicopatológicas asociadas a enfermedades orgánicas.
- Higiene y psicoprofilaxis mental.
- Vigilancia epidemiológica.
- Educación en salud mental a los líderes comunitarios (jueces, alcaldes, presidentes de asociaciones de vecinos, sacerdotes…).

B) Prevención secundaría

En materia de prevención secundaria, la labor de los Centros de Salud Mental se basa en dos pilares fundamentales:

- El diagnóstico precoz del problema.
- El tratamiento adecuado.

Esta actuación, puede tener lugar de dos maneras:

a) Haciendo descender la proporción de casos nuevos, mediante la modificación de los factores que llevan al trastorno.
b) Haciendo descender la proporción de los casos declarados al acortar su duración mediante el tratamiento adecuado.

C) Prevención terciaría

La prevención terciaria procura reducir, en la comunidad, la proporción de funcionamiento defectuoso debido a trastornos mentales; esto se consigue, básicamente, mediante la rehabilitación del paciente, que debe comenzar en el momento mismo del diagnóstico. Para lograr esto no se debe esperar a los estadios finales del tratamiento ni a la terminación de la enfermedad.

Se facilita la prevención terciaria manteniendo a aquellas personas afectadas de un problema de salud mental el mínimo tiempo posible en una institución a fin de mantener su comunicación con la red social intacta. La intensidad del problema puede atenuarse reduciendo el ingreso a su más mínima expresión, evitando con ello otro grave problema asistencial: el hospitalismo.

En definitiva, se puede decir que la prevención terciaria se centra en la reducción de los efectos residuales de la enfermedad mental, entendiendo por esto la reducción de las capacidades del individuo para contribuir al entorno ecológico de la comunidad. Se puede ayudar en la consecución de este objetivo con la creación de Centros de Día, talleres y pisos protegidos, centros o Comunidades Terapéuticas, etc.

41.1.4. Relación entre Atención Primaria y Salud Mental

De un tiempo a esta parte se vienen produciendo manifestaciones diversas en relación con el trabajo conjunto que, en materia de salud mental, tienen los diferentes equipos de Atención Primaria y Salud Mental.

La disyuntiva en este caso se centra en definir cuál o cuáles son los modelos de trabajo más operativos y que más contribuyen a aumentar el nivel de atención en salud mental de un Área de Salud determinada. Los dos modelos más extendidos son el inclusivo y el de apoyo.

El *modelo inclusivo* consistiría en la presencia física de un Equipo de Salud Mental en el Centro de Atención Primaria correspondiente con el beneficio evidente de un abordaje más rápido de cualquier patología mental que surja. Como inconveniente aparece un aumento de la psiquiatrización de muchos problemas o patologías diarias en Atención Primaria que podrían ser abordadas desde otra óptica que no fuera la psiquiátrica.

El *modelo de apoyo* sería aquel en el cual cada Equipo de Atención Primaria tiene un Equipo de Salud Mental de referencia. En este caso, cuando un paciente necesita una interconsulta por un problema psicopatológico, es derivado hacia el servicio correspondiente, donde comienza su contacto con la psiquiatría, siendo posteriormente devuelto con el tratamiento adecuado al Equipo de Atención Primaria de procedencia. En este modelo ambos Equipos están en relación constante mediante la realización de reuniones periódicas, sesiones clínicas, etc.

41.2. Hogares Protegidos

Son estructuras concebidas para albergar a aquellos pacientes que no pueden aspirar a ningún otro tipo de integración comunitaria, agotados ya todos los esfuerzos de reinserción.

No se trata de una alternativa a la hospitalización ni un eslabón a medio camino, sino de una opción global de existencia.

41.2.1. Reseña histórica

A lo largo de la historia, el destino del enfermo mental ha sido durante mucho tiempo sombrío. Siguiendo a Vincent, el enfermo mental ha sido frecuentemente rechazado y abandonado por su propia comunidad.

Algunas pequeñas sociedades son la excepción a esta regla; la más conocida es, quizá, la de Gheel, en Bélgica, la cual se convirtió, a finales de la Edad Media, en lugar de peregrinación para los enfermos mentales. Precisamente esta comunidad es la que va a dar origen a la primera colonia familiar, es decir, el primer albergue familiar para enfermos mentales.

La Edad Media, lógicamente, supuso el desarrollo de un gran número de peregrinaciones, a las que Sans denomina terapéuticas, de las cuales algunas hacían referencia a los enfermos mentales. Éstos iban solos o acompañados a invocar a los santos para lograr la curación de sus males. Más concretamente, a Gheel se iba a implorar la curación a Santa Dymphene, una joven princesa irlandesa que se refugió allí para huir de los deseos incestuosos de su padre. Estos sucesos ocurren hacia el siglo VII Su padre la encuentra y la decapita. Posteriormente es canonizada por la Iglesia y en ese

lugar se construye una iglesia, que será centro de peregrinaciones en el siglo XIII.

En una casa adosada a la iglesia los enfermos mentales esperaban la curación. Para ello se encargaba un novenario. Si transcurrido este tiempo, y tras una serie de rituales, no había resultados, el enfermo pasaba a habitar en el seno de alguna familia del lugar, a fin de poder continuar acudiendo a la iglesia en espera de la curación. La fama de la santa se extendió por todas partes y Gheel se convirtió en la primera colonia para enfermos mentales.

Dando un amplio salto en la historia, se llega al siglo XIX. Falret, en Francia, en 1861, tras estudiar esta colonia, presenta un informe a la Sociedad Médico Psicológica que servirá de referencia para el análisis de los emplazamientos familiares en ese país.

Asimismo, en el siglo XIX hay antecedentes de hogares familiares para enfermos mentales en Alemania. En Inglaterra, por entonces, se experimentó con hostales.

Pero el verdadero desarrollo de los Hogares Protegidos va parejo con el movimiento de desinstitucionalización que surge finalizada la Segunda Guerra Mundial y que, siguiendo a Rutman (1977), se basa en cinco acontecimientos fundamentales:

1. El impacto de las terapéuticas psicofarmacológicas, que abren el hospital y reducen la duración de las hospitalizaciones, permitiendo los tratamientos ambulatorios.
2. La organización de programas de asistencia extrahospitalaria: los Centros de Salud Mental Comunitaria de EEUU, aprobados en 1963; la política de sector en Francia en 1960; la creación del Servicio Nacional de Salud en Inglaterra en 1948.
3. La crítica de la institución psiquiátrica, ampliamente difundida a finales de los años sesenta.
4. Ciertas reformas jurídicas: *Mental Health Act* de 1959, en Inglaterra, que pone el acento sobre la rehabilitación social de minusválidos psíquicos y da el cuidado de los mismos a las autoridades locales; *Community Mental Health Act* de 1963, en EEUU, con reformas debidas a la acción de asociaciones de enfermos, que hacen más difícil el uso coercitivo de la psiquiatría, en cuanto a la práctica del internamiento o la prescripción de ciertos tratamientos biológicos contra la voluntad de los pacientes.
5. El desarrollo de programas de reinserción social. Es esto, tal vez, lo único que ha llevado a una alternativa eficaz a las instituciones, y aquí se enmarcan los Hogares Protegidos que, con distintas denominaciones, han ido surgiendo por todo el mundo.

En España, hay experiencias a partir de mediados los años setenta: en el Instituto Psiquiátrico Femenino de Sant Boi de Llobregat (1975), en el Hospital Psiquiátrico de Málaga (1982), en el Hogar Izarra en Vizcaya (1975), en Asturias (1982), y en

Valladolid(1976).

41.2.2. Concepto de Hogar Protegido

Los Hogares Protegidos alojan una pequeña comunidad de entre tres y seis pacientes que se constituyen en un núcleo de convivencia, que sustituye al medio familiar de forma permanente.

Los pacientes tributarios de este tipo de estructura pueden ser de una gran heterogeneidad, incluida la diversidad diagnóstica, aunque deben ser cuidadosamente selecionados con el fin de evitar incompatibilidades convivenciales. A menudo incluye pacientes con una profunda carga de institucionalización, con años de "experiencia" manicomial.

El grado de tutelaje que el equipo ejerce sobre estos hogares es altamente variable, desde un gran proteccionismo hasta una mínima presencia asistencial. Debe evitarse la pernocta de personal de equipo (salvo en casos excepcionales), y en todo caso debe concebirse la apertura de un Hogar como el inicio de un proceso rehabilitador a medio o largo plazo.

El equipo estará siempre atento a cualquier modificación en el entorno de origen de cada paciente que le permita una reinserción más individualizada. Normalmente los grupos que habitan estos Hogares son grupos cerrados, aunque cabe la sustitución apropiada de uno de sus miembros cuando se produce una vacante (por reinserción familiar, *exitus*, etc.).

Hay dos grandes grupos de Hogares Protegidos:

a) Hogares adoptivos: Hogares familiares en los que una familia se encarga o adopta a una serie de pacientes.

b) Hogares asistidos: En ellos un grupo de pacientes viven en su casa y son tutelados por un equipo asistencial.

41.3. Granjas Terapéuticas

Se trata de una modalidad especial de Hogar Protegido, instalado en un medio rural o urbano limítrofe, para enfermos provenientes de un medio agrícola o aquellos en los que se estima útil un cierto aprendizaje o rehabilitación en contacto con la naturaleza y los trabajos del campo. Normalmente se constituyen en Comunidades Terapéuticas en su sentido más estricto.

A menudo son concebidas con un carácter y unos objetivos altamente específicos y diferenciados, como las conocidas Comunidades y Granjas de rehabilitación de toxicómanos.

41.4. Comunidades Terapéuticas

Como método de tratamiento, la Comunidad Terapéutica se utiliza para tratar una gran variedad de problemas conductuales de tipo emocional. El objetivo principal de la Comunidad Terapéutica es ayudar a la persona a adquirir un sentido de responsabilidad hacia sí misma y los demás. Esto se logra dentro de un ambiente hogareño, donde los pacientes y el personal compartan la responsabilidad de la vida diaria.

Cada persona tiene la oportunidad de analizar sus sentimientos, su conducta y el afecto de su comportamiento con los demas miembros de la comunidad. Se les da la oportunidad de ensayar nuevas conductas en un ambiente seguro. El uso de los principios de la modificación de la conducta por parte de los miembros del grupo en la toma de decisiones ayuda a los pacientes a ser más responsables, independientes y a gobernarse por sí mismos.

El cuidado y la convivencia se constituyen en los principios directrices de todos los pacientes. El personal de enfermería, como miembro de la Comunidad, desempeña un papel de modelo y asesor de los pacientes. La capacidad del personal para ser abiertos, cuidar y compartir los pensamientos y sentimientos ayuda a determinar el valor de este programa humanístico.

A continuación se enumeran una serie de conceptos importantes en una Comunidad Terapéutica:

1. Un clima terapéutico para enfermos mentales depende de la actitud del personal hacia la enfermedad mental y hacia las necesidades de los pacientes.
2. El objetivo de un ambiente terapéutico es ayudar al paciente a desarrollar un sentido de autoestimación y valor personal, a mejorar su capacidad para relacionarse con otras personas, a aprender a confiar en otros y a regresar a la comunidad mejor preparado para reasumir su papel en la vida y el trabajo.
3. La clave de un ambiente terapéutico es ocuparse de las necesidades particulares de cada enfermo y no manejar a los pacientes como miembros de una muchedumbre.
4. La Comunidad Terapéutica es un enfoque contemporáneo del cuidado de los enfermos mentales, que tiene por base compartir la responsabilidad del tratamiento entre los pacientes y el personal hospitalario.
5. Un aspecto importante de una situación democrática es que los individuos afectados por una decisión participan en el hecho de tomar dicha decisión.
6. A pesar de la causa de hospitalización, la mayoría de los pacientes adultos pueden tomar decisiones válidas acerca de muchos de los casos que afectan a su bienestar y debe dárseles la oportunidad de probarlo.

7. Tanto los pacientes como los miembros del personal hospitalario deben entender cuáles son las responsabilidades de gobierno en que participan los propios pacientes, y cuáles son las áreas que no quedan en su campo de acción.
8. Para que tenga éxito la participación de los enfermos en su propio gobierno, es necesario que haya ratificación administrativa, aceptación e interés activo.
9. Con frecuencia es el personal de enfermería quien tiene que fijar las restricciones, aunque las decisiones a este respecto suelen tomarse en juntas en las que participa todo el equipo.
10. El trabajo de la Comunidad Terapéutica y el mantenimiento de una red abierta de comunicación se logra mediante una reunión diaria a la que asisten el personal y todos los pacientes y trabajadores de la Comunidad Terapéutica.
11. Es fácil que el personal de enfermería confunda la imposición de restricciones con el control total de la conducta del enfermo.
12. No es posible desarrollar un ambiente terapéutico sin la guía enérgica e inteligente de un profesional de enfermería o de alguna persona capaz, que actúe como tal.
13. En un ambiente terapéutico, será necesario para el profesional de enfermería delegar en otras personas el trabajo burocrático y dedicar todo su tiempo para orientar al personal de la Comunidad conforme participa con los pacientes en todas las actividades planeadas.
14. En gran parte, la efectividad terapéutica de la experiencia que el enfermo vive en la Comunidad Terapéutica dependerá del nivel de orientación profesional que el personal de enfermería establezca de antemano.

41.5. Residencias Asistidas

Las Residencias Asistidas tienen como objetivo primordial el cuidado de personas marginadas cuya posibilidad de inserción se encuentra muy limitada, por diferentes motivos (insuficiencia mental, deterioro psíquico, desarraigo social, etc.), y precisan de ayuda, por lo general de tipo físico.

En las Residencias Asistidas, se tratará de proporcionar al paciente aquellas actividades tanto de tipo básico de residencia (aseo, alimentación, ocio, sociotera-pia, etc.) como de actividades de tipo terapéutico, con el fin de ir corrigiendo las discapacidades en orden a una integración social lo más adecuada posible.

41.6. Cuidados y atención de enfermería

El profesional de enfermería, como parte integrante del equipo sanitario, tiene una participación activa en el desarrollo y funcionamiento de los distintos programas.

El papel de enfermería en el Centro de Salud Mental viene definido, fundamentalmente, por el *seguimiento* de aquellos pacientes que presentan una cronificación en su proceso psicopatológico, así como por la colaboración en los distintos planes que tenga pensado realizar el equipo, referidos prioritariamente a aquellos que tienen relación con la *prevención primaria*, como es el caso de contactos con otros profesionales de la salud y líderes comunitarios, educación sanitaria, etc.

El seguimiento de pacientes crónicos es una importante actividad porque:

a) Se evitan reingresos o reagudizaciones de los procesos psicopatológicos.
b) Se lucha por superar el estigma que la enfermedad mental lleva parejo.

La superación del estigma de la enfermedad mental puede lograr, a corto plazo, que la comunidad deje de mirar con recelos y miedos a aquellas personas que, por uno u otro motivo, han estado en contacto con algún servicio de salud mental.

La ruptura total con el núcleo familiar, social y laboral produce en estos pacientes graves deterioros que fomentan su ulterior rechazo por la sociedad. Para evitar esto se hace necesario un seguimiento o control posterior de los externados y éste debe realizarse de inmediato allí donde se produce el problema para intentar buscar una salida a la situación planteada, básicamente la solución de las crisis que se produzcan. Estas intervenciones en crisis estarían ubicadas entre la atención primaria y la secundaria, quizás más cerca de aquélla que de ésta, ya que la intención es que la citada crisis no dé lugar a una salida patológica, sino que se pueda aprovechar para analizar la situación real e intentar que sirva para cambiar "algo". Esta intervención debe ser rápida, en el contexto donde se ha iniciado, y además concentrada en el "aquí" y el "ahora", consiguiendo un nuevo equilibrio en el que la persona sea más madura que antes de producirse la crisis.

Ante esto, las distintas Administraciones deben proveer de los recursos suficientes en materia de enfermería para poder llevar a cabo lo que es fundamental en el papel diario, con el objetivo de lograr resultados eficaces por medio de consultas de enfermería y visitas domiciliarias.

A) Consultas de enfermería

Enmarcadas dentro de un contexto teórico, se comienzan a desarrollar en España con cuatro logros fundamentales:

- Aumento de la atención directa al paciente.
- Aumento de la calidad asistencial, con la elaboración y control posterior de programas protocolizados para pacientes crónicos.
- Control directo de los citados crónicos por presentar patologías y tratamientos sistematizados.
- Colaboración dentro del Equipo de Salud Mental formando parte de las distintas actividades multidisciplinarias.

Queda fuera de toda duda la íntima colaboración que debe existir entre todos los miembros del equipo multidisciplinario; no sería posible, sin ello, lograr una asistencia que pudiera calificarse de aceptable. El circular de la información, la redefinición de las funciones y la toma de decisiones en común serán los pilares básicos de toda la asistencia.

B) Visitas domiciliarías

Como ya se señaló anteriormente, el esquema que se debería seguir sería el siguiente: un paciente crónico es dado de alta en un Centro Hospitalario y pasa a ser controlado directamente por el Centro de Salud Mental. En este momento el equipo decide la frecuencia de los controles posteriores al alta y quién los efectuará, teniendo en cuenta que las visitas domiciliarias deben tener un objetivo terapéutico, han de circunscribirse a un ambiente terapéutico y ser realizadas por un terapeuta, en este caso el profesional de enfermería.

Cuando en un Centro de Salud Mental se observa que un paciente no acude a una de las consultas programadas por el equipo, lo más pronto posible, a lo máximo dos o tres días, se debe contactar telefónicamente con el paciente o su familia para intentar averiguar el motivo por el cual no se acudió a la cita programada de antemano. En el supuesto de que haya sido por un deterioro del cuadro psicopa-tológico o social del paciente, el profesional de enfermería debe acudir de inmediato al domicilio e intentar controlar la situación mediante la observación y la intervención directas. Una vez logrado esto (solución de la crisis), se tiene un alto porcentaje de probabilidades de que no se genere la necesidad de un nuevo ingreso a tiempo total en un centro de la red asistencial.

Estas situaciones, cotidianas en un Centro de Salud Mental, deben ser valoradas por el equipo en pleno y sentarán las bases de toda actuación posterior, ya sea realizando otras visitas con el psiquiatra o con cualquier miembro del equipo. Estas visitas deberán pautarse en el seno del equipo, pudiendo ser más frecuentes en el tiempo inmediatamente posterior a la crisis hasta espaciarlas y lograr que el paciente acuda al Centro de Salud Mental y lo vea como un lugar en el cual se le brinda la ayuda que precise en un momento determinado.

41.6.1. Función asistendal

A) Atención a la demanda

- En el Centro de Salud Mental, recogiendo demandas bien personalmente o bien telefónicamente; participando en la toma de decisiones; informando al usuario de las alternativas que le ofrece el Centro de Salud Mental; participando con el resto del equipo en intervenciones a fin de que la intervención posterior de seguimiento, bien en el propio Centro de Salud

Mental (consulta de enfermería), bien en el domicilio del usuario (visitas domiciliarias), sea coherente con lo previo y con las funciones propias del papel de enfermería.

- En la comunidad, desempeñando un papel prioritario, tanto en la planificación, intervención y seguimiento de casos, así como en la participación activa en situaciones de crisis que demanden los propio usuarios.

B) Intervención en programas específicos

- *Rehabilitación y reinserción*. Seguimiento de pacientes crónicos desinstitucionalizados y reinsertados en el área, así como de los "nuevos crónicos", a través tanto de la consulta de enfermería programada, como de visitas domiciliarias, con la finalidad primordial de la prevención de recaídas.
- *Psicogeriatría*. Intervención basada en tres pilares fundamentales:

– Detección precoz de trastornos cognoscitivos, mediante la utilización de instrumentos de *screening* a todos los usuarios mayores de 55 años que acuden al Centro de Salud Mental.
– Control y seguimiento en el propio Centro de Salud Mental a través de la consulta de enfermería con una periodicidad mensual, a todos aquellos sujetos que presenten algún tipo de trastorno cognoscitivo.
– Control y seguimiento en el domicilio del usuario con una periodicidad bimensual con el objetivo de comprobar la correcta utilización de los medicamentos prescritos, así como de ver el entorno físico en que se desenvuelve el sujeto, dándole recomendaciones en torno a diversas áreas: alimentación, higiene, vestido, etc., con la única finalidad de intentar mejorar la calidad de vida del sujeto.

- *Toxicomanías*. La atención al paciente toxicodependiente ha de llevar un seguimiento muy activo, con un registro preciso de su evolución clínica y psicológica, por cuanto se trata de un colectivo de gran nivel de desorganización, y por cuanto la problemática del VIH asociado así lo aconseja.

El programa de atención a las drogodependencias debe abarcar los siguientes aspectos:

– Atención a la demanda en el Centro de Salud Mental, explicándole las distintas modalidades de tratamiento que se le pueden ofrecer.
– Participación durante la fase de desintoxicación.
– Control y seguimiento durante el período posdesintoxicación.
– Actuación como coterapeuta en grupos.

41.6.2. Función administrativa

La administración de la atención del enfermo, es decir, de las tareas de la enfermería, se vale de los conceptos básicos de la administración, que son:

- Planificación.
- Organización.
- Realización.
- Evaluación.

En el Centro de Salud Mental el profesional de enfermería deberá realizar las siguientes tareas:

- Recogida de datos cuando el sujeto demanda atención.
- Elaborar informes de solicitud de ingreso en Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.
- Elaborar protocolos de tratamiento con sustitutivos.
- Evaluar diariamente las actividades propias de su función.

41.6.3. Función docente

Las actividades necesarias para cumplir la función docente son de distinto tipo:

a) Educación sanitaria encaminada a la persona, familia, núcleo social y comunidad.
b) Educación del equipo sanitario, capacitando a todos los integrantes para cumplir actividades de su competencia.

Es necesario fomentar el estudio o conocimiento de una especialidad entre los distintos miembros del Centro de Salud Mental porque así se desmitifica la enfermedad mental y también porque se trabaja para lograr un mejor conocimiento de la enfermería psiquiátrica.

En este aspecto es importante la docencia a los alumnos de Enfermería que rotan por los centros; el que logren un conocimiento mejor de lo que es la psiquiatría puede redundar en el futuro en que existan más profesionales que conozcan la enfermería psiquiátrica mejor e incluso deseen trabajar en la especialidad.

La formación continuada es igualmente necesaria, ya que favorece el aumento de conocimientos de todo el personal sanitario mediante cursos, charlas, seminarios, conferencias, etc. Asimismo contribuye a elevar la calidad docente, existiendo relación directa entre un mayor conocimiento y una mayor capacidad docente. En definitiva, la educación permanente ha de ser la clave para seguir autoeducán-dose siguiendo de cerca

los avances de las ciencias.

41.6.4. Función investigadora

Consideramos esta función como toda actividad encaminada a fomentar la investigación, estableciendo un campo propio de investigación en enfermería, y también colaborando en los programas de investigación del resto del equipo sanitario, como parte integrante del mismo.

Toda función investigadora está en relación íntima con la docencia, ya que cualquier actividad investigadora permitirá aprender nuevos aspectos de la profesión y mejorar su práctica.

En la actualidad los temas preferentes o líneas sobre los que se centra la investigación en enfermería psiquiátrica son:

- Investigación sobre enfermería clínica (praxis).
- Investigación relativa a la enseñanza de la profesión.
- Investigación relativa a la administración de los servicios de enfermería.
- Investigación sobre los aspectos preventivos de la enfermería psiquiátrica.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

BELLOT LÓPEZ, J.: "Los centros de salud mental institucionales en la práctica psicosocial", en *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Mayoría. Madrid, 1980: 151-156.

LÓPEZ RODRÍGUEZ, J. L. et al.: "Rol del profesional de enfermería en la unidades psiquiátricas de hospital general", en *Enfermería Científica*, 75: 11-15. Madrid, 1988.

POLETTI, R.: *Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería*. Rol. Barcelona, 1980.

SEGARRA SERIGO, A.: *Bases sociales de la asistencia a los enfermos mentales*. PANAP. Madrid, 1969.

TAYLOR, C. M.: *Mereness' Essentials of psychiatríc nursing*, 11 ed. Mosby. St. Louis, 1986.

42

Centros y Hospitales de Día

OBJETIVOS

- Adquirir los conocimientos y actitudes que permitan comprender la evolución y aspectos generales de los Hospitales de Día y los Centros de Día.
- Analizar las ventajas que conlleva la implantación de Hospitales de Día, con respecto a la hospitalización total.
- Conocer las indicaciones y contraindicaciones de ingreso en un Hospital de Día.
- Conocer las actividades asistenciales de los Centros y Hospitales de Día.

42.1. Hospitales de Día

Los llamados Hospitales de Día surgen como una nueva filosofía asistencial que se nutre de dos tendencias, en respuesta a las necesidades detectadas. Estas tendencias y las alternativas al Hospital Psiquiátrico clásico que originan son las siguientes:

a) Acercamiento del enfermo y de su terapia a la comunidad.

- Hospitalización parcial (Hospital de Día, Centro de Día).
- Hospitalización domiciliaria.

b) Acercamiento del enfermo y de su terapia a la medicina.

- Unidades Psiquiátricas de Hospitalización.
- Psiquiatría de enlace.

El concepto de *hospitalización parcial* surge, pues, como una fórmula intermedia entre el Hospital Psiquiátrico y la incorporación del paciente a la comunidad, de manera que alterne entre el medio sociofamiliar y un sistema de cuidados o protección.

42.1.1. Reseña histórica

El primer Hospital de Día psiquiátrico se creó en la antigua Unión Soviética a principios de los años treinta, en un intento de reducir los tiempos de estancia en régimen de hospitalización.

En los países occidentales, el Hospital de Día no apareció hasta pasada la Segunda Guerra Mundial. Así, en 1947, Cameron instauró un Hospital de Día en Montreal (Canadá), concibiéndolo no como un elemento de transición sino como un centro de tratamiento caracterizado por:

a) El mantenimiento de los vínculos familiares y sociales del paciente.
b) El énfasis en las actividades terapéuticas.

Unos meses más tarde, Bierer (1948) inauguró otro Hospital de Día en la ciudad de Londres, añadiendo:

c) Remotivación y reactivación de las capacidades del paciente.
d) Atmósfera terapéutica.
e) Cooperación entre equipo asistencial y paciente.

No obstante, hasta la década de los sesenta los Hospitales de Día se fueron desarrollando muy lentamente, con la excepción de Inglaterra.

A partir de 1960, los Hospitales de Día se extendieron por todos los países industrializados, casi siempre como consecuencia de las políticas de reforma de la asistencia psiquiátrica y, más concretamente, en relación con políticas de sectori-zación y de *psiquiatría comunitaria*.

42.1.2. Concepto de Hospital de Día

El Hospital de Día se delimita como un centro de *hospitalización parcial*, para llevar a cabo en régimen de media estancia, con tratamiento intensivo tanto biológico como psicoterapéutico e institucional.

Dentro del contexto de la psiquiatría comunitaria, se entiende como un recurso sanitario insertado en la propia comunidad, con funciones no sólo asistenciales, sino de tipo preventivo y educativo.

El Hospital de Día ha de configurarse como un espacio en el cual se fomenta al máximo la participación y la autogestión de los pacientes en las actividades comunes.

Su funcionalidad es la de abordar el tratamiento del paciente en condiciones que eviten la desinserción de la comunidad y mejorar la interrelación entre el núcleo familiar y social.

El Hospital de Día es, básicamente, un *centro de asistencia activa, completa y continuada*, y no un centro de rehabilitación, un club socioterapéutico o un centro de asistencia social.

42.1.3. Ventajas de un Hospital de Día

Las ventajas que supone la implantación de Hospitales de Día son básicamente las siguientes:

a) Permite el tratamiento de pacientes cuyo ingreso no está indicado y que en asistencia ambulatoria no tiene buenas perspectivas.
b) Facilita una mejor valoración de las dificultades de adaptación del paciente.
c) Favorece la rehabilitación y reinserción posterior del paciente en su comunidad.
d) Hace posible el tratamiento de pacientes que no pueden eludir completamente sus responsabilidades familiares.
e) Disminuye el riesgo de dependencia hospitalaria y la aparición de pautas regresivas de conducta.
f) Posibilita el tratamiento de aquellos pacientes que presenten un rechazo total al internamiento psiquiátrico.
g) Constituye para muchos enfermos una opción equiparable a la hospitalización psiquiátrica.
h) Promueve la responsabilidad y colaboración de la familia en el proceso terapéutico, evitando la desinserción del núcleo familiar.
i) Permite a la Unidad Psiquiátrica de Hospitalización dar altas más precoces.
j) Económicamente, la inversión es menor que la hospitalización a tiempo total.

42.1.4. Indicaciones de ingreso en un Hospital de Día

Entendiendo que un Hospital de Día no debería atender urgencias, en cuanto a sus indicaciones no habría otros límites que los que se deriven de la extrema gravedad de la propia psicopatología del sujeto (agitación, estados delirantes, síndromes de abstinencia, demencia senil, etc.) o que las condiciones sociofamiliares no resulten continentes fuera del espacio terapéutico.

La indicación prioritaria será de pacientes jóvenes, residentes en instituciones psiquiátricas de estancia media-larga o que estén precariamente contenidos en el medio familiar, y con una desconexión sociolaboral.

Los criterios no están claramente definidos y no vienen determinados por el diagnóstico del paciente, sino por:

- La intensidad de la alteración psicopatológica.
- La existencia de responsabilidad del paciente.
- La posibilidad de supervisión.
- El soporte familiar.
- La posibilidad del transporte.

Fundamentalmente, las *indicaciones* son:

a) Pacientes neuróticos graves y trastornos caracteriológicos tras el fracaso del tratamiento ambulatorio.
b) Pacientes psicóticos tras la remisión reciente de un episodio psicopatológi-co agudo y con riesgo de incremento de los síntomas al enfrentarse con sus obligaciones familiares, laborales y sociales.

Las *contraindicaciones* son:

a) Pacientes crónicos.
b) Síndromes psicoorgánicos.
c) Epilépticos deteriorados.
d) Readaptación laboral de pacientes recuperados.
e) Riesgos de suicidio.
f) Alcohólicos inmotivados.
g) Delirantes agudos.
h) Cuadros de agitación psicomotriz.
i) Toxicómanos.
j) Psicópatas con reacciones antisociales graves.

42.1.5. Características físicas y recursos humanos

El Hospital de Día adquiere su pleno sentido funcional y terapéutico cuando se encuentra insertado en una infraestructura plenamente coordinada, situado cerca del núcleo poblacional que se vaya a atender, y con unas buenas comunicaciones. La estructura física debe ser lo suficientemente amplia como para albergar entre 25 y 35 pacientes.

El equipo del Hospital de Día debe ser multidisciplinario y estar compuesto por médico psiquiatra, psicólogo, profesional de enfermería, auxiliar, terapista ocupacional, administrativo, personal de limpieza y personal de cocina.

Un equipo de Hospital de Día ha de disponer de los medios de formación y reciclaje que garanticen una adecuada capacidad para su tarea específica, la cual incluye, además de la formación psiquiátrica y psicológica, un especial énfasis en disciplinas como la psicoterapia individual y de grupo, técnicas de animación, técnicas de relajación y psicomotricidad, y socioterapia.

42.1.6. Contrato terapéutico

La aceptación del compromiso terapéutico es voluntaria; con ello los implicados se comprometen a cumplir las normas siguientes comunes a todos los pacientes ingresados y a sus familias:

1. Debe asistir todas las mañanas con puntualidad. En caso de no ser posible la asistencia, deberá notificarlo telefónicamente o personalmente. Es preciso cumplir el horario previsto inicialmente.
2. No se permitirá la utilización de bebidas alcohólicas, ni de sustancias psicótropas mientras dure el tratamiento.
3. No se permitirán agresiones de tipo físico a otras personas.
4. La familia se compromete a responsabilizarse del tratamiento en todo momento y a cumplir las indicaciones que se le den. Las entrevistas familiares serán programadas a horas prefijadas.
5. El equipo se compromete a prestar las atenciones que considere oportunas en todo momento, dentro del horario y del recinto hospitalario, tanto al sujeto como a su familia.
6. El no cumplimiento de las citadas normas puede ser motivo de rescisión del contrato terapéutico.

42.1.7. Actividades asistencioles

Las actividades asistenciales de un Hospital de Día son, básicamente, las siguientes:

- Reunión de "buenos días".
- Psicoterapia de grupo e individuales. Grupos de familias.
- Dinámica de grupo y grupos operativos.
- Actividades de expresión corporal y contacto corporal.
- Actividades de motivación dramática.
- Tratamientos psicofarmacológicos.
- Actividades sociales (películas, vídeos, fiestas, etc.).
- Actividades de tiempo libre.
- Terapia ocupacional.

El horario durante el cual los pacientes acuden a las actividades mencionadas debe abarcar un abanico lo más amplio posible dentro de las limitaciones normales, pudiendo ser de 9 de la mañana a 6 de la tarde, con la conveniencia de que el almuerzo tenga lugar dentro de la propia institución.

42.2. Centros de Día

Es una estructura que comparte algunos elementos estructurales del Hospital de Día, pero con un contenido más rehabilitador y resocializador, ejerciendo una función básica de reinserción comunitaria, dirigida a aquellos usuarios que, procedentes de cualquier punto de la comunidad o de cualquier eslabón de la red asistencial, pueden beneficiarse de técnicas rehabilitadoras cualificadas en régimen de día.

La oferta se hace, en general, a una población de enfermos más cronificados, más dañados por el proceso psicopatológico y por el medio institucional, o con mayor impedimento adaptativo al entorno.

Convenientemente diseñado, puede concebirse un dispositivo mixto que aglutine las funciones y los objetivos del Hospital y el Centro de Día. Ello implicaría una notable ampliación de infraestructura y de equipo terapéutico, así como un esfuerzo coordinador importante, sin perder su eficacia y su valor asistencial en un grado significativo.

El Centro de Día es, sin duda, una fórmula asistencial necesaria, con objetivos muy diferentes a los de un Hospital de Día. Mientras el Hospital de Día trata de curar o mejorar al paciente, el Centro de Día busca, únicamente, dar un soporte social al mismo para que pueda mantenerse adecuadamente dentro de la comunidad, lo cual resulta muy útil a pacientes con una minusvalía psíquica.

En consecuencia, los Centros de Día se inscribirían dentro de una acción social fuera del ámbito médico-sanitario, si bien, hoy día, en la realidad de la psiquiatría española pueden resultar un buen sistema para dar cobertura a buen número de pacientes crónicos desinstitucionalizados y reducir el tiempo de estancia en las Unidades de

Hospitalización.

El Centro de Día ha de estar situado cerca de la comunidad y ser fácilmente accesible a ella, con unos horarios flexibles y compatibles con otras actividades sociales y comunitarias.

La zona geodemográfica de asistencia debe ser de unos 200.000 habitantes. En cuanto al número de pacientes, puede tener una capacidad de entre 40-50 plazas, ya que un volumen superior crearía fenómenos grupales de masificación.

El equipo terapéutico, dada la orientación hacia la rehabilitación y mantenimiento, debe estar compuesto fundamentalmente por terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, psicólogo, médico psiquiatra y profesional de enfermería. Asimismo, podrían añadirse profesionales como logopedas, fisioterapeutas, etc.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ALONSO FERNÁNDEZ, F.: "Sistemas de hospitalización parcial", en *Folia neuropsiquiátri-ca del sur y este de España*, n° 3, 1971.

BIERER, J.: "Theory and practice of Day Hospital", en *Lancet*, II, 901. 1959-

BLEANDONU, G. y DESPINOY, M.: *Hopitaux de jour et psychiatre dans la communaute*. Payot. París, 1974.

GONZÁLEZ DURO, E.: "La alternativa psiquiátrica", en *Ozono*, n° 23.1977.

LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J. M. y LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J. L.: "El Hospital de Día". Mesa redonda en Leganés. Sandoz. Madrid, 1970.

43

Asistencia psicogeriatrica

OBJETIVOS

- Describir las características biopsicosociales de la vejez.
- Conocer la evaluación de la asistencia psicogeriátrica.
- Identificar las modalidades de asistencia psicogeriátrica.
- Establecer las pautas de actuación profesional en cada nivel asistencial.

43.1. Concepto de asistencia psicogeriátrica

La atención o *asistencia psicogeriátrica* ha de ser comprendida dentro de la asistencia geriátrica en general, si bien, con una identificación clara de lo que son los problemas psicológicos y los trastornos psicopatológicos de los seres humanos en su etapa senil y presenil, pero a la vez con el conocimiento de que generalmente existen problemas orgánicos y sociales que los anteceden, acompañan y aparecen como consecuencia de los mismos.

Las expectativas de lo que va acontecer en las etapas avanzadas de la vida en los seres humanos han sufrido variaciones con los tiempos y las culturas. En las épocas en

que la integridad física, en todos sus aspectos, era vital para la supervivencia del grupo y otros tipos de valores, posiblemente, eran escasamente valorados, la presencia del anciano se consideraba como una "carga" para dicho grupo, pasando a desentenderse del mismo, lo que favorecía la enfermedad y la muerte.

Con el desarrollo de las civilizaciones y específicamente las civilizaciones mediterráneas, con sus aportes en el campo de la filosofía, las ciencias y las artes, al estratificarse en clases las sociedades y por tanto repartirse entre los estratos sociales las funciones que en ella se generaban, el anciano es contemplado como el transmisor de conocimientos, de experiencias anteriores que le son vitales a sus sociedades, realizando, por tanto, una función social por la que recibían una alta consideración y ocupaban un lugar preeminente en la sociedad. Estas características sociales son consideradas genéricamente, dado que no en todas las sociedades acontecían los hechos de esa manera, además de que llegar a la ancianidad, no estaba al alcance de todos por diversos y variados motivos.

Con el transcurrir de los tiempos, la escasa longevidad de los seres humanos será consecuencia de la presencia de patologías orgánicas de todo orden, destacándose, de alguna manera, las infecciones producidas por viriasis, como la viruela, las pestes, las infecciones de las heridas, las infecciones durante el puerperio, la mortalidad infantil, las hambrunas, los déficits crónicos alimentarios, las guerras continuadas y sangrientas, etc., todo lo cual impedía alcanzar a la mayoría de las poblaciones una vida longeva. Presumiblemente, estas circunstancias potenciarían, desde la Edad Media a la Edad Moderna, el valor social de la ancianidad, ya que además de seguir representando la experiencia "viva", el humano que a estas edades llegase habría sido capaz de superar todos los riesgos anteriormente descritos; a más abundancia, entre los ancianos se encontraban la mayoría de los que detentaban el poder, en cualquiera de los órdenes del mismo, en dichas épocas históricas.

Es verdad que no todos los ancianos se encontrarían en las circunstancias anteriores, dado que la existencia de estratos sociales rígidos haría que los ancianos menesterosos se encontraran en absoluta indefensión social y las mujeres en edades fértiles asumirían más riesgos para su vida por problemas obstétricos pero, aun así, hasta épocas muy recientes el sentido de "respeto" hacia la ancianidad se fue transmitiendo de generación en generación y se manifestaba en todas las capas sociales.

Con la llegada de la industrialización y los avances tecnológicos en el mundo occidental, junto con los beneficios que se han ido estableciendo, se han inflexionado valores que habían permanecido siglos, dado que el materialismo y el consumismo, generados necesariamente por el progresivo aumento de la productividad, ha llevado a valorar la existencia humana según su capacidad para producir, desechando o desentendiéndose de aquellos que no producen.

Por todo ello, la edad senil en la sociedad actual está sufriendo un continuado deterioro de imagen en cualquiera de los aspectos en que se la considere, sin que se aprecie valor o mérito alguno que haga dicha edad atractiva, apetecible, siquiera natural o evolutivamente necesaria; antes bien, la falta de apoyos y consideración social,

minusvalías económicas, decaimientos y deterioros fisiológicos y orgánicos, y patologías más frecuentes en estas edades hacen de la misma una etapa de la vida que hay que eludir, como se eluden en nuestra sociedad el dolor y la muerte.

Ésta sería una particular y rapidísima exposición de lo que habría sido la evolución de las situaciones y consideraciones que con los ancianos han tenido las distintas sociedades, desde los tiempos remotos hasta la actualidad. Llegados a este punto, se van a establecer características o manifestaciones específicas que infieren directa o indirectamente sobre el psiquismo del ser humano de edad avanzada, dado que las variaciones en su situación social, modificaciones en su fisiología (ya sean fisiológicas o patológicas), amén de potenciarse mutuamente, son el origen o la causa de acentuación del declive psicológico del mismo, ya sea éste de carácter fisiológico o patológico.

43.2. Características biopsicosociales de la vejez

Básicamente, las características biopsicosociales que definen la vejez son:

- Síndrome de jubilación.
- Desarraigo social.
- Modificación o deterioro fisiológico y orgánico.

43.2.1. Síndrome de jubilación

El establecer, sin preparación previa, un cese total y brusco en las actividades que día a día los seres humanos han realizado durante décadas de su vida, y no siendo causado dicho cese de actividad por enfermedad alguna, resulta, antropológicamente, poco aceptable. Con el desarrollo del trabajo diario (para el cual, quien más, quien menos, en todas las épocas históricas, se necesita una preparación previa), los seres humanos han ido alcanzando los objetivos que ellos mismos se establecieron en su día, es decir, la vida a través del trabajo tenía un sentido claro ya que a través del mismo se desarrollaban sus proyectos existenciales. La jubilación en los términos expuestos, si bien puede ser esperada con la consideración de "el descanso bien merecido", puede transformarse y de hecho se transforma en demasiadas ocasiones en una época de la vida con escasos o nulos objetivos existenciales, al considerarse concluido el proyecto existencial y el resto de lo que quede por vivir es transformado en una mera, más o menos, organizada inactividad.

La problemática económica generada por los menores ingresos económicos, la preocupación o ansiedad que la acompaña, la falta de actividad organizada e incluso desorganizada, el "crecimiento" del tiempo, la convivencia hora a hora con la pareja, la falta o ausencia de la misma, las carencias afectivas particulares o generales, la

preocupación por el mantenimiento de capacidades físicas o mentales, etc., crean un ambiente de minusvalía y autolimitación directamente relacionado con la incapacitación económico-social que establece la jubilación, pudiendo llegar a generarse patologías psíquicas del orden de cuadros de *ansiedad* y *trastornos afectivos*, predominantemente, así como *alteraciones en la sexualidad*, sobre todo en el sexo masculino.

43.2.2. Desarraigo social

El anciano ocupa un lugar estrecho y mal situado en nuestra sociedad por todo lo indicado anteriormente, siendo causa de su desarraigo en la misma.

La familia que ayudó a formar se ha dispersado; a la vez que defiende su independencia quiere "sentir" y "estar" con su pareja e hijos, si los hubiera tenido. A estos últimos los ve con escasa frecuencia al vivir distantes, además de que han creado una nueva familia y posiblemente tienen, a su vez, hijos de los que hay que ocuparse, y al trabajar ambos miembros de la pareja, hay poco tiempo para visitas.

Si el anciano vive con los hijos y mantiene una buena aptitud psicofísica, puede servir de apoyo en las tareas domésticas pero si esta circunstancia de buena aptitud no se da, se va convirtiendo en una carga que se traspasan los hijos, unos a otros, por períodos de meses. Durante los períodos vacacionales el problema se acentúa.

Las barreras arquitectónicas que existen en nuestra sociedad, fundamentalmente urbana, y que van desde los escasos metros cuadrados de las viviendas (que impiden la convivencia de varias generaciones familiares, además de favorecer el hacinamiento), la construcción de las mismas en bloques verticales y muchos niveles de pisos (lo que es rechazado por los ancianos entre otros motivos por las posibles averías de los ascensores), hasta la inadecuación de los bordillos de las aceras en general y en particular en los pasos de peatones (donde es frecuente que tropiecen y se caigan), hacen que no exista un espacio arquitectónico adecuado para los ancianos.

El rechazo de la ancianidad por el resto de la sociedad, la cual tipifica en las mismas todo tipo de deterioros y males físicos y psíquicos, escaseces económicas y demás menoscabos y minusvalías, hacen de la misma una etapa no deseada y el hecho de que los que en ella se encuentran rechazados y aislados, lo que favorece aún más su desarraigo y soledad.

43.2.3. Modificación o deterioro fisiológico y orgánico

Con el transcurso de los años se establecen variaciones en los seres humanos a través de modificaciones o deterioros fisiológicos u orgánicos, que claramente caracterizan esta edad (cuadro 43.1).

CUADRO 43.1
Cambios fisiológicos y orgánicos en la vejez

SEDENTARISMO	• Por disminución de la movilidad.
PROCESOS REUMÁTICOS	• Artritis, artrosis, etc.
DETERIORO DE LA SENSOPERCEPCIÓN DE LOS ÓRGANOS	• Presbicia, hipoacusia, etc.
ALTERACIONES GINGIVO-DENTALES	• Caries, pérdida de piezas dentales, alteraciones alveolares que impiden la implantación de prótesis, etc.
PROBLEMAS PODOLÓGICOS	• Uñas encarnadas, elomas, hallux valgus, etc.
TRASTORNOS ORGÁNICOS DE ÍNDOLE DIVERSA	• Lentificación de las digestiones, incontinencias urinarias, alteración en el control de heces, hernias, prolapsos, etc.
	• Patologías originadas en otras edades y que acompañan al anciano hasta esta edad.
TRASTORNOS MENTALES	• Cuadros de ansiedad, trastornos afectivos, síndromes paranoides, delirium y síndromes confusionales.
	• Síndromes demenclales.

43.3. Evolución de la asistencia psicogeriátrica

La asistencia geriátrica en general nace en el siglo XX, por tanto cualquier antecedente histórico sobre la misma se tendría que referir a la prestada a los enfermos mentales, a la cual se vinculaba la asistencia a los ancianos desvalidos y enfermos, siendo la misma escasa y realizada por órdenes religiosas. Al comienzo del siglo, en Estados Unidos se comenzó a prestar atención específica a los ancianos, tanto en los aspectos orgánicos como en los psicológicos y sociales, diferenciándose la asistencia a los ancianos de las prestadas a otras edades evolutivas, aunque de manera limitada.

Con el paso de los años, en dicho país así como en el Reino Unido, Alemania, países nórdicos, Suiza y con posterioridad en Francia, Italia y países del Este europeo se inician investigaciones específicas sobre el tema en el plano biológico, se crean sociedades científicas, geriátricas y gerontológicas que abordan la realidad biopsicosocial de la ancianidad, se legisla sobre la realidad del anciano para tratar de que no existan indefensiones ante la realidad social, etc. En España se funda la Sociedad Española de

Gerontología en 1948 y en 1953 se crea el primer Dispensario Geriátrico en la ciudad de Valencia. El inicio en la protección psicogeriátrica en nuestro país es tardía, recogiéndose las primeras indicaciones en el "Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica" (abril, 1985), en donde queda escrito que el mantenimiento del anciano en su medio ambiente es saludable, por lo que la atención sanitaria y social debe ser integrada, amén de que debe haber un trato diferencial para la población mayor de 65 años. Con posterioridad, en la Ley General de Sanidad se contempla específicamente en el Capítulo III, Art. 20 la protección a la salud mental.

El Plan Gerontológico (diciembre, 1992), elaborado por el Ministerio de Asuntos Sociales a través del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), contempla directa e indirectamente en las cinco áreas de actuación que establece (Pensiones, Salud y Asistencia Sanitaria, Servicios Sociales, Cultura y Ocio, y Participación) la actuación en los aspectos psicogeriátricos y señala, en el apartado 3 de los Objetivos Generales de dicho Plan que es objetivo del mismo "promover la salud de los mayores y mejorar su bienestar físico, psíquico y social", así como redunda en lo mismo en los apartados 4, 7 y 8.

Corresponde a las Administraciones Central y Autonómicas, según se desprende de los Informes, Leyes y Plan Gerontológico indicados anteriormente, atender la cobertura asistencial mediante la implantación progresiva de Servicios médicos-asistenciales.

El INSERSO es un organismo nacional que desde hace 18 años aporta todos los Centros residenciales, Clubs de ancianos y Hogares públicos de la Tercera Edad, colocándose como pionero en la acción social.

La Cruz Roja Española, con la creación en 1969 del primer Dispensario Geriátrico así como de una Unidad Geriátrica y otros centros, con posterioridad, es la Organización No Gubernamental más activa y presente en la asistencia a los ancianos sanos y enfermos.

43.4. Relación de dependencia/independencia de los programas de psicogeriatría

Una situación que se está dando en la aplicación de programas en psicogeriatría es la que se desprende de la dependencia/independencia de dichos programas del resto de los programas asistenciales establecidos, tanto en el orden social, psicológico u orgánico.

En el plano de la independencia, las atenciones a ancianos en los aspectos sociales y somáticos presentan menos problemas y mayores posibilidades de asistencia independizada, como se demuestra en los programas del INSERSO. En los aspectos sociales, y hasta cierto punto en las patologías mayoritariamente presentes en los ancianos, como serían los reumatismos, las patologías de los órganos de los sentidos y otras, podrían precisar de una asistencia independizada pero teniendo en cuenta que las mismas están presentes en otras edades de la vida, y por tanto su independización sería más cuestionable.

En cuanto a las patologías mentales, que en estas edades, aunque algunas presentan cuadros de clara especificidad (como sucede con los síndromes demencia-les que sólo se presentan, salvo excepciones, más que en edades avanzadas de la vida), el resto muestran características comunes a las que se presentan en otras etapas de la vida, con cuadros clínicos similares y respuestas semejantes a las medidas terapéuticas. No se pueden desmembrar del tronco de la psiquiatría clínica general las patologías mentales específicas o inespecíficas de las edades avanzadas, convirtiéndose en piezas de un rompecabezas la asistencia psiquiátrica, en donde la atención a cada edad sería una pieza del mismo o, con otro símil, la asistencia psiquiátrica se convertiría en una serie de compartimentos estanco sólo interrelacionados por la contigüidad de la edad.

Dentro de los programas de salud mental deben existir programas específicos de psicogeriatría en perfecta coordinación con los programas de geriatría y todo ello integrado en la comunidad.

43.5. Modalidades asistenciales en psicogeriatría

Los programas de psicogeriatría tienen por objetivo la promoción de la salud en su vertiente de salud mental en la ancianidad mediante la prevención, detección precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social y familiar del anciano con enfermedad psiquiátrica y realizado en la comunidad en la que se desenvuelve. Esto implica la intervención en los programas de variadas instituciones: Instituciones sanitarias del Área de Salud, como pueden ser los Equipos de Atención Primaria, Equipos de Salud Mental, Hospitales de área con o sin Unidad de Psiquiatría; Instituciones de Servicios Sociales del área, como serían asistencia social, clubs de la tercera edad, residencias, ocio y cultura, etc.

La asistencia integrada se desarrolla a dos niveles: primer nivel asistencial y segundo nivel asistencial.

43.5.1. Primer nivel asistencial

Está constituido por el Equipo de Atención Primaria, formado por profesionales de la medicina, de la enfermería y de trabajo social, que en los programas de psicogeriatría deben identificar trastornos psíquicos y aquellos que se generan en las enfermedades en general, valorando el grado de incapacidad que pudiera producirse en su caso, además de valorar los factores sociales y familiares.

Todas estas identificaciones y valoraciones conllevarán la atención y seguimiento del caso con los medios propios, con asesoramiento del Equipo de Salud Mental, con derivación a dichos equipos especializados y, en su caso, el posterior seguimiento del mismo una vez remitido de la atención especializada.

Los instrumentos para realizar estas misiones serán la consulta, la visita domiciliaria y la coordinación con los servicios sociales.

A) Consulta

Puede ser:

- *Consulta a demanda:* Se establece de forma espontánea.
- *Consulta programada:* Se establece con enfermos seleccionados de grupos de riesgo, enfermos procedentes de la consulta a demanda, enfermos que son remitidos por los servicios sociales o procedentes del segundo nivel asistencial.

La consulta la realiza el médico y el profesional de enfermería, según el caso, así como el trabajador social realizará las pertinentes acciones de entrevista y valoración social del paciente, todo ello en coordinación con los hospitales y con las instituciones propias de sector.

B) Visita domiciliaria

En el plano de la asistencia geriátrica general, la visita domiciliaria se configura como un pilar fundamental de la asistencia al anciano, permitiendo que reciba la misma en el medio que le es más cercano, más conocido y que siente como más seguro, el medio familiar. A través de la visita domiciliaria la persona es escuchada, recibe atención y cuidados, se le indican y administran terapéuticas, se evalúa su situación familiar y social, etc. Esta actuación sobre el anciano incide favorablemente sobre su salud a la vez que es de gran ayuda para la familia y todo ello redunda en la disminución de la demanda y ocupación hospitalaria; si ésta fuera precisa, redundaría a favor de estancias cortas hospitalarias.

La visita está claramente indicada en personas inválidas, enfermos graves o terminales, que han tenido alta hospitalaria reciente, que tienen una problemática social grave o que viven solas.

El objetivo de la misma, aunque ya se ha expuesto, es analizar la situación del anciano y de su medio desde los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

La visita domiciliaria recae fundamentalmente sobre los profesionales de enfermería, acudiendo a su demanda tanto el médico como el profesional de trabajo social.

Será el equipo asistencial, en su conjunto, el que determinará si el paciente seguirá el tratamiento en su domicilio, a través de la consulta programada o se dirigirá a un equipo especializado u hospital del área.

C) Coordinación con los servicios sociales del área

La coordinación y estrecha colaboración con los servicios sociales del área son otra

pieza clave para el desenvolvimiento del primer nivel asistencial, dado que según la valoración del grado de incapacidad del anciano, las características del medio social y familiar en que se desenvuelve, etc., será absolutamente necesario su apoyo.

Será necesaria la asistencia social comunitaria para problemas personales como el aseo, el vestirse, la alimentación, etc., asimismo, para problemas del medio, como la limpieza del lugar, lavado de ropa, acompañamiento de personas que viven solas, etc. Toda esta cobertura de asistencia social hará posible que se potencie, de una forma clara, la terapéutica general tanto en patología psíquica como orgánica, sin la cual los objetivos de evitación de la enfermedad o restablecimiento de la salud quedarían muy mermados.

43.5.2. Segundo nivel asistencial

Está conformado fundamentalmente por los Centros de Salud Mental, coordinados con el primer nivel asistencial, el Hospital del área y con los Servicios Sociales de la misma.

Al igual que ocurre con los programas de psiquiatría infantil y psiquiatría del adulto, se elaborarán y desarrollarán programas específicos de psicogeriatría. Los equipos asistenciales en este segundo nivel estarán formados por psiquiatras, psicólogos, profesionales de enfermería, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales.

Las acciones diagnósticas y terapéuticas, en este nivel, son las que comprenden la evaluación y la valoración psicogeriátrica del anciano y se llevarán a cabo a través de la consulta, la visita domiciliaria, la hospitalización (si se precisase), la rehabilitación y la reinserción en su medio, todo ello realizado a través del trabajo en equipo por profesionales capacitados.

A) Evaluación y valoración del enfermo en psicogeriatría

La evaluación completa, somática, psicológica y social remitida a un Centro de Salud Mental por los servicios de Atención Primaria es la primera de las acciones que debe realizar dicho centro mediante la valoración de su patología general y psiquiátrica, el grado de incapacidad que dichas patologías genera y las circunstancias y factores sociales y familiares que inciden sobre el enfermo, para así llegar a establecer un diagnóstico y proponer un tratamiento médico, psicológico y una acción social subsidiaria. Todo ello se establece fundamentalmente a través de la consulta en el Centro de Salud Mental.

B) Visita domiciliaria

El principal cometido, similar en muchos aspectos a los realizados por los profesionales del primer nivel asistencial, consiste en la evaluación y valoración completa del enfermo y su medio *in situ*, y obrar en consecuencia.

Esta visita la realizará el profesional de enfermería especialista en psiquiatría,

siendo aconsejable la intervención de más de un profesional, además de ser necesaria la presencia de un especialista que se responsabilice de las decisiones terapéuticas.

C) Hospitalización

Los cuadros agudos o crónicos que presenten graves problemas familiares o sociales que dificulten su tratamiento en el medio ambulatorio serán dirigidos hacia el ingreso hospitalario por los Servicios de Salud Mental.

Esta hospitalización no terminará con el seguimiento del paciente por el Equipo de Salud Mental sino que dicha hospitalización debe estar integrada en el plan global de tratamiento del anciano, que se continuará una vez que haya sido dado de alta en el Hospital.

Los Centros de Salud Mental y el Hospital propondrán a las instituciones judiciales el internamiento en el Hospital de aquellos casos tipificados como de ingreso no voluntario, siendo competencia de las mismas la autorización para su ingreso.

D) Rehabilitación y reinserción social

El conjunto de actuaciones sanitarias y sociales que conforman el tratamiento de un enfermo para llegar a obtener su recuperación somática, psíquica y social es la base de la rehabilitación y de la reinserción social del mismo.

La socialización del anciano con incapacidad, cualquiera que ésta sea, es afecta por la presencia de la misma, diferenciándose, apartándose del resto de la sociedad, lo que favorece su aislamiento y dificultando su rehabilitación en lo somático, psíquico o social.

Las medidas que mejoren la socialización del anciano, como aquellas que fomenten en él el deseo de superar sus incapacidades, y que necesariamente deben estar presentes en las acciones terapéuticas indicadas anteriormente, son vitales para dicho fin.

La presencia en el equipo terapéutico de terapeutas ocupacionales y la utilización de recursos sociales como hogares, comedores y otros medios, posibilitarán mejores resultados en el tratamiento global del anciano.

E) Coordinación de programas

Para su ejecución, los programas de psicogeriatría necesitan relacionarse con múltiples instituciones, como son los centros de asistencia primaria, el hospital, la asistencia social del área, las instituciones dedicadas a los ancianos (las residencias y demás ya mencionadas), las actividades de ocio y cultura, las instituciones jurídicas, económicas y administrativas, etc.

Todo ello conlleva considerar la coordinación como una de las actividades importantes de los Centros de Salud Mental, que, si es efectiva, conseguirá una correcta utilización de los recursos y una mayor disponibilidad de los mismos, lo que incidirá muy positivamente en la promoción de la salud mental en los ancianos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

AYUSO GUTIÉRREZ, J. L. y SALVADOR CARRULLA, L.: *Manual de psiquiatría*. Interameri-cana McGraw-Hill. Madrid, 1993.

BARRERO VELASCO, C: *Modalidades de asistencia en psicogeriatría*. Col. Formación continuada en atención primaria. IDEPSA. Madrid, 1991.

CRESPO VALENCIA, A.: *Ancianidad: Concepto y consideraciones demográficas y epidemiológicas*. Col. Psicogeriatría. Formación continuada en atención primaria. IDEPSA. Madrid, 1991.

GONZÁLEZ MONTALVO, J. I. y et al.: "Geriatría y asistencia geriátrica: Para quién y cómo (I)", en *Medicina Clínica*. Barcelona, 1991; 96: 183-188.

MINOIS, G.: *Historia de la vejez*. Nerea. Madrid, 1989.

44

Rehabilitación y resocialización

OBJETIVOS

- Conocer los objetivos generales y específicos del programa de rehabilitación y reinserción social y los recursos existentes para conseguirlos.
- Definir las funciones del personal de enfermería especializado en psiquiatría en los diferentes procesos de atención en la rehabilitación y resocialización del enfermo mental.
- Identificar las necesidades que tiene un enfermo mental de larga estancia (crónico) para poder ser reinsertado en la sociedad, y establecer los niveles de rehabilitación.
- Conocer el funcionamiento de los talleres protegidos para la reinserción de enfermos mentales.

44.1. Concepto de rehabilitación y reinserción social

El personal de enfermería en los equipos de rehabilitación y resocialización del enfermo mental es un equipo clave, ya que convive las 24 horas con el paciente y éste

recibe de aquél más estímulos y apoyo que del resto del equipo terapéutico para su reinserción social.

Se entiende por *rehabilitación* de una persona que sufre o ha sufrido un trastorno psíquico importante la necesidad de adquirir y desarrollar todas sus facultades y capacidades personales, sociales e interrelacionales que ha perdido debido a su enfermedad o por una larga estancia en hospitales psiquiátricos, con el fin de permitir su reinserción social o poder mantenerle en su medio ambiente natural social con unas actividades y un funcionamiento lo más normalizado posible. Sobre todo se pretende que tenga la máxima calidad de vida a que tiene derecho todo ser humano.

44.2. Objetivos del programa de rehabilitación y reinserción social en enfermería psiquiátrica

El personal de enfermería especializado en psiquiatría debe marcarse unos objetivos a través de los Procesos de Atención de Enfermería, teniendo en cuenta las necesidades a nivel individual de cada paciente.

Se pueden dividir en dos objetivos principales:

a) Objetivos generales:

1. Este programa va dirigido a favorecer la adquisición de medios y capacidades personales, sobre todo de tipo relacional y social, que permita a cierto tipo de pacientes que actualmente están institucionalizados en Hospitales Psiquiátricos (o instituciones similares de larga estancia) que puedan de forma paulatina integrarse en las estructuras sociales de la comunidad, con un soporte médico-social de manera continua, y con el apoyo físico-psicológico del profesional de enfermería psiquiátrica comunitaria.
2. Se pretende que el paciente tenga un medio de vida "lo más familiar posible", que se integre en actividades sociales y recreativas, haciendo hincapié en programas de ocupación laboral. Habrá que darle un soporte moral, no solamente por parte del equipo terapéutico, sino también por parte de todas aquellas personas que estén implicadas en este programa, incluyendo otros pacientes.
3. Aunque se haga énfasis en una vida lo más normal posible, el equipo terapéutico deberá aceptar recaídas que pueda tener el paciente y sus regresiones ocasionales transitorias (aunque alguna vez haya que volver a hospitalizar al paciente, esto es secundario si puede poco a poco tener una mayor autonomía).

b) Objetivos específicos:

1. Es importante que hagan programas de reinserción social de ámbito nacional.
2. Se deberían implantar y aumentar los recursos comunitarios para la rehabilitación y reinserción social de los enfermos mentales, sobre todo en Hospitales, donde la mayoría son enfermos crónicos y con una *neurosis institucional*.
3. Una de las funciones del especialista de enfermería psiquiátrica y salud mental es ayudar a clarificar conceptos y disipar ignorancias de la sociedad sobre el enfermo mental.

   También es importantísimo formar especialistas para poder desarrollar estas funciones y poder intervenir en crisis.
4. Es indispensable que se disminuya el impacto social negativo acerca de la enfermedad mental; de esta manera tendría una mayor aceptación social y, en consecuencia, una mejor integración del paciente en su medio ambiente.

Una vez desarrollados los objetivos generales y específico habrá que empezar la rehabilitación y reinserción social del paciente, elaborando programas parciales. En ellos, los objetivos de rehabilitación serán:

- Desarrollo de la adquisición de las habilidades que facilite la vuelta al trabajo y el reasumir su papel en el entorno familiar y comunitario.
- Contribuir a la programación del tiempo y actividades coordinadas con el área sanitaria de origen.
- El programa de rehabilitación estará integrado y coordinado por las áreas.

Estos programas deben dirigirse desde las áreas sanitarias. El equipo terapéutico será multidisciplinario y estará compuesto por:

a) Médico psiquiatra.
b) Psicólogo.
c) Diplomado en Enfermería, especializado en Psiquiatría.
d) Terapeuta ocupacional.
e) Trabajador social.
f) Monitores de laborterapia.
g) Auxiliar psiquiátrico.

CUADRO 44.1
Programa de actividades de rehabiiitación

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
de 8 a 9 h	REHABILITACIÓN DE RUTINA (vestirse, aseos, hacer las camas, etc.) DESAYUNO						
de 9.15 a 12 h	Trabajos manuales Cocina/jardinería (grupos)	Trabajos manuales Corte y confección Costura	Trabajos manuales Cestería Trabajos en hierro	Trabajos manuales Carpintería Imprenta/mecanog.	Trabajos manuales Cocina Trabajos en piel	Trabajos manuales Cocina	Iglesia Paseos Excursión
de 12 a 13.30 h	CLUB SOCIAL, BIBLIOTECA, PELUQUERÍA, SALÓN DE BELLEZA, PODÓLOGO						
de 13.30 a 14.30 h	RUTINA DE ASEO, COMIDA						
de 14.30 a 15.30 h	TIEMPO LIBRE						
de 15.45 a 17.45 h	Educación física Trabaj. manuales de laborterapia	Trabaj. de alfombras Cestería Pintura	Educación física Trabajos manuales	Juegos organizados	Psicomotricidad Reuniones en grupos	Club social	Asistir a deportes (fútbol y otros)
de 18 a 18.45 h	RUTINA DE ASEO PERSONAL, MERIENDA						
de 19 a 21 h	Tardes sociales Bingo	Baile en la unidad entre pacientes de sexo opuesto	Campeonato de cartas Juegos de intersalas	Charla entre pacientes Discusión Debates	Juegos: damas, billar, ping-pong	Salida a tiendas Compras	Cine Paseos
de 21 a 21.45 h	CENA						
de 22 a 23.30 h	Lectura Correspondencia TV Programas de vídeo	Grupos de relación TV Radio	Sesión musical Discos, canciones populares (escogidas por los pacientes)	Lectura Correspondencia TV Vídeo	Lectura Arte dramático TV	Vídeo Discusiones sobre temas	TV Vídeo Reuniones

La primera tarea del personal de enfermería es hacer un Proceso de Atención de Enfermería individualizado.

44.3. Proceso de atención de enfermería en la rehabilitación y reinserción social del enfermo mental

A) Recogida de datos

En esta etapa se recogerán datos sobre el enfermo, tiempo que lleva ingresado, datos familiares, datos personales previos al ingreso, qué tipo de trabajo desarrollaba. Todos estos datos pueden ser obtenidos por medio de la familia, el trabajador social y el profesional de enfermería psiquiátrica comunitaria.

B) Diagnóstico de enfermería

El diagnóstico de enfermería se hará según las necesidades del enfermo (deberá tenerse en cuenta la pirámide de Maslow). Es importante ver qué necesidades tiene el paciente antes de hacer cualquier programa de rehabilitación y reinserción social:

- Deterioro físico y mental.
- Capacidad de integrarse en el grupo.
- Nivel de autonomía y capacidad de autocuidarse.
- Nivel de contacto con la sociedad.

C) Planificación de objetivos

En esta etapa el personal de enfermería debe planificar los objetivos que va a desarrollar según las necesidades del paciente. Estos objetivos deben ser hechos de la siguiente forma:

- A corto plazo.
- A medio plazo.
- A largo plazo.

El personal de enfermería se deberá marcar metas que puedan ser alcanzadas por el paciente sin crearle demasiada frustración.

D) Ejecución de los objetivos

En esta etapa el personal de enfermería pondrá en marcha todos aquellos objetivos marcados:

- Asignación del enfermo terapéutico.
- Nivel de deterioro para ejecutar la rehabilitación.
- Consecución de todas aquellas metas planificadas de los objetivos, cumpliéndolas paso a paso.

E) Evaluación

- Una vez cumplidos los objetivos se pasa a evaluar los resultados antes de continuar con metas posteriores.

- La evaluación deberá ser continuada cada vez que el paciente haya superado las diferentes metas.
- La evaluación tiene que ser hecha a corto, medio y largo plazo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El personal de enfermería, siguiendo las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, hará:

1. Grupos homogéneos de pacientes según:

a) Características psicopatológicas.
b) Problemáticas sociales derivadas de la institucionalización.

Generalmente, el paciente tiene una mezcla de ambas características.

2. Se integrará de pleno en el equipo de rehabilitación.
3. Es importante que el equipo terapéutico consiga que los familiares participen de lleno en los programas de rehabilitación, sobre todo que el paciente no rompa el vínculo familiar, y si éste ha perdido el contacto con la familia, se deberá trabajar con ésta para que vuelvan a contactar; pero sobre todo, es necesario que se integren en el equipo de rehabilitación.
4. Como muchos pacientes llevan demasiado tiempo ingresados, no tienen solucionada su situación económica. En este momento es donde entra el trabajador social para buscar los medios de que cada paciente tenga una pensión, y así pueda tener una mayor autonomía.
5. En caso de que existan pacientes judiciales en los grupos de rehabilitación, se deberá empezar lo antes posible los trámites para solucionar el caso.

44.4. Recursos para el programa de rehabilitación y resocialización

Para el desarrollo completo del programa, el equipo terapéutico deberá tener acceso a tres tipos de recursos:

A) Recursos hospitalarios

- Hospital Psiquiátrico (público o privado concertado):

– Unidad de larga estancia.
– Unidad de rehabilitación.
– Centro de Día.

– Terapia ocupacional.
– Laborterapia.

- Hospital General (Dpto. de Psiquiatría):

– Unidad de Urgencia Psiquiátrica.
– Unidad de Observación de 24-48 horas.
– Unidad de hospitalización breve.
– Hospital de Día.

B) Recursos intermedios

- Caso de transición (estancia de 6-12 meses).
- Hogares de grupo (estancia prolongada).
- Pisos tutelados.
- Residencias protegidas.
- Familias sustitutivas.

C) Recursos comunitarios

- De tipo médico-asistencial:

– Consultas en los Servicios de Salud Mental Comunitarios.
– Terapia de grupo y ocupacional.
– Centro de Día.
– Personal de enfermera psiquiátrica comunitaria.

- De tipo social:

– Pisos protegidos o asistidos.
– Residencia familiar.
– Clubs sociales.

- De tipo laboral:

– Talleres protegidos.
– Ayuda al empleo.
– Trabajo protegido.

44.5. Niveles de rehabilitación de un enfermo de larga estancia

Lo más importante en la rehabilitación del enfermo mental es que éste esté clasificado no según su diagnóstico médico, sino según sus necesidades y nivel de rehabilitación.

No podrán estar mezclados enfermos oligofrénicos con enfermos mentales, ya que

éstos deberían ser tratados en centros especializados, como sucede en la mayoría de los países donde funciona la asistencia psiquiátrica. Lo mismo ocurre con los enfermos psicogeriátricos; éstos deben tener unidades especiales y ser cuidados por personal de enfermería especializado.

Por esta razón, deberían existir tres niveles de rehabilitación:

- *Nivel A:* Estaría destinado a enfermos de más larga estancia y con un mayor deterioro y unas necesidades máximas de ayuda y soporte para su rehabilitación. En este nivel la unidad no debe exceder de 30 camas. Se dividirán a los enfermos en grupos de 7 u 8. A cargo de cada grupo deberá estar un Diplomado en Enfermería especializado en Psiquiatría.
- *Nivel B:* Sería un nivel intermedio donde los enfermos empiezan a ser auto-suficientes; las necesidades van a ser menores desde el punto de vista de los cuidados de enfermería, y se puede dividir a los enfermos en grupos de 16, a cargo de un Diplomado en Enfermería especializado en Psiquiatría.
- *Nivel C:* En este nivel los enfermos pueden depender de sí mismos casi en su totalidad, simplemente con una supervisión mínima de enfermería. Es la fase donde los enfermos están preparados para ser dados de alta con la supervisión del profesional de enfermería psiquiátrica comunitaria o pasar a los cuidados intermedios de la comunidad para continuar con su rehabilitación.

44.6. Talleres protegidos

Existen dos modalidades de centros de trabajo para enfermos mentales:

A) Talleres protegidos

Son centros que no pretenden obtener una productividad igual a la del medio laboral normal.

En muchos países donde funcionan los talleres protegidos, como en el Reino Unido, las Unidades de Rehabilitación corren a cargo del Ministerio de Trabajo y suelen admitir un 25% de enfermos mentales, por considerar que si pasan de estas cifras se produciría un descenso en las actividades. También se admiten disminuidos físicos.

Estas unidades trabajan en centros de enseñanza acelerada, donde preparan a los más aptos para la industria libre.

B) Empresas independientes benéficas

Se trata de fábricas donde van a trabajar los enfermos del hospital. Estas empresas están fuera del hospital y no tratan de obtener beneficios. Los pacientes realizan trabajos

que se cobran por lo que producen.

También se pueden organizar muchas otras actividades. En Bristol, el Dr. Early (pionero en la terapia industrial y talleres protegidos en el Reino Unido y consultor de la OMS en materia de psiquiatría para España) organizó en los años sesenta una estación de servicio atendida totalmente por enfermos mentales en plena ciudad, funcionando a plena satisfacción de la sociedad.

El *personal del taller protegido* estará constituido por:

- Profesionales según el taller y trabajo que se vaya a desarrollar (carpinteros, electricistas, pintores, etc.).
- Monitores de laborterapia.
- El trabajo deberá ser evaluado por Diplomados en Enfermería especializados en Psiquiatría y Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

COOK, J. S. y FONTAINE, K. L.: *Enfermería psiquiátrica*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1989.

LONGHORN, E. L.: *Manuales para diplomados en enfermería y ATS de psiquiatría*. Editorial Médica y Técnica. 1979.

MEZQUITA BLANCO, J.: *Rehabilitación del enfermo mental. Terapia ocupacional e industrial*. Temas de asistencia psiquiátrica. PANAP. 1975.

RODRÍGUEZ REYES, J.: *La terapia ocupacional y la laborterapia en las enfermedades mentales*. PANAP. 1975.

SNELL, H.: *Trastornos mentales e introducción a la enfermería psiquiátrica*. Paz Montal-vo. Madrid, 1978.

45

El paciente terminal

OBJETIVOS

- Acercar científicamente al alumno a la problemática psicosocial de la muerte de los enfermos, con el fin de facilitarle la comprensión de las reacciones del enfermo terminal y de su familia en diversas situaciones y circunstancias y dotarle de actitudes positivas para lograr interacciones efectivas con ellos, que le permitan actuar como un agente psicoterapéutico.
- Entender la necesidad de un enfoque biopsicosocial a la hora de afrontar la problemática de la muerte.
- Conocer las etapas evolutivas del enfermo terminal según distintos modelos explicativos.
- Conocer de qué forma incide la hospitalización y la propia situación de enfermedad terminal en el paciente y su familia.
- Conocer las bases y normas generales de actuación del personal sanitario.

45.1. Asistencia a los enfermos terminales

Las altas cifras de enfermos en situación terminal (pacientes con un diagnóstico exacto de una situación clínica irreversible y con un pronóstico de supervivencia de pocas semanas o meses), que se constatan en el momento actual; el hecho de que su carga asistencial recaiga fundamentalmente sobre los hospitales; la complejidad terapéutica y relacional que conlleva su cuidado, y el impacto personal, familiar e incluso para el personal sanitario que significa el diagnóstico y la relación con un enfermo terminal, plantean un problema nuevo y de gran magnitud a la totalidad del sistema sanitario y, específicamente al personal de enfermería como elemento del equipo de salud situado más próximo al paciente-familia y que vive más directa e intensamente las consecuencias de esta situación.

Las bases para una correcta asistencia y cuidado, sobre todo de sus necesidades psicológicas y aspectos psicosociales, no han sido objeto de atención de la investigación biomédica, ni han formado parte de la enseñanza de los profesionales de la salud, hasta épocas muy recientes. Por ello, cuando el personal sanitario se enfrenta a un enfermo terminal, se da cuenta de que está desarmado y de que no ha sido provisto de los conocimientos y metodología terapéutica adecuados para manejar esa situación. El resultado suele ser que, olvidándose de los aspectos humanitarios y personales de los cuidados sanitarios, y sintiéndose frustrado y confuso, adopte conductas de huida y abandono o caiga, en un esfuerzo de prolongar la agonía que no la vida, en un rechazable encarnizamiento terapéutico.

El manejo del paciente terminal requiere un cambio radical, tanto en los aspectos técnico-asistenciales, como en los relacionales y en las mismas estructuras hospitalarias. Cuando "no hay nada más que hacer" por un paciente, se abre una gran gama de posibilidades terapéuticas, cuyo objetivo es cuidarle y darle consuelo, alivio y bienestar para dignificar su muerte.

La finalidad de esta exposición es estimular la toma de conciencia de la posibilidad y necesidad de asistir eficazmente y en equipo al proceso psisocial de la muerte, al mismo nivel que hoy día se asisten sus aspectos materiales. Con ello, no sólo se lograría llenar esta laguna, sino que se alcanzarían otros dos objetivos: de un lado, hacer realidad el concepto de trabajo en equipo y, de otro, romper definitivamente la imagen de una medicina todopoderosa, centrada en la curación, para completarla con una asistencia sanitaria que valore la prevención, el alivio del sufrimiento o el consuelo como actividades de primer rango.

45.2. Razones para un abordaje biopsicosocial de la problemática de la muerte en la actualidad

Los elementos que caracterizan la situación de enfermedad terminal son:

- Presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades racionales de respuesta al tratamiento específico.

- Aparición de numerosos y variados síntomas, de génesis multifactorial, intensos y cambiantes (dolor, anorexia, ansiedad, inquietud, malestar, debilidad, depresión…).
- Gran impacto emocional sobre enfermo-familia y equipo terapéutico.
- Muerte previsible a corto plazo (semanas, meses…, generalmente antes de los seis meses).
- Demanda importante de atención y soporte por parte de los enfermos y familiares.

En esta situación, el objetivo fundamental de la actividad sanitaria ha cambiado de lo curativo a lo paliativo. Se busca el confort del paciente y el bienestar de la familia.

La asistencia al paciente terminal trasciende el nivel individual y conlleva repercusiones psicosociales relevantes, puesto que en el proceso de la muerte están implicados:

a) *La persona enferma*, en la que se producen una serie de respuestas psicológicas características de la enfermedad terminai, junto con otras derivadas del propio hecho de la hospitalización.

b) *Todo el grupo socio-familiar* al que pertenece el paciente, generando reacciones similares en sus miembros y obligando a una dinámica de reajuste de las relaciones grupales.

c) *El equipo de salud*, pues la interacción con el enfermo terminal enfrenta al personal sanitario con su cota de incompetencia técnica, provocando una herida en su omnipotencia terapéutica, a la vez que le recuerda su finitud existencial anticipándole su propio proceso de muerte.

Los sentimientos de impotencia y frustración y angustia que provoca la enfermedad incurable en un personal sanitario "entrenado para curar", le hacen reaccionar con conductas de abandono y huida o de despersonalización de la relación (a través de una actuación técnica "centrada en el órgano enfermo", que puede provocar conductas de encarnizamiento terapéutico).

d) *La institución hospitalaria*, pues la demanda (hoy día el 80% de las muertes se producen en el medio hospitalario) de asistencia para "ayudar a morir" es un factor de desestabilización en unos centros diseñados para desarrollar una eficaz actividad curativa.

e) Asimismo, es preciso tener en cuenta *la consideración social de la muerte en nuestro contexto histórico-cultural*

En los últimos años se observa un profundo cambio en las actitudes y comportamientos sociales ante la muerte, y así de su aceptación como fenómeno ligado a la vida, se ha pasado a actitudes de negación, rechazo o conductas de ocultamiento.

Lo mismo ocurre con el concepto de muerte deseable y con las circunstancias que rodean a la muerte, tanto las referidas al lugar en que se muere como a las causas de la

muerte.

En la actualidad, la tanatología busca lograr una síntesis entre la tesis de una muerte *humanizada* y la antítesis de una muerte *tecnológica*, y el gran reto del futuro de los hospitales es luchar, tanto por la evitación y demora de la muerte, como por el logro de una calidad de morir que lo humanice.

La asistencia a estos enfermos se ha convertido en un importante problema de salud pública, y aunque no debe abrumarse a los hospitales con una excesiva demanda de este tipo (la muerte en los hospitales se ha incrementado en los últimos años hasta un 80%, frente a la muerte en el domicilio), sí deben tener una serie de camas para este cometido, y el cuidado de los pacientes en esta situación debe formar parte de los conocimientos y técnicas accesibles a todos los miembros de equipo de salud.

45.3. Reacciones psicológicas del enfermo terminal y sus familiares

El paciente terminal se ve sometido a la doble amenaza de su propia enfermedad y de la hospitalización. La constatación de este hecho plantea la ineludible exigencia de que el hospital y sus miembros incluyan en su programa de trabajo, junto a la atención a los problemas de su salud física, la satisfacción de las necesidades psicológicas del enfermo.

Se ha aplicado al modelo teórico de la *indefensión* de Seligman (1975) para entender la importancia que tienen las expectativas de los pacientes ante su enfermedad y su situación de hospitalización. Para él, la hospitalización sería una situación de "indefensión institucionalizada".

La importancia de este modelo radica en que hace intervenir en el desarrollo de la conducta de enfermedad variables psicosociales que radican en la propia organización hospitalaria, que, consecuentemente, puede ser modificada actuando sobre las causas.

Éste es el objetivo general que, a nuestro juicio, debe tener la actuación del equipo hospitalario a nivel psicológico: prevenir, y tratar en su caso, la aparición de trastornos psíquicos originados por la propia situación de enfermedad u hospitalización.

45.3.1. Incidencia psicológica de la propia enfermedad

La situación de enfermedad terminal provoca la aparición de temores y vivencias de pérdida que van a estar en la base de las reacciones psicológicas que presentan estos pacientes.

Entre estas pérdidas, sentidas o anticipadas, figuran:

- La salud, la propia vida.
- La autonomía e independencia.
- Los roles familiar, social, laboral, etc.

- La imagen y apariencia.
- El control de los acontecimientos (incluso para seguir e influir en el proceso de su propia enfermedad).
- La esperanza.

Los temores que con mayor frecuencia manifiestan son:

- A las deformaciones, invalideces, al dolor, al sufrimiento de una enfermedad larga.
- A la agonía.
- A los problemas que tendrá que afrontar la familia en los aspectos económicos, relacionales, dinámicos, etc.
- A los efectos del tratamiento.
- A sobrecargar con su cuidado a la familia.
- A la soledad, abandono, rechazo por familiares, amigos, personal sanitario.
- A la muerte misma, al más allá, a la nada.

Generalmente se acepta que los enfermos terminales temen:

- Lo desconocido más que lo conocido.
- El desinterés profesional, más que la falta de cualificación técnica.
- El proceso de morir, más que la propia muerte.

Se expresan como sentimientos de frustración, culpa y depresión por la vida pasada y las pérdidas, y como preocupación excesiva, ansiedad y desesperanza por el futuro y los problemas pendientes.

Estas pérdidas y temores, son impuestos o facilitados por la familia y el equipo terapéutico (institución/sociedad) y producen inexorablemente una reacción de duelo y ansiedad que evoluciona en etapas (Kübler-Ross).

En los últimos años han adquirido justa fama y difusión algunos modelos explicativos de las distintas etapas que siguen los enfermos terminales, desde una perspectiva psicológica. Kübler-Ross (1969), Sporken (1978) y Rodabough (1980), entre otros, han abordado estos problemas. El análisis profundo de estos modelos puede ofrecer soluciones a las necesidades psicológicas de los pacientes moribundos, pues genera estrategias terapéuticas más adecuadas.

45.3.2. Etapas evolutivas del enfermo terminal

MODELO DE KÜBLER-ROSS (1969)

Según Kübler-Ross, cuando una persona conoce la índole mortal de su enfermedad, o sospecha que va a morir, atraviesa por unas fases que presentan unas

características psicológicas peculiares, comunes a casi todos los pacientes. Estas etapas son una reacción, consisten en la adopción de defensas para intentar adaptarse a la nueva situación.

1. *Negación y rechazo:* Se produce en el momento en que el paciente conoce la irreversibilidad de su enfermedad. Es un intento de negar la realidad, negando el diagnóstico, la enfermedad, haciendo planes para el futuro, no acudiendo a los controles médicos, ni realizando el tratamiento.

   Dura unos días después de confirmado el diagnóstico. Es tanto más intensa cuanto más brusca e inesperada sea la notificación de la enfermedad.

   Se trata de un mecanismo de defensa útil en los primeros momentos, que sirve de amortiguador ante el impacto de la realidad de su próxima muerte (con el rechazo surge la esperanza de no morirse, de una curación, de un error diagnóstico). Por ello es conveniente en las primeras informaciones hablar de gravedad sin privar de toda espeanza, para conseguir superar este estadio inicial de impacto y rechazo.

2. *Irritabilidad/ira/hostilidad:* Cuando el paciente no puede seguir manteniendo la negación, la sustituye por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Se muestra difícil, intolerante, quejumbroso y exigente. Es una manera de afirmar que todavía está vivo.

   La conducta hostil del paciente aleja, a veces, a la familia y a quienes le asisten, aumentando su frustración y, por tanto, su agresividad.

   Necesita comprensión, paciencia y que no respondamos a su irritación con agresividad o aislándole, sino que seamos capaces de ponernos en su lugar y ayudarle a exteriorizar su rencor, proyectado a menudo sobre los médicos y personal de enfermería.

3. *Negociaciones:* Progresivamente, el paciente va aceptando la realidad de su situación y comienza a afrontarla, iniciando una serie de promesas y pactos para retrasar el fatal desenlace.

4. *Depresión:* Se produce por razones distintas: por un lado, la depresión reactiva, que conlleva lamentos de pérdidas sufridas. Por otro, la depresión preparatoria o pasiva, que lleva aparejadas pérdidas futuras (autonomía, responsabilidades familiares, vida…). Pueden aparecer ideas y comportamientos suicidas.

   Es una fase que entraña grandes dificultades para el personal del hospital y para la familia. En general, exige que la familia y el personal sanitario le acompañe en silencio; hay que dejarle que se aflija, que llore, pero no abandonarle.

5. *Aceptación resignada:* Cuando el paciente ha tenido bastante tiempo y ayuda para pasar por las fases anteriores, puede originarse la paz y la tranquilidad profundas. Va rompiendo los lazos que le unen con la vida. Comienza a desprenderse, poco a poco, de todo y de todos, preparándose para la separación definitiva de las personas y cosas que ha amado.

   Habitualmente, la mayoría de los pacientes llegan a esta fase cansados y bastante débiles, suele disminuir o estar controlado el dolor, el paciente vive en presente, no hace planes para el futuro. Va replegándose en sí mismo, alejándose de todo lo amado. Suele ser una fase con poca expresividad comunicativa, el paciente no desea hablar, sino que se le acompañe.

   En el trato de los pacientes, se han de respetar sus deseos: la comunicación no verbal puede ser de gran utilidad.

Kübler-Ross señala otros aspectos importantes; habla de la esperanza y dice que persiste a lo largo de todas las etapas o fases.

Al principio de una enfermedad existe *esperanza* de que el diagnóstico y el pronóstico sean erróneos. Si el diagnóstico se ha confirmado, la esperanza se dirige hacia la curación y a la prolongación de la vida. Pueden surgir dos actitudes erróneas en torno a la esperanza. Por una parte la transmisión de desesperanza por parte del personal sanitario o de la familia, cuando el paciente necesita todavía mantener la esperanza. Por otra, la incapacidad que se produce en la familia, o en el equipo sanitario, entrenado en "curar", para aceptar la fase final del enfermo; se aferra a una esperanza inútil cuando el paciente ya ha asumido el carácter definitivo de sus dolencias y necesita que se le ayude a morir en paz.

También señala que los familiares reaccionan siguiendo las mismas etapas que el enfermo, lo que puede crear disarmonías importantes si no coinciden los niveles de aceptación de unos y otros.

Finalmente, afirma, sobre todo en sus últimos trabajos, que estas fases presentan una gran variabilidad interindividual, no son secuenciales ni de obligada presentación, sino que un paciente puede regresar a una fase anterior o saltarse etapas, llegando, por ejemplo, a la situación depresiva rápidamente. En general, estas fases se van superponiendo y relacionando en un continuo dinamismo.

MODELO DE SPORKEN (1978)

En los países europeos occidentales comienza a ser norma habitual la información sobre el diagnóstico y pronóstico fatal, pero todavía existen numerosos reparos y prevenciones al respecto, originados, generalmente, en las actitudes sobreprotectoras de los familiares. Evidentemente, eso tiene consecuencias importantes en la asistencia que se ofrece al paciente moribundo y su familia. En general, la incertidumbre produce reacciones de inseguridad y ansiedad.

Las fases que Sporken señala se adecuan más a un contexto europeo, que afortunadamente está cambiando, pero ofrecen el valor de evidenciar los efectos negativos de la desinformación.

1. *Ignorancia:* El paciente no sabe nada acerca de su enfermedad. Sin embargo, la familia ya conoce el diagnóstico y se crean dificultades en la relación, incrementándose progresivamente la incomunicación. En esta fase, es la familia la que más ayuda psicológica necesita. Aparece la "conspiración del silencio", evitándose hablar con el paciente de la gravedad de su enfermedad.
2. *Inseguridad:* Esta fase se caracteriza por una mezcla de sentimientos; el paciente pasa de la esperanza al miedo intenso, quiere salir de su incertidumbre y hace preguntas a personas diversas con el deseo de que le aseguren que la enfermedad no es grave.
3. *Negación implícita:* El paciente comienza a percibir, más o menos conscientemente, su situación real y su previsible desenlace, pero, a la vez, lo niega implícitamente. Incluso realiza planes nuevos para su vida.
4. *Comunicación de la verdad:* Sporken opina que no hay que comunicar obligatoriamente y siempre la verdad al paciente. Esto no significa que haya que ocultar sistemáticamente la verdad. El sentido de la comunicación de la verdad es más un compromiso con el moribundo que una información sobre el diagnóstico y pronóstico. En principio, el médico es quien debe dar tal información, ya que asume la posición central en el cuidado del enfermo.
5. Si el paciente conoce la verdad de su enfermedad, Sporken asume que el paciente recorrerá las etapas que propone Kübler-Ross (1969).

Si bien la descripción de Kübler-Ross tuvo el mérito de ser pionera de la tanatología, y estos modelos han servido como orientación para comprender las reacciones y conductas de numerosos enfermos terminales, hoy día son ampliamente contestadas porque se considera que las etapas que se ofrecen en estos modelos habría que matizarlas en función de una serie de *variables* psicológicas, sociales, creencias y actitudes religiosas, culturales, económicas, biológicas, que intervienen, haciendo que cada moribundo y su familia sigan su peculiar evolución. Se citan como más importantes:

- El proceso orgánico causante de la muerte (rapidez evolutiva, dolor, deformidades, incapacidades, pérdida de autonomía…).
- El contexto sociocultural (consideración social de la muerte).
- El marco donde se muere: hospital *versus* domicilio (características de cada uno: medios técnicos, confort, soporte psicológico).
- El equipo de salud (nivel de formación, actitud ante la muerte y la curación, tiempo disponible, capacidad de diálogo, cohesión, integración).

- La familia (nivel de estructuración, *status* y papel del enfermo, problemas económicos que se plantean…).
- El paciente:

– Edad, sexo.
– Atributos de la personalidad: vulnerabilidad; estrategias de afrontamiento; estilo de relaciones interpersonales que establece.
– Nivel de autorrealización (proyectos de vida…).
– Reacción de duelo y angustia por las pérdidas y temores.
– Sentimientos de apoyo y comprensión.
– Nivel de información y percepción de control de su propia situación.

- Creencias religiosas y actitudes vitales frente al más allá.

MODELO DE RODABOUGH (1980)

Este autor insiste en que, en vez de la progresión secuencial de las fases, puede existir una repetición alternativa entre etapas, fluctuando esta alternancia entre el rechazo y la aceptación, la euforia y el temor. La labilidad emocional es una de sus características.

45.3.3. Incidencia psicológico de la hospitalización en el enfermo terminal

Toda enfermedad, y más la enfermedad terminal, provoca unas reacciones peculiares y variables de unos individuos a otros. Pero, sobreañadiéndose a ellas, el ingreso en un Centro Hospitalario determina unas circunstancias particulares que hacen de la *hospitalización* una situación potencial y objetivamente hostil y traumatizante, que produce perturbaciones en el equilibrio psicológico de numerosos pacientes, sobre todo en los más vulnerables, al favorecer el desencadenamiento de situaciones de despersonalización.

Efectivamente, la hospitalización supone la inserción del enfermo como objeto de asistencia en una institución compleja, que está organizada para prestar cuidados técnicos eficientes a un elevado número de personas a la vez. La necesidad de eficacia (técnica, económica y social) del sistema hospitalario dificulta la satisfacción de las necesidades individuales del enfermo.

Las circunstancias peculiares que rodean la hospitalización e inciden sobre el enfermo, originando esta situación de despersonalización, son:

- El aislamiento social y familiar.
- La estandarización ("desnudamiento": COE). Al enfermo se le asigna un número, se le da ropa uniforme, se le quitan sus ropas y objetos personales

y se le reglamentan todas sus actividades. Esto lleva a una pérdida de identidad por la que se transforma al enfermo de persona concreta en "objeto de asistencia".

- La pérdida de intimidad.
- La pérdida de libertad.
- La dependencia forzosa del personal (fuente de todos los recursos).
- La deficiencia de información.
- El favorecimiento de un estilo peculiar de relación entre personal sanitario y enfermo terminal:

– Asimétrica (Parsons): Se potencia el poder del personal sanitario
  – Técnica (modelo técnico de servicio de Tatossian): Priman los aspectos técnicos en detrimento de los interpersonales.
– Caer en la rutina y la tendencia a la evitación de la interacción directa con el moribundo son otros elementos sobreañadidos que caracterizan dicha interacción personal.

Esto provoca en muchos pacientes perturbaciones en su equilibrio psicológico o exacerbaciones de las ya presentes (todos los estudios epidemiológicos en pacientes hospitalizados en Hospitales Generales evidencian altísimas tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos).

Así, las reacciones ante esta situación de hospitalización suelen incluir:

- Alteraciones emocionales: ansiedad-depresión.
- Vivenciación de sentimientos:

– de despersonalización.
– de pérdida.
– de soledad y abandono.
– de falta de control sobre su situación.
– de desvalimiento.

- Desarrollo de actitudes:

– de dependencia.
– de sometimiento.
– de pasividad.

- Modificaciones comportamentales, con aumento de las conductas regresivas y de la desorganización del comportamiento.

45.4. Asistencia integral al enfermo terminal y sus familiares

45.4.1. Bases de una atención terapéutica integral

Antes de abordar las normas generales de la actuación del personal sanitario con

los enfermos terminales y sus familiares, deben sentarse las bases de una atención terapéutica integral, que posibilite una asistencia de calidad. Son las siguientes:

- Establecer un programa terapéutico global que tenga en cuenta los aspectos biológicos-psicológicos-sociales y espirituales del enfermo y familia, y en el que se asocien siempre las medidas farmacológicas, terapéutico-ocupacionales, rehabilitadoras, con los cuidados somáticos, las medidas de apoyo psicosocial y las actuaciones sobre el ambiente hospitalario, en una concepción terapéutica en la que el sistema sanitario (hospital/red sanitaria/equipo terapéutico) estén al servicio del individuo.
- La unidad que se va a tratar es el enfermo y su familia. La implicación activa de la familia en la terapéutica es uno de los elementos principales de apoyo.
- La toma a cargo del paciente-familia debe realizarse por un equipo de salud multidisciplinario y cohesionado.
- El objetivo primordial de los cuidados es lograr el mayor grado de comodidad de los pacientes y de bienestar de los familiares.
- La promoción-prevención de la autonomía y dignidad del enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas.
- Controlar los síntomas (dolor); establecer una comunicación individualizada, gradual, regida por las necesidades del enfermo, coherente, y brindar un adecuado apoyo emocional favorecen el logro de este objetivo.

Esto es posible en una concepción terapéutica activa, elaborando con el enfermo los objetivos terapéuticos, como preconizan las normas modernas de excelencia de los cuidados asistenciales: "…ayudar al paciente a definir y conseguir, conjuntamente con el personal sanitario, sus propias metas dentro del sistema de salud".

45.4.2. Normas generales de actuación del personal sanitario

Las normas generales de actuación del personal sanitario conviene analizarlas a diversos niveles de intervención:

A) A nivel institucional

Partiendo del presupuesto de una concepción terapéutica en la que el sistema sanitario está al servicio del individuo, y obviando aspectos puramente burocrático-administrativos, de indudable trascendencia pero fuera de lugar en este análisis, se van a estudiar únicamente dos aspectos de esta problemática:

MEDIDAS PSICOPROFILÁCTICAS PALIATIVAS DE LOS EFECTOS INDESEABLES DE LA HOSPITALIZACIÓN (INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA)

El carácter estresante que puede tener la hospitalización ha despertado desde hace tiempo una gran inquietud en los sistemas sanitarios y ha obligado a revisar y replantear la organización hospitalaria en lo referente a sus relaciones con los enfermos y a las condiciones psicológicas de la hospitalización.

Los movimientos de humanización hospitalaria, la promulgación de "Cartas de derechos y deberes de los enfermos" y "Hojas de información hospitalaria", la creación de servicios de atención al paciente y la realización de encuestas de poshospitalización para conocer el nivel de satisfacción de los enfermos sobre los cuidados recibidos, son ejemplos de este intento de crear un ambiente relajado y de apoyo en el que las estructuras físicas y la organización hospitalaria posibiliten la comodidad del enfermo, la presencia de los familiares, aseguren algún tipo de control de la situación por el propio enfermo y neutralicen los efectos perjudiciales de la desinformación, facilitando su adaptación a la enfermedad y hospitalización.

EL LUGAR DE LA MUERTE

Como quiera que aumenta progresivamente la proporción de pacientes que mueren en instituciones hospitalarias, la mayoría de los expertos se inclinan por aumentar, en los Hospitales Generales, las camas dedicadas a las personas que mueren. Se citan, entre otras ventajas, la posibilidad de que los enfermos fueran atendidos a lo largo de toda su enfermedad por el mismo equipo asistencial.

Pero la realidad en nuestro medio y en estos momentos es que todavía una proporción importante de población muere en su casa, bajo la responsabilidad terapéutica de los Equipos de Atención Primaria.

El cuidado domiciliario de un paciente terminal conlleva, junto a unas ventajas innegables, unos inconvenientes y complicaciones que la familia (y el paciente, en su caso) deben conocer y tener presentes para realizar una toma de decisión consciente e informada.

En resumen, sea cual sea el lugar donde van a morir nuestros semejantes, para ser apropiado debe cumplir unas condiciones mínimas:

- Tener un valor afectivo positivo para el paciente: esto, fácil de lograr en el propio domicilio, se puede alcanzar en el hospital favoreciendo la "personalización" de la habitación con pequeños detalles, objetos propios… y posibilitando el logro de una intimidad suficiente para el enfermo y sus familiares. (Para ello los hospitales deberían de habilitar unas habitaciones individuales o planificar con tiempo el traslado de los enfermos que comparten la habitación).
- Ser confortable y limpio, así como silencioso.
- Tener unas condiciones asistenciales e higiénicas mínimas, lo que indudablemente se logra mucho más fácilmente en el medio hospitalario.

B) A nivel del equipo de salud

La atención integral de las necesidades del enfermo terminal-familia debe ser asumida por la totalidad del equipo multidisciplinario, integrado y coordinado en sus actuaciones a través de reuniones de trabajo periódicas. Para ello es imprescindible:

- La concepción interdisciplinar real del equipo de salud.
- La profesionalidad y formación actualizada de cada uno de sus miembros.
- El número suficiente de profesionales motivados.
- Las medidas organizativas y estructurales del centro que posibilite una información adecuada y el logro de los objetivos de confort y bienestar de paciente y familia y la prevención, en la medida de lo posible, de la aparición de trastornos psíquicos originados por la propia situación de enfermedad y hospitalización.

Hoy día se comienza a valorar nuevamente, y en toda su importancia, la tradicional función de cuidado que a través del tiempo han desempeñado las instituciones sanitarias y a resaltar, en este área, la importancia de la actuación del profesional de enfermería responsable de los cuidados básicos de los enfermos y miembro del equipo de salud que está más próximo al enfermo-familia, por lo que es quien mayor grado de interacción establece, lo que le convierte en elemento clave en la aplicación de la terapéutica.

Ante un enfermo terminal, como en cualquier otro caso, deben definirse muy claramente los objetivos asistenciales y las actuaciones encaminadas a su consecución y supeditar a ellos otras actividades, en ocasiones rutinarias y sin sentido (si el objetivo es el confort, la toma de la tensión arterial y la temperatura a las 6,30 de la mañana es una rutina absurda que hay que suprimir).

No se plantea una dicotomía entre una actividad técnica "curativa-agresiva" y una actitud de abandono técnico, sino que cuando las posibilidades de tratamiento se han agotado, se deben de centrar los esfuerzos en ayudar al paciente para su muerte y no seguir empeñados, provocando molestias innecesarias, en "rescatarle" de la misma. En esto, la supresión de las medidas inútiles y traumáticas, se parte de la preparación para la muerte, no cooperación en la muerte. Se trata de saber pasar de una asistencia curativa a la prestación de cuidados paliativos. En este sentido apuntan las conclusiones obtenidas por Domínguez y Urraca en un estudio sobre "las actitudes de médicos y enfermeras sobre el dolor, el morir y la muerte digna" en pacientes críticos, realizado en Madrid (1985), en el que se pone de manifiesto que la muerte digna se asocia al morir sin dolor, rodeado de los familiares y sin excesivo intervencionismo exterior, pero sin confundir esta conducta con una eutanasia activa.

C) A nivel de la familia

Toda la familia de un enfermo terminal resulta implicada en el proceso de la

muerte: sufre reacciones psicológicas similares a las del paciente (Kübler-Ross) y se ve obligada a una dinámica de reajuste de las relaciones grupales. "Cuando muere un paciente, todo el grupo familiar se afecta y modifica."

Asimismo, se ha hecho hincapié en la necesidad de considerar al enfermo terminal-familia como una unidad a la hora de programar los cuidados y apoyarla, sobre todo, cuando la asistencia al enfermo terminal se realiza en su domicilio, implicándola en los objetivos terapéuticos.

Indudablemente la familia es un pilar importante en el cuidado integral del enfermo terminal; hasta tal punto que sin su participación activa es difícil alcanzar los objetivos terapéuticos, pues con su actitud y comportamiento puede facilitar o bloquear los esfuerzos del paciente por adaptarse y soportar la enfermedad.

Así pues, hay que movilizar todos los recursos familiares para utilizarlos como arma terapéutica y a la vez apoyar a la familia a soportar el impacto provocado por la enfermedad terminal del ser querido y la carga física, emocional, económica que provoca su atención y cuidado.

El objetivo de los cuidados psicológicos a los familiares es capacitarlos para:

- Adaptarse a la nueva situación:

– Control de las reacciones emocionales.
– Restructuración del grupo familiar.
– Resolución del duelo.

- Soportar la carga familiar.
- Ayudar al paciente a adaptarse y aceptar su situación.

Pero aún hay más, porque después de que una persona ha muerto, los que le amaron continúan sufriendo. Sobrevenida la muerte, los familiares atravesarán diferentes fases, hasta llegar a la aceptación total de la realidad.

Tres son las fases que describe Engel:

1. *Choque: vivencia de irrealidad*. Es inmediata a la pérdida; dura muy poco tiempo y en ella hay una incapacidad para captar la realidad.
2. *Conciencia progresiva*. Progresivamente la realidad de la pérdida va penetrando en el campo de la conciencia, provocando pena, tristeza, llanto, angustia, irritabilidad…
3. *Resolución-aceptación*. Los rituales sociales del duelo facilitan la readaptación, pero después hay que enfrentarse al vacío, a la ausencia, hasta llegar a tomar una cierta distancia emocional con respecto al difunto, finalizando el duelo cuando se es capaz de disfrutar de nuevo de distracciones y placeres.

En los primeros momentos la autoinculpación es muy frecuente, por lo que es preciso que el personal sanitario esté al tanto de los autorreproches sobre "mala atención", "no utilización de otros recursos", "descuidos", etc., que es preciso abortar desde su inicio con una adecuada actitud terapéutica.

D) A nivel del enfermo

Se han analizado las consecuencias y reacciones que la enfermedad y la hospitalización provocan en el enfermo terminal y sus familiares. Al abordar su cuidado, en una concepción terapéutica holística de la unidad enfermo terminal-familia, hay que plantearse el cubrir sus necesidades físicas, psíquicas y espirituales.

NECESIDADES FÍSICAS: CUIDADOS SOMÁTICOS

Todos los cuidados físicos tienen una importancia capital y forman parte de lo que el moribundo espera de aquellos que le rodean. Este aspecto de los cuidados es el que se comprende y se practica mejor. Difícilmente puede pretenderse conseguir un estado psicológico adecuado cuando el sufrimiento físico, que constituye uno de los temores fundamentales del paciente, acapara toda su atención.

Es primordial que el paciente no sufra inútilmente; es preciso esforzarse en asegurarle un máximo de bienestar y un control absoluto del dolor y otros síntomas, como vómitos, disnea, úlcera por decúbito, etc. El cuadro 45.1 recoge algunos problemas que comportan los cuidados físicos que debe prestar el personal de enfermería al enfermo terminal y las intervenciones de enfermería pertinentes.

Cuanto más se agrave al estado general del paciente, y más débil se encuentre, más necesidad tendrá de ayuda para efectuar las diferentes funciones de la vida cotidiana: aseo, comidas, eliminación (defecación y micción), protección de la piel, cuidado de la boca, etc.

No se debe descuidar la apariencia física del paciente (cuidados del cabello, así como la limpieza de la cama y de la ropa). También es necesario vigilar para que se evacuen los olores desagradables de la forma más rápida posible, y que las heridas estén cubiertas y no sean visibles.

CUADRO 45.1

Intervenciones de enfermería en problemas originados por las necesidades físicas del enfermo terminal

PROBLEMA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
Dolor	• Administración y control de la medicación prescrita.
Estreñimiento	• Administración de la medicación prescrita.
	• Administración de dieta rica en

	residuos.
Diarrea	• Administración de la medicación prescrita.
	• Administración de dieta semilíquida de tipo astringente.
	• Administración de líquidos.
	• Observación de heces.
Náuseas y vómitos	• Administración y control del tratamiento etiológico y/o sintomático prescrito.
	• Administración de comidas líquidas y poco abundantes.
Disnea	• Tratamiento postural.
	• Fisioterapia respiratoria.
	• Administración, en su caso, de oxigenoterapia.
	• Valoración de la coloración de piel y mucosas.
Tos	• Administración del tratamiento prescrito.
	• Humidificación del ambiente.
	• Limitar la aspiración/eliminar secreciones.

Las decisiones terapéuticas deben basarse en programas de trabajo previamente establecidos y sujetos a un control de calidad de los resultados, sin depender de improvisaciones poco meditadas. Siguiendo el "método de tratamiento sin dolor" propuesto por la Organización Mundial de la Salud, puede controlarse correctamente éste en más del 90% de los pacientes.

NECESIDADES RELIGIOSAS/ESPIRITUALES

Hay que respetar los deseos y creencias y facilitar la asistencia religiosa adecuada en cada caso.

NECESIDADES PSICOLÓGICAS: CUIDADOS PSICOLÓGICOS

V. Henderson *(La esencia de la enfermería*, 1980) enfatiza la importancia de los aspectos relacionales de su trabajo y la obligación de suplir y reforzar las capacidades, de promover la independencia y de ayudar a morir con dignidad.

Los distintos autores concuerdan al afirmar que las personas próximas a la muerte

piden, por encima de otras cosas, que aquellos que les rodean les brinden:

– Seguridad y confianza en los aspectos relativos a la competencia técnica.
– Compañía.
– Comprensión y capacidad de escucha.
– Información sobre su situación.
– Un trato atento, amable, respetuoso, que les posibilite sentirse valorados y aceptados.

Para lograrlo, el personal sanitario deberá atender especialmente a los aspectos siguientes:

a) Ofrecer una información precisa

La información ha de ser:

- *Adecuada:* "fácil de entender y memorizar": concisa, estructurada, utilizando un lenguaje simplificado, no técnico, apropiado al nivel del enfermo. Es el primer paso para el logro de una comunicación positiva.
- *Eficaz:* en cuanto a la modificación de actitudes y conductas del paciente y de la familia.
- *Clarificadora:* explicativa y orientativa en relación a:

– La enfermedad y su evolución.
– Los síntomas y su manejo.
– Las emergencias y las conductas a seguir.
– Los problemas económicos, legales, etc.
– La disponibilidad de ayudas sociales, asistenciales, etc.

- Tanto verbal como escrita.

Por supuesto, el proceso de comunicar el diagnóstico y el pronóstico a un enfermo terminal es muy delicado y requiere la puesta en marcha de todos los recursos al alcance del personal sanitario y una buena comprensión de los mecanismos psicológicos y nivel de conocimientos que tiene el propio enfermo y su familia acerca de la enfermedad.

Este tema, que en un abordaje simplista parece reducirse a "decir la verdad" al paciente, es mucho más complejo. El problema que se plantea es qué tipo de información se le debe dar al paciente para que pueda manejarla adecuadamente, quién debe dar esa información, cuándo y cómo debe dársele, más el problema de la eficacia, es decir, para qué se le proporciona dicha información; su finalidad, que no es otra que ayudar al paciente a adaptarse a su situación.

Hoy día ya no se cuestiona, en principio, que todo enfermo tiene derecho a recibir información clara y objetiva de su enfermedad, tratamiento y pronóstico. Derecho que recogen todas las "Cartas de los derechos y deberes de los pacientes" y la Ley General de

Sanidad Española *(BOE* de 29 de abril de 1986):

> …a que se le dé, en términos comprensibles a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento (artículo 5).

Evidentemente, habrá enfermos que expresamente rehúsen este derecho. Sin embargo, muchos otros lo solicitarán, expresa o tácitamente.

Los cambios científicos y tecnológicos en el campo biomédico, en la legislación y organización sanitaria y en la propia sociedad, han modificado radicalmente las actitudes y comportamiento del personal sanitario, pacientes y familiares respecto a la información solicitada y recibida.

Así, mientras que hasta los años sesenta y setenta la gran mayoría del personal sanitario abogaba, de acuerdo con las tradicionales actitudes relacionales de tipo paternalista, por las conductas de ocultamiento de información al enfermo y de transmisión de la "verdad soportable" a algunos familiares, favoreciendo el desarrollo de la "conspiración del silencio" y el abandono del enfermo terminal en su soledad frente a la muerte intuida, hoy día ese mismo personal sanitario, haciéndose eco de la influencia de los cambios sociales en el estilo de las relaciones interpersonales, se muestra partidario de comunicar la realidad de su situación a los pacientes-familiares, entendidos como unidad, en una concepción de la relación en la que el paciente responsable (y familia) debe colaborar en su atención sanitaria.

Sin embargo, debe tenerse muy presente que, en los últimos años se han observado, quizá con mayor frecuencia que la inicialmente esperada, actitudes negativas por parte de los pacientes a querer conocer el diagnóstico, sobre todo si el pronóstico es negativo. Es decir, frente al derecho a la información, se ha alzado en la actualidad otro derecho: el derecho a la no información.

A la postre, de actitudes paternalistas y conductas de ocultamiento, que perjudicaban gravemente a los pacientes y familiares, se ha pasado a un estilo relacional y de comunicación más abierto, adulto y democrático.

A medida que avanzaba en este campo, la investigación biopsicosocial ha ido ofreciendo resultados que ponían de manifiesto que la información no es un proceso de "todo o nada", sino que en ella intervienen una serie de *variables* que hacen referencia, tanto a las características del que la emite, como a las del que la recibe, sin olvidar el contenido del propio mensaje informativo. Entre las variables más estudiadas en la actualidad están:

- *Las características de la personalidad del enfermo*. Existen diferencias individuales entre los pacientes en cuanto a sus preferencias de información: no todos desean ser informados, ni necesitan el mismo grado

de información. De hecho, en un estudio realizado por Miller y Mangau, en 1983, se puso de manifiesto que tanto los deseos de información de los pacientes como su nivel de adaptación a la enfermedad dependen de su tipo de personalidad, de manera que existen a este respecto, al menos, dos tipos de enfermos: los "autocontrolados", que no sólo buscan información sino que además ésta les es beneficiosa, produciéndoles una disminución en sus niveles de ansiedad y una mejor adaptación, y los "evitadores", que no sólo rehúyen la información sino que se encuentran mejor, psicológicamente hablando, si no reciben ningún tipo de información acerca de su enfermedad.

- *El contenido y el modo de transmisión de la información*. Las diversas investigaciones evidencian que proporcionar información, siempre que se haga de una forma precisa, facilita la adaptación y colaboración del enfermo en su proceso terapéutico, aumenta su nivel de satisfacción con los cuidados recibidos y, al mismo tiempo, evita la "conspiración de silencio", pero debe hacerse de forma pautada, progresiva e individualizada, siguiendo paso a paso las distintas etapas por las que están pasando el enfermo y su familia, proporcionando la información necesaria y adecuada para cada uno de los momentos con los que ha de enfrentarse, buscando la congruencia dentro del equipo hospitalario y dentro de la familia y buscando siempre el lado positivo de la misma, es decir, manteniendo en todo momento una puerta abierta a la esperanza, aunque al informar al paciente de la gravedad de su enfermedad, se deba hablar con realismo, sinceridad, respeto, entereza y sin dramatizar.

  Sólo teniendo estas consideraciones presentes, se proporciona una buena información. Informar por informar puede satisfacer los requisitos legales que la sociedad impone, pero no cumple los principios éticos que toda actividad terapéutica demanda. La comunicación de la verdad exige una adecuada preparación del enfermo y familia y un posterior apoyo psicológico.

b) Brindar apoyo emocional

Se trata de crear una relación cálida, empática, que posibilite la comprensión y el encuentro existencial con la persona enferma. A través de esta relación, convertida en el elemento central de la ayuda terapéutica, se va a lograr que los pacientes y familiares se sientan comprendidos y aceptados, y se consigue transmitirles alivio, consuelo, etc.

Las actitudes que van a posibilitar el establecimiento de esta relación empática y de un clima de confianza son:

– La dedicación incondicional y sin apremios de tiempo.
– La facilitación de la verbalización de las frustraciones, conflictos, ansiedades, culpa, temores, dificultades…

- La demostración de comprensión, afecto, aceptación, respeto…
- El mantenimiento de contactos regulares y frecuentes.
- La adopción de actitudes de tolerancia, no represoras, ni "juzgadoras", ante las reacciones emocionales del enfermo terminal y sus familiares.
- El desarrollo de una correcta comunicación: el acto de comunicarse no representa sólo la transmisión de una información. Además de eso, hay una serie de características que son necesarias para que se desarrolle correctamente el fenómeno de la comunicación. De todas ellas, la más importante es, por parte del personal sanitario, la capacidad de escuchar con atención y de expresar interés y comprensión por lo relatado.

Asimismo, en una conversación no sólo son importantes las palabras, sino también los silencios, las expresiones paraverbales, sobre todo los gestos y las miradas, que deben cuidarse debido al gran significado que tienen para algunos enfermos. También es imprescindible un ambiente en donde se pueda desarrollar una conversación con tranquilidad, sin interrupciones, no ruidoso.

En los momentos postreros, el nivel de comunicación verbal disminuye notablemente, y se agiganta el nivel de comunicación no verbal (especialmente útil siempre, y aquí más, para expresar y captar estados emocionales). No se trata, pues, de oír ni de hablar compulsivamente para vencer la angustia del silencio, sino de mirar, tocar, estar con el enfermo, muchas veces con un silencio preñado de contenido humano.

En esto consiste la comunicación con el paciente, que desborda, con mucho, los límites de la mera información. Siguiendo estas directrices, se podría lograr evitar algo que expresa con claridad meridiana la realidad de los cuidados de enfermería. Es el dato aportado por las encuestas de Domínguez y Urraca (1985) de que "las enfermeras manifiestan un gran temor a morir en los centros hospitalarios, presumiblemente debido a sus desagradables experiencias con enfermos terminales".

DECÁLOGO PARA UNA ASISTENCIA INTEGRAL AL ENFERMO TERMINAL

1. El personal sanitario debe estar *capacitado* para prestar una adecuada asistencia psicológica a los pacientes en situación terminal.
2. La situación de enfermedad terminal *repercute* en el paciente, familia, equipo de salud, institución hospitalaria, entorno social…
3. La enfermedad terminal *provoca* unas reacciones psicológicas peculiares en el enfermo y familiares.
4. La situación de hospitalización *provoca*, asimismo, unas reacciones psico(pato)-lógicas en los enfermos.
5. Se debe instaurar un *programa terapéutico global*, realizado *en equipo*, con una visión *holística y* un enfoque *multidisciplinario* de cada caso.
6. La *unidad* que se va a tratar es el enfermo y su familia.
7. El *sistema sanitario* (red asistencial-hospital-equipo) debe estar al servicio del individuo.
8. El enfermo-familia deben *participar activamente* en la elaboración de un objetivo terapéutico.

9. El *objetivo primordial* de los cuidados es:

- Lograr el mayor grado de confort en el paciente y bienestar en la familia.
- Posibilitar una muerte digna.

10. Para ello *es preciso:*

- Controlar los síntomas.
- Ofrecer información precisa.
- Brindar apoyo emocional.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

DUDA, D.: *Guía para cuidar en casa a un enfermo terminal*. Pax México. México, 1987.

DUDA, D.: *Enfermería oncológica. PAE en el paciente oncológico*, Número Especial. Madrid, 1990.

LLANOS DEL ALMA, M. L. y URRACA MARTÍNEZ, S.: "Modelos sobre las etapas psicológicas del enfermo terminal", en *Jano*, 1985; 653: 74-76.

PHIPPS, W. J.: *Enfermería médico-quirúrgica*. Interamericana. Madrid, 1992.

RUBIO SÁNCHEZ, J. L.: "Reflexiones psicodinámicas y psicoterapéuticas acerca del morir", en *Rev. Esp. Psicoterapia Analítica*, 1975; 7 (2): 115-123.

Anexos

Anexo A

Problemas de enfermería (NANDA, 1984)

PE I	ACTIVIDAD-REPOSO
1.1	Intolerancia a la actividad
1.2	Intolerancia potencial a la actividad
1.3	Déficit de actividades recreativas
1.4	Trastornos de los patrones del sueño
PE II II. 1	APARATO CIRCULATORIO Alteración en el rendimiento cardíaco: disminución
II.2	Alteración en la perfusión de tejidos
PE III	ELIMINACIÓN
III.1	Alteración en la eliminación intestinal: extreñimiento
III.2	Alteración en la eliminación intestinal: diarrea
III.3	Alteración en la eliminación intestinal: incontinencia debida a causas orgánicas o quirúrgicas
III.4	Incontinencia urinaria
III.5	Alteración en los patrones de eliminación urinaria
5.1	Disminución
5.2	Aumento
III.6	Retención urinaria
PE IV	REACCIONES EMOCIONALES
IV.1	Deterioro en la adaptación
IV.2	Ansiedad Ineficacia del individuo para enfrentarse a los problemas
IV.3	
IV.4	Temor
IV.5	Aflicción anticipatoria
IV.6	Aflicción disfuncional
IV.7	Desesperanza
IV.8	Reacción postraumática
IV.9	Impotencia
IV.10	Síndrome de trauma por violación
IV.10	Trastornos del autoconcepto:
11.1	Imagen corporal

11.2	Autoestima
11.3	Rol
11.4	Identidad personal
IV.12	Deterioro en la interacción social
IV.13	Aislamiento social
IV.14	Potencial de violencia: auto y/o hetero-agresiva
PE V	ALTERACIÓN EN LOS PATRONES FAMILIARES
V. 1	Afrontamiento de la familia: posible aumento
V.2 V.3 V.4 V.5	Afrontamiento ineficaz de la familia: comprometida Afrontamiento ineficaz de la familia: incapaz Alteración en el proceso familiar Alteración real o potencial en el rol de padres
PE VI	INGESTA
VI.1	Alteración en el volumen de líquidos por exceso
VI.2	Déficit real del volumen de líquidos
VI.3	Déficit potencial del volumen de líquidos
VI.4	Alteración en la nutrición: inferior a las necesidades del organismo
VI.5	Alteración en la nutrición: superior a las necesidades del organismo
VI.6	Alteración en la nutrición: potencialmente superior a las necesidades del organismo
VI.7 VI.8	Alteración en las membranas mucosas orales Deterioro en la deglución
PE VII	HIGIENE
VII.l	Déficit de autocuidados
1.1	Ingesta
1.2	Baño/limpieza/aseo
1.3	Vestido/arreglo personal
1.4	Eliminación
PE VIII	ALTERACIONES COGNITIVO-PERCEPTIVAS
VIII.l	Deterioro de la comunicación verbal
VIII.2	Falta de sensibilidad unilateral
VIII.3	Alteración sensorial y perceptiva: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria
VIII.4	Alteración en los procesos cognitivos
PE IX	DOLOR
LX.1	Alteración en el bienestar: dolor agudo
LX.2	Alteración en el bienestar: dolor crónico
PE X	SEGURIDAD
X.1	Alteración potencial en la temperatura corporal
X.2	Hipertermia

X.3	Hipotermia
X.4	Posibilidad de infección
X.5	Posibilidad de lesión
X.6	Deterioro físico en la movilidad
X.7	Deterioro real en la integridad de la piel
X.8	Posible deterioro en la integridad de la piel
X.9	Termorregulación ineficaz
X. 10	Deterioro en la integridad de los tejidos
PE XI	SEXUALIDAD
XI.1	Disfunción sexual
XI.2	Alteración en los patrones sexuales
PE XII	ENSEÑANZA Y/O APRENDIZAJE
XII. 1	Alteración en el crecimiento y desarrollo
XII.2	Alteración en el mantenimiento de la salud
XII.3	Deterioro en la dirección y mantenimiento del hogar
XII.4	Déficit en el conocimiento: necesidad de aprendizaje
XII.5	Alteración en la obediencia
PE XIII	VENTILACIÓN
XIII. 1	Ineficacia en la limpieza de las vías aéreas
XIII.2	Ineficacia en los patrones respiratorios
XIII.3	Alteración en el intercambio gaseoso

Anexo B

Diagnósticos de enfermería (NANDA, 1990)

I. INTERCAMBIO (Modelo de respuesta humana en el que se implica un mutuo dar y recibir.)

1.1. Alteración en la nutrición: superior a las necesidades corporales.
Estado en el cual el individuo consume más de la toma nutritiva adecuada en relación a las necesidades metabólicas.

1.2. Alteración en la nutrición: inferior a las necesidades corporales.
Estado en el cual el individuo consume una toma nutritiva inadecuada en relación a las necesidades metabólicas.

1.3. Alteración en la nutrición: potencialmente superior a las necesidades corporales.
Condición en la cual el individuo corre el peligro de ingerir una cantidad de nutrientes que exceda a las necesidades metabólicas.

1.4. Posibilidad de infección.
Estado en el cual el individuo corre el riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

1.5. Posibilidad de alteración de la temperatura corporal.
Estado en el cual el individuo corre el riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal.

1.6. Hipotermia.
Estado en el cual la temperatura corporal de un individuo se sitúa por debajo del nivel normal.

1.7. Hipertermia.
Estado en el cual el individuo corre algún riesgo de que la temperatura corporal se eleve por encima del nivel normal.

1.8. Termorregulación ineficaz.
Estado en el cual la temperatura del individuo fluctúa entre hipotermia e hipertermia.

1.9. Disreflexia.
Estado en el cual un individuo con una lesión en la médula espinal a la altura

de la T7 (vértebra torácica o dorsal 7) o superior experimenta una respuesta del sistema nervioso simpático, desinhibida y peligrosa, a un estímulo nocivo.

1.10. Estreñimiento.

Estado en el cual el individuo experimenta un descenso en el movimiento intestinal en relación con el modelo normal de evacuación: eliminación de heces duras y secas, o ausencia de heces.

1.11. Estreñimiento percibido.

Estado en el cual un individuo se autodiagnostica un estreñimiento y asegura un movimiento intestinal diario mediante el abuso de laxantes, enemas y supositorios.

1.12. Estreñimiento de colon.

Estado en el cual el modelo de eliminación de un individuo se caracteriza por heces duras y secas que resultan de un retraso en el tránsito de los residuos alimenticios.

1.13. Diarrea.

Estado en el cual el individuo experimenta o corre el riesgo de experimentar un cambio en los movimientos intestinales normales como resultado de heces frecuentes, sueltas o líquidas.

1.14. Incontinencia intestinal.

Estado en el cual un individuo experimenta incapacidad de controlar el tránsito de los movimientos intestinales.

1.15. Alteración en los patrones de eliminación urinaria.

Estado en el cual un individuo experimenta o corre el riesgo de experimentar un cambio en la micción.

1.16. Incontinencia por estrés.

Estado en el cual un individuo experimenta una emisión involuntaria de orina inferior a 50 ml acompañada con un aumento de la presión abdominal.

1.17. Incontinencia refleja.

Estado en el cual un individuo experimenta la emisión involuntaria de orina, que ocurre a intervalos predecibles, cuando se alcanza un determinado volumen en la vejiga.

1.18. Incontinencia con sensación de urgencia.

Estado en el cual un individuo experimenta la emisión involuntaria de orina, que ocurre poco después de una fuerte sensación urgente de evacuar.

1.19. Incontinencia funcional.

Estado en el cual un individuo experimenta la emisión involuntaria e impredecible de orina.

1.20. Incontinencia total.

Estado en el cual un individuo experimenta la continua e impredecible emisión

de orina.

1.21. Retención urinaria.
Estado en el cual un individuo experimenta un vaciado incompleto de la vejiga.

1.22. Alteración en la perfusión de los tejidos (especificar tipo): renal, cardiopulmonar, cerebral, gastrointestinal, periférica.
Estado en el cual un individuo experimenta o corre el riesgo de experimentar un descenso en el aporte sanguíneo arterial, venoso o capilar.

1.23. Exceso en el volumen de líquidos.
Estado en el cual un individuo experimenta o corre el riesgo de experimentar un exceso en los líquidos corporales.

1.24. Déficit real o potencial en el volumen de líquidos.
Estado en el cual un individuo experimenta o corre el riesgo de experimentar una alteración en los líquidos corporales que conduce a la deshidratación.

1.25. Disminución del rendimiento cardíaco.
Estado en el cual un individuo experimenta o corre el riesgo de experimentar síntomas cardiovasculares, cerebrales o respiratorios como resultado del volumen insuficiente de sangre bombeada por el corazón.

1.26. Deterioro en el intercambio gaseoso.
Estado en el cual un individuo experimenta una interferencia en la ventilación celular como resultado de un intercambio gaseoso inadecuado en la membrana alveolo-capilar.

1.27. Ineficacia en la limpieza de las vías aéreas.
Estado en el cual un individuo experimenta una interferencia en la ventilación normal como resultado de una obstrucción parcial o completa de las vías aéreas.

1.28. Ineficacia en los patrones respiratorios.
Estado en el cual un individuo experimenta un deterioro en la función respiratoria como resultado de un cambio en los patrones respiratorios.

1.29. Alteración en la protección.
Estado en el cual un individuo experimenta una disminución en su capacidad de resguardarse uno mismo de las amenazas tanto internas como externas, como enfermedad o lesión.

1.30. Posibilidad de lesión.
Estado en el cual un individuo está predispuesto a lesiones debido a factores internos o externos.

1.31. Posibilidad de asfixia.
Estado en el cual un individuo corre un alto riesgo de asfixiarse accidentalmente (disponibilidad insuficiente para la inhalación).

1.32. Posibilidad de intoxicación.

Estado en el cual un individuo corre alto riesgo de exposición o ingestión accidental de drogas o productos peligrosos en dosis suficientes para causar intoxicación.

1.33. Posibilidad de traumatismo.

Estado en el cual un individuo corre alto riesgo de lesión tisular accidental asociada con factores internos o externos.

1.34. Posibilidad de aspiración.

Estado en el cual un individuo corre el riesgo de aspirar secreciones gastrointestinales y orofaríngeas, sólidos o líquidos, hacia los pasajes traqueobronquia-les.

1.35. Síndrome de atrofia.

Estado en el cual un individuo corre el riesgo de sufrir un deterioro de los sistemas corporales como resultado de inactividad músculo-esquelética prescrita o inevitable.

1.36. Deterioro de la integridad de los tejidos.

Estado en el cual un individuo experimenta daño en las membranas mucosas y en los tejidos corneal, integumentario o subcutáneo.

1.37. Alteración en las membranas mucosas orales.

Estado en el cual un individuo experimenta una alteración en la integridad de la cavidad oral.

1.38. Deterioro real o potencial en la integridad de la piel.

Estado en el cual un individuo experimenta o corre el riesgo de experimentar una alteración o desgarro de la piel.

II. COMUNICACIÓN (Modelo de respuesta humana que implica el envío de mensajes.)

II.1. Deterioro en la comunicación verbal.

Estado en el cual un individuo experimenta una disfunción en la capacidad de verbalizar adecuadamente o de interpretar el significado de las palabras.

III. RELACIÓN (Modelo de respuesta humana que implica vínculos establecidos.)

III.1. Deterioro en la interacción social.

Estado en el cual un individuo participa insuficientemente en el intercambio social, tanto en cantidad como en calidad.

III.2. Aislamiento social.

Estado en el cual un individuo experimenta soledad que se percibe como impuesta por otros y como un estado negativo o amenazador.

III.3. Alteración en el desempeño del rol.

Estado en el cual un individuo experimenta un cambio, conflicto o denegación de sus responsabilidades o incapacidad de realizarlas.

III.4. Alteración del rol de padres.

Estado en el cual un individuo experimenta una alteración real o potencial en su capacidad de crear un ambiente que promueva el crecimiento y desarrollo óptimos de un niño.

111.5. Disfunción sexual.

Estado en el cual el funcionamiento o salud sexuales de un individuo se considera inadecuado o insatisfactorio.

111.6. Alteración en los procesos familiares.

Estado experimentado por una familia normalmente constituida que se ve afectada por un factor de estrés y que resulta en la alteración del funcionamiento familiar.

III.7. *Conflicto en el rol de padres*.

Estado en el cual uno de los padres experimenta confusión y conflicto con su papel en respuesta a una crisis.

IV. VALORACIÓN (Modelo de respuesta humana que implica asignar un valor relativo.)

IV.1. Aflicción espiritual.

Estado en el cual un individuo experimenta un trastorno en sus creencias religiosas o en su sistema de valores.

V. ELECCIÓN (Modelo de respuesta humana que implica la elección de alternativas.)

V.1. Afrontamiento ineficaz del individuo.

Estado en el cual un individuo demuestra un deterioro en sus comportamientos de adaptación y en su capacidad de resolver problemas.

V.2. Deterioro en la adaptación.

Estado en el cual un individuo es incapaz de modificar su estilo de vida y/o comportamiento de una manera acorde con un cambio en el estado de salud.

V.3. Afrontamiento defensivo.

Estado en el cual un individuo proyecta falsamente un concepto positivo de sí mismo basado en un modelo de autodefensa que le defiende contra amenazas subyacentes que percibe contra su autoconcepto positivo.

V.4. Negación ineficaz.

Estado en el cual un individuo, consciente o inconscientemente, intenta rechazar el conocimiento o significado de un suceso para reducir la ansiedad y/o temor en perjuicio de la salud.

V.5. Afrontamiento ineficaz de la familia: incapacitante.

Estado en el cual una familia responde constantemente a factores normales/inusuales de estrés con comportamientos destructivos.

V.6. Afrontamiento ineficaz de la familia: comprometido.

Estado en el cual una familia responde temporalmente a factores normales/inusuales de estrés con comportamientos ineficaces.

V 7. Afrontamiento de la familia: potencial de desarrollo.

Estado en el cual la familia maneja con eficacia tareas de adaptación relacionadas con el reto de la salud y exhibe el deseo de acrecentarla.

V.8. Disconformidad (especificar).

Estado en el cual un individuo es incapaz o no desea adherirse a las recomendaciones terapéuticas.

V.9. Conflicto en la toma de decisiones (especificar).

Estado en el cual un individuo experimenta incertidumbre sobre la línea de acción a seguir cuando la elección entre acciones contrapuestas implica riesgo, pérdida o desafío a los valores personales de la vida.

V.10. Comportamientos generadores de salud (especificar).

Estado en el cual un individuo que goza de salud estable busca activamente maneras para alterar los hábitos y/o entorno personales de salud para alcanzar un nivel más alto de salud. (El estado de salud estable se define como que, adoptadas las medidas de prevención de la enfermedad apropiadas a la edad, el individuo informa disfrutar de buena o excelente salud, y se controlan los signos o síntomas de enfermedad, en el caso de que exista.)

VI. MOVIMIENTO (Modelo de respuesta humana que implica actividad.)

VI.1. Deterioro en la movilidad física.

Estado en el cual un individuo experimenta la limitación del movimiento físico debido a su incapacidad o desgana.

VI.2. Intolerancia real o potencial a la actividad.

Estado en el cual un individuo experimenta incapacidad real o potencial para mantener la energía requerida para las actividades de la vida diaria o para tolerar un aumento en la actividad.

VI.3. Fatiga.

Estado en el cual un individuo experimenta una sensación abrumadora de agotamiento y una disminución en la capacidad para el trabajo físico y mental.

VI.4. Alteración de los patrones del sueño.

Estado en el cual un individuo experimenta un trastorno en la calidad o cantidad de los patrones del sueño que ocasiona malestar.

VI.5. Déficit de actividades recreativas.

Estado en el cual un individuo experimenta desgana o incapacidad para participar en actividades para pasar el tiempo o que proporcionan distracción o

gratificación.

VI.6. Dificultades en la dirección y mantenimiento del hogar.
Estado en el cual un individuo experimenta incapacidad para mantener por sí mismo un entorno inmediato y seguro que genere crecimiento para sí y para los demás.

VI.7. Alteración en el mantenimiento de la salud.
Estado en el cual un individuo experimenta una disminución en su capacidad de sostener/dirigir comportamientos para mantener o mejorar su estado de salud.

VI.8. Déficit de autocuidados: alimentación.
Estado en el cual un individuo experimenta deterioro en su capacidad de autoalimentarse.

VI.9. Deterioro en la deglución.
Estado en el cual un individuo tiene reducida la capacidad de pasar voluntariamente líquidos y/o sólidos de la boca al estómago.

VI.10. Lactancia materna ineficaz.
Estado en el cual una madre, bebé o niño experimenta insatisfacción o dificultad en el proceso de amamantar.

VI.11. Lactancia materna eficaz.
Estado en el cual el grupo familiar madre-hijo exhibe destreza y satisfacción en sus comportamientos de amamantar.

VI.12. Déficit de autocuidados: baño/higiene.
Estado en el cual un individuo experimenta un deterioro en la capacidad de bañarse por sí mismo.

VI.13. Déficit de autocuidados: vestido/arreglo personal.
Estado en el cual un individuo experimenta un deterioro en la capacidad de vestirse por sí solo.

VI.14. Déficit de autocuidados: eliminación.
Estado en el cual un individuo experimenta un deterioro en su capacidad de eliminación por sí mismo.

VI.15. Alteración en el crecimiento y desarrollo.
Estado en el cual un individuo se desvía de las pautas de conducta en relación con su grupo de edad.

VIL PERCEPCIÓN (Modelo de respuesta humana que implica la recepción de información.)

VII.1. Trastorno de la imagen corporal.
Estado en el cual un individuo experimenta una percepción negativa y distorsionada del cuerpo.

VII.2. Trastorno de la autoestima.

Estado en el cual un individuo posee un autoconcepto/sentimientos negativos sobre sí mismo y sobre su capacidad, que se puede expresar directa o indirectamente.

VII.3. Déficit de autoestima: crónico.

Estado en el cual un individuo posee desde hace tiempo sentimientos/autoconcepto negativos sobre sí y sobre su capacidad.

VII.4. Déficit de autoestima: situacional.

Estado en el cual un individuo posee un autoconcepto negativo sobre sí mismo que se ha producido como respuesta a una pérdida o cambio en un individuo que previamente tenía un autoconcepto positivo.

VII.5. Trastorno de la identidad personal.

Estado en el cual un individuo experimenta una incapacidad para discernir la relación entre su cuerpo y el entorno.

VII.6. Alteración sensorial y/o perceptiva: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria.

Estado en el cual un individual experimenta una interrupción o cambio en la recepción y/o interpretación de estímulos por los receptores mediante la vista, el oído, la posición del cuerpo, el gusto, el tacto o el olfato.

VII.7. Falta de respuesta unilateral.

Estado en el cual un individuo no percibe un lado de su cuerpo.

VII.8. Desesperanza.

Estado subjetivo en el cual un individuo no percibe ninguna alternativa o elección personal disponible, y es incapaz de hacer un esfuerzo por su propio bien.

VII.9. Impotencia.

Estado en el cual un individuo percibe la sensación de que sus propias acciones no afectarán de un modo significativo los resultados, o bien percibe la falta de control sobre una situación actual o acontecimiento inmediato.

VIII. CONOCIMIENTO (Modelo de respuesta humana que implica un significado asociado con la información.)

VIII.1. Déficit de conocimiento (especificar)

Estado en el cual un individuo carece de técnicas/conocimiento específicos que afectan su capacidad para mantener la salud.

VIII.2. Alteración en los procesos cognitivos.

Estado en el cual un individuo experimenta un deterioro en los procesos mentales, como por ejemplo en la percepción, la orientación de la realidad, la memoria, el razonamiento y el criterio.

IX. SENTIMIENTO (Modelo de respuesta humana que implica el conocimiento de información.)

IX.1. Dolor.

Estado en el cual un individuo experimenta dolor/incomodidad durante un corto período de tiempo.

IX.2. Dolor crónico.

Estado en el cual un individuo experimenta un dolor que se prolonga durante más de seis meses.

IX.3. Aflicción disfuncional.

Estado en el cual un individuo experimenta una respuesta exagerada a una pérdida real o potencial de una persona, objeto o capacidades funcionales.

IX.4. Aflicción anticipatoria.

Estado en el cual un individuo experimenta una respuesta a una pérdida real o percibida de una persona, objeto o capacidades funcionales, antes de sufrir la pérdida.

IX.5. Potencial de violencia: auto y/o hetero-agresiva.

Estado en el cual un individuo experimenta una predisposición a actos violentos y destructivos tanto para sí mismo como para los demás.

IX.6. Respuesta postraumática.

Estado en el cual un individuo experimenta una respuesta sostenida y dolorosa a un suceso traumático sobrecogedor.

IX.7. Síndrome de trauma por violación.

Estado en el cual un individuo experimenta un síndrome traumático como resultado de la violación y consiste en una fase aguda de desorganización del estilo de vida de la víctima y un proceso de reorganización a largo plazo.

IX.8. Ansiedad.

Estado en el cual un individuo experimenta una sensación vaga de desasosiego cuyo origen es a menudo desconocido o inespecífico.

IX.9. Temor.

Estado en el cual un individuo experimenta la sensación de terror relacionada con un origen identificada que se percibe como peligroso.

Anexo C

Protocolo de valoración

I. ALTERACIONES FISIOLÓGICAS

1. Oxigenación/Circulación: T/A.....Fc.....Temp.....
Alteración patrones respiratorios: Cianosis [ ] Edemas [ ] Alt. ritmo/profundidad [ ]

2. Eliminación
Alteración patrones urinarios:
Incontinencia (incluye: eneuresis, nicturia) [ ] Retención (incluye: oliguria) [ ] Hematuria [ ]
Molestias a la micción (especificar).....
Alteración de los patrones defecatorios: Estreñimiento [ ] Diarrea [ ]

3. Ingesta
Variaciones de peso:
Aumento de peso (+10%) [ ] Pérdida de peso (+10%) [ ]
Disminución/aumento del apetito (incluye: anorexia/bulimia) [ ]
Dificultades para masticar/tragar alimentos [ ]
Presencia de náuseas o vómitos [ ]
Horario de comidas inapropiado [ ]

4. Sentidos corporales
Dificultades para: Ver [ ] Oír [ ] Ident. olores [ ] Ident. sabores [ ] Déficit táctil [ ]

5. *Movilidad*
Limitaciones físicas: Temporales [ ] Permanentes [ ]
Dificultades en la deambulación (por ej., subir/bajar escaleras, acostarse, sentarse, etc.) [ ]
Dificultades en el manejo del entorno (por ej., encender fuego, uso grifos, uso interruptores) [ ]
Nivel de funcionalidad como consecuencia de las limitaciones:
0 - Completamente independiente. [ ]
1 - Necesidad de aparatos especiales. [ ]
2 - Necesidad de ayuda, supervisión o enseñanza. [ ]
3 - Necesidad de ayuda de otra persona y de aparatos especiales. [ ]
4 - Dependiente, negación a cualquier actividad. [ ]

6. Sueño/Descanso
Horas de sueño durante la noche (último mes).....
Sensación al despertar: Descansado [ ] Cansado [ ] Confuso [ ].....
Factores que alteran el sueño: Temor [ ] Inquietud [ ] Pesadillas [ ] Otros.....

Necesidad de ayudas para favorecer el sueño (por ej., en el baño, lecturas, fármacos) [ ].....

7. *Dolor/Bienestar*

Molestias más frecuentes (especificar):.....

Enfermedad/Intervenciones (especificar secuelas):.....

8. Alteraciones secundarias al uso de psicofármacos

1. ANTIPSICÓTICOS:

A. Síntomas extrapiramidales:

A.1. Pseudo parkinsonismo (incluye: falta de expresividad, babeo, rigidez, paso cansino, pérdida de movimientos asociados a los brazos) [ ]

A.2. Distonías (incluye: rigidez muscular, espasmos perforales, movimientos de mandíbula, disfagia, disfasia, crisis oculogira, debilidad en brazos y piernas) [ ]

A.3. Acatisia (incluye: pedaleo, incapacidad para permanecer sentado, tics faciales, insomnio) [ ]

A.4. Disquinesia (incluye: contracciones clónicas, espasmos de torsión, protrusión de la lengua, disfagia, muecas, sacudidas de los brazos) [ ]

B. Hipertensión ortostática (incluye: taquicardia compensatoria, palpitaciones, desmayo, debilidad) [ ]

C. Efectos anticolinérgicos:

C.1. Efectos periféricos (incluye: sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, descenso de la secreción y movilidad gástrica, congestión nasal, retención urinaria) [ ]

C.2. Efectos SNC (incluye: confusión, amnesia, desorientación, agitación, delirium) [ ]

D. Otros efectos secundarios (incluye: ictericia obstructiva, dermatitis de contacto, fotosensibilidad, disminución del humbral de convulsiones, alteración de la temperatura, teratogenicidad, alteraciones endocrinas hombres; ginecomastia, hiperglucemia, aumento de peso-mujeres; amenorrea, retraso de la ovulación, galactorrea) [ ]

2. ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS:

A. Efectos anticolinérgicos:

A.l. Efectos periféricos (incluye: sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, descenso de la secreción y movilidad gástrica, congestión nasal, retención urinaria) [ ]

A.2. Efectos SNC (incluye: confusión, amnesia, desorientación, agitación, delirium) [ ]

B. Alteraciones cardíacas (incluye: arritmias, taquicardia, palpitaciones, hipertensión, tromboflebitis [ ]

C. Alteraciones endocrinas (incluye: descenso de la libido, impotencia-mujeres; congestión en el pecho-hombres; ginecomastia) [ ]

3. ANTIMANÍACOS:

A. Efectos SNC (incluye: confusión, letargo, ataxia) [ ]

B. Efectos S. Endocrino (incluye: hipertioroidismo) [ ]

C. Efectos S. Renal (incluye: toxicidad renal) [ ]

4. ANSIOLÍTICOS:

A. Inicio del tratamiento (incluye: somnolencia, fatiga, debilidad, ataxia) [ ]

B. Interrupción del tratamiento (incluye: irritabilidad, anorexia, vómitos, diarrea) [ ]

II. ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO

9. Aspecto

Estado general: Desnutrido [ ] Deshidratado [ ]

Vestido/Arreglo personal: Extravagante [ ] Descuidado [ ] Meticuloso [ ] Inadecuado [ ]

Expresión facial: Inexpresivo [ ] Alerta [ ] Hostil [ ]
Postura: Erecto [ ] Decaído [ ]
Modo de andar: Acelerado [ ] Tambaleante [ ] Lento [ ] Espástico [ ]

10. Nivel de conciencia

Apariencia: Somnoliento [ ] Confuso [ ] No responde a estímulos [ ]
Actitud respecto al entorno: Distraído [ ] Fluctuante [ ]
Respuestas: Responde a preguntas [ ] Sólo sigue instrucciones [ ]

11. Lenguaje

Velocidad: Rápido [ ] Lento [ ] Paroxístico [ ]
Cantidad: Abundante [ ] Escaso [ ] Lacónico [ ]
Volumen: Alto [ ] Muy bajo [ ]
Tono y modulación: Alterado [ ] Tranquilo [ ] Hostil [ ]

12. Autocuidado

Frecuencia aseo personal: Baño/ducha [ ] Cepillado de dientes [ ] Cepillado del cabello [ ] Afeitado [ ] Otras (especificar) [ ].....
Descuido en el vestir: Ropas inadecuadas [ ] Desaliñado [ ]

13. Sexualidad

Número de embarazos: 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 o más [ ]
Uso de anticonceptivos: Sí [ ] No [ ]
Menstruación: Irregular [ ] Dolorosa [ ]
Realiza autoexamen: Sí [ ] No [ ]
Alteración de las secreciones: Vaginal [ ] Prostática [ ]
Nivel de satisfacción sexual: Falta de actividad sexual [ ] Insatisfactorio [ ]
Cambios experimentados en sus hábitos sexuales: Sí [ ] No [ ]

III. ALTERACIONES AFECTIVAS

14. Factores estresantes (último año)

Procesamientos judiciales	[ ]	Conflictos conyugales	[ ]
Conflictos familiares	[ ]	Problemas laborales	[ ]
Retraimiento social	[ ]	Pérdidas múltiples	[ ]
Fracaso escolar	[ ]	Crisis de desarrollo	[ ]
Embarazo no deseado	[ ]	Aumento excesivo de responsabilidades	[ ]
Dependencia	[ ]	Apatía	[ ]
Impotencia	[ ]	Fatiga extrema	[ ]

15. Períodos recientes de (último mes)

Ansiedad: Leve [ ] Moderada [ ] Pánico [ ]
Ira [ ] Hostilidad [ ] Venganza [ ]

16. Alteración de la comunicación

Imposibilidad de expresar sentimientos (incluye: sentimientos de irritabilidad, culpabilidad, autocondena, vergüenza) [ ]
Necesidad de influir en los demás (incluye: provocar sentimientos de culpa, forzar comportamientos y sentimientos) [ ]
Rechazo de la comunicación (incluye: tanto los rechazos por parte del paciente como de los demás) [ ]

17. Estado emocional (último mes)
Afecto apropiado (reacción adecuada al estímulo) [ ]
Afecto inapropiado (reacción inadecuada al estímulo) [ ]
Afecto sobrerreactivo (reacción exagerada ante el estímulo) [ ]
Afecto disminuido (reacción disminuida ante el estímulo) [ ]
Afecto plano (no hay reacción ante el estímulo) [ ]

IV. ALTERACIONES INTELECTUALES/COGNITIVAS

18. Funcionamiento cognitivo
Tiempo (día, mes, año) [ ] Espacio (provincia, ciudad, hospital) [ ]
Persona (reconoce personas y su grado de relación) [ ]

19. Memoria
Reciente (cuenta hechos de las últimas semanas) [ ]
Remota (recuerda hechos antiguos) [ ]

20. Atención y concentración
Incapacidad para realizar ejercicios con números (retener y repetir a la inversa cuatro números) [ ]
Incapacidad para realizar cálculos aritméticos sencillos (restar de tres en tres desde 30) [ ]

21. Pensamiento abstracto
Incapacidad para generalizar (¿en qué se parece un perro a un gato? ¿en qué se parece el rojo al negro?) [ ]
Incapacidad para encontrar significado a los símbolos (¿qué significa un semáforo en verde?) [ ]
Incapacidad para conceptualizar objetos y hechos (¿para qué sirve un puente?) [ ]

22. Alteración del pensamiento
a) Formas de expresión: Confuso [ ] Incoherente [ ] Desorganizado [ ]
b) Curso del pensamiento:
Inhibición (lentitud en verbalizar los pensamientos, mutismo) [ ]
Aceleración (gran cantidad de ideas, verborrea) [ ]
Perseverancia (repetición continuada de los mismos temas) [ ]
Disgregación (ideas sin ligazón lógica, no influenciable por estímulos externos) [ ]
Incoherencia (ausencia de jerarquización de ideas, falta de conexión lógica entre palabras) [ ]
Confabulación (experiencias fantaseadas, rellenando inconscientemente lagunas de la memoria) [ ]
c) Contenido del pensamiento:
Temas somáticos (síntomas físicos) [ ]
Temas rituales (pensamiento repetitivo, comportamiento repetitivo) [ ]
Actitud destructiva (violencia, suicidio, homicidio) [ ]
Actitud defensiva (ideas delirantes, distorsión de la percepción, alucinaciones) [ ]

V. ALTERACIONES SOCIO/FAMILIARES

23. Modelo familiar

Historia familiar: Alcoholismo [ ] Toxicómanas [ ] Enfermedades mentales [ ]
Enfermedades orgánicas [ ] (especificar).....
Familiares con los que tiene contacto al menos una vez al mes: 0 [ ] 2 [ ] 4 o más [ ]
Con qué familiar tienes mayor intimidad: Padres [ ] Esposo/a [ ] Hermanos/as [ ] Otros familiares [ ] (especificar).....
Con qué frecuencia te relacionas con esta persona:
0 (semanalmente) [ ]
1 (varias veces a la semana) [ ]
3 (diariamente) [ ]
Rol que desempeñas dentro de la familia (especificar).....

Número de miembros familiares que tienes a tu cargo (especificar).....

24. Red social

¿Tienes amigos con los que te sientes cómodo, puedes hablar o puedes llamar en caso de necesitar ayuda? ¿ Cuántos?: 0 [ ] 2 [ ] 4 o más [ ]
¿Cuántos amigos ves o de cuántos tienes noticias al menos una vez al mes?: 0 [ ] 2 [ ] 4 o más [ ]
Cuando tienes que tomar una decisión importante, ¿tienes a alguien con quien poder hablar de ello?:
Siempre [ ] A menudo [ ] Raras veces [ ] Nunca [ ]
Cuando otras personas que tú conoces tienen que tomar una decisión importante, ¿te comentan el tema?:
Siempre [ ] A menudo [ ] Raras veces [ ] Nunca [ ]
¿Tienes alguna incapacidad para desarrollar tu rol social? (especificar).....

¿Prestas ayuda a alguien de forma cotidiana? (incluye hacer la compra guisar, reparar cosas, limpiar la casa, cuidar niños, etc.) (especificar).....

25. Modelo ocupacional/aboral

Problemas laborales: Sí [ ] No [ ] (especificar).....
Incapacidad para participar en actividades propias de tu trabajo (incluye las tareas domésticas): Sí [ ] No [ ] (especificar).....
Falta de interés por obtener o recuperar el trabajo: Sí [ ] No [ ] (especificar).....

26. Modelo cultural/recreativo

Hábitos religiosos: Sí [ ] No [ ] (especificar).....
Importancia de los valores sociales: (especificar).....

Empleo del tiempo libre: (especificar).....

Anexo D

Protocolo de valoración de enfermería

Nombre:..... Edad:.....

Fecha 1ª valoración:...../...../.....2ª val.:...../...../.....Val. post.:...../...../.....

I. ALTERACIONES ALTERACIONES COGNITIVO-PERCEPTIVAS

1.1. Aspecto

a) Vestido/arreglo personal: extravagante [ ] descuidado [ ] adecuado [ ] meticuloso [ ]
b) Expresiónfacial: alerta [ ] hostil [ ] inexpresivo [ ] inadecuado [ ]
c) Comport. motriz: meticuloso [ ] agitado [ ] inmóvil [ ] rígido [ ]
d) Postura: erecto [ ] decaído [ ]
e) Modo de andar: acelerado [ ] tambaleante [ ] lento [ ] espástico [ ]
f) Estado general: desnutrido [ ] deshidratado [ ] otros:.....
g) Otras alteraciones:.....

1.2. Lenguaje

a) Velocidad: rápido [ ] lento [ ] paroxístico [ ]
b) Cantidad: abundante [ ] escaso [ ] lacónico [ ]
c) Volumen: alto [ ] muy bajo [ ]
d) Tono y modulación: alterado [ ] tranquilo [ ] hostil [ ]
e) Otras alteraciones:.....

1.3. Nivel de conciencia

a) Apariencia: somnoliento [ ] confuso [ ] no responde a estímulos [ ]
b) Actitud respecto al entorno: distraído [ ] fluctuante [ ]
c) Respuestas: responde a preguntas [ ] sólo sigue instrucciones [ ]
d) Otras alteraciones:.....

1.4. Estado emocional

a) Humor: deprimido [ ] eufórico [ ] ansioso [ ] triste [ ] fluctuante [ ] asustado [ ] apático [ ] enfadado [ ]
b) Aspecto: intenso [ ] embotado [ ] inadecuado [ ] fluctuante [ ]

1.5. Procesos del pensamiento

a) Formas de expresión: claro [ ] confuso [ ] organizado [ ] desorganizado [ ] coherente [ ] incoherente [ ] objetivo [ ] autista [ ]

1.6. Curso del pensamiento

a) Inhibición (lentitud procesos psíquicos, aumento tiempo de latencia): [ ]
b) Aceleración (aceleración del proceso del pensamiento, fuga de ideas): [ ]
c) Perseverancia (repetición continuada de los mismos temas): [ ]
d) Disgregación (ruptura de asociaciones normales sin jerarquización de ideas y no influenciado por estímulos externos): [ ]
e) Incoherencia (ausencia de jerarquización de ideas sin conexión lógica entre palabras): [ ]
f) Confabulación (experiencias fantaseadas rellenando inconscientemente lagunas de la memoria): [ ]

1. 7. Contenido del pensamiento

a) Temas somáticos: síntomas físicos [ ]
b) Temas rituales: pensamiento repetitivo [ ] comportamiento repetitivo [ ]
c) Actitud destructiva: violencia [ ] suicidio [ ] homicidio [ ]
d) Actitud defensiva: delirio [ ] distorsión percepción [ ] alucinaciones [ ]
e) Otras alteraciones:.....

1.8. Funcionamiento cognitivo

a) Tiempo (día, estación, mes, año). Especificar:.....
b) Espacio (país, provincia, ciudad, recinto, sala). Especificar:.....
c) Persona (reconoce personas significativas, grado de relación y función del personal. Especificar:.....
d) Otras alteraciones:.....

1.9. Atención y concentración

a) Ejercicios con números (retener y repetir a la inversa cuatro números, ej. 5-4-9-2):.....
b) Cálculos aritméticos sencillos (desde 30, restar de 3 en 3):.....
c) Otras alteraciones:.....

1.10. Memoria

a) Reciente (cuenta hechos ocurridos las últimas semanas) [ ]
b) Remota (recuerda hechos antiguos) [ ]

1.11. Inteligencia general

a) Adaptado al entorno: Sí [ ] No [ ]
b) Cuenta hechos recientes: Sí [ ] No [ ]
c) Preguntas generales: ¿Cuantos días tiene la semana) [ ] Repetir en sentido inverso: [ ]

1.12. Pensamiento abstracto

a) Capacidad de generalizar (¿En qué se parecen un perro y un gato? ¿En qué se parecen el rojo y el negro?):.....
b) Encuentra significado a los símbolos (¿Qué significa un semáforo en verde?):.....
c) Conceptualiza objetos y hechos (¿Para qué sirve un puente? ¿Qué es una opinión?):.....
d) Otras alteraciones:.....

1.13. Percepción y coordinación

a) Escritura y dibujo (que el paciente escriba su nombre y dibuje figuras comunes; que copie una espiral,

una casa, un reloj. Valorar:)
facilidad [ ] coordinación [ ] corrección [ ] temores [ ] rapidez [ ]

b) Otras alteraciones:.....

II. INCAPACIDADES NECESIDADES BÁSICAS

II.1. Oxigenación/circulación

a) Alteración vías aéreas: Sí [ ] No [ ]
b) T/A:...../.....Fc:.....
c) Extremidades: Color:.....Edemas:.....Función:.....
d) Otras incapacidades:.....

II.2. Ingesta/alimentación

a) Peso [ ] talla [ ]
b) Frecuencia de ingesta:.....
c) Diestas:..... Alteraciones del peso:.....
d) Disminución apetito (incl. anorexia):.....
e) Aumento apetito (incl. bulimia):.....
f) Nauseas/vómitos: Sí [ ] No [ ]
g) Estado dentario:.....
h) Líquidos (tipo/cantidad):.....
i) Modelo urinario: Molestias: Sí [ ] No [ ]
j) Modelo defecatorio: Aspecto heces:.....
k) Otras incapacidades:.....

II.3. Termorregulación

a) Temperatura. Axilar [ ]

II.4. Sentidos corporales

a) Dificultades para ver: Sí [ ] No[ ] Para oír: Sí [ ] No [ ]
b) ¿Identifica olores? Sí [ ]No[ ] ¿Y sabores? Sí [ ] No[ ]
c) Dificultades táctiles: Sí [ ] No[ ]
d) Otras incapacidades:.....

II.5. Sueño/descanso

a) Horas de sueño nocturno: [ ] Otros descansos: Sí [ ] No [ ]
b) Sensación después de dormir: descanso [ ] cansado [ ] confuso [ ]
c) Historia anterior de insomnio: Sí [ ] No [ ]
d) N° de veces que se despierta durante la noche: [ ]
e) ¿Vuelve a dormirse con facilidad?: Sí [ ] No [ ]
f) Ayudas para favorecer el sueño: baño [ ] lectura [ ] fármaco [ ]
g) Factores que alteran el sueño:.....
fe) Otras incapacidades:.....

II.6. Movilidad/seguridad física

a) Limitaciones físicas: temporales [ ] permanentes [ ]
b) Características de la limitación:.....
c) Dificultades en la deambulación: subir/bajar escaleras [ ] acostarse [ ] sentarse [ ] levantarse [ ]

otras:.....

d) Dificultades para el manejo del entorno: encender fuego [ ] uso de grifos [ ] uso de interruptores [ ] otras:.....

e) Necesidad de ayudas (características):.....

f) Otras incapacidades:.....

II. 7. Bienestar/dolor

a) Molestias más frecuentes:.....

b) Causas posibles: tabaquismo [ ] abuso de alcohol [ ] cafetismo [ ] uso sustancias tóxicas [ ] uso tranquilizantes [ ] otras sustancias:.....

c) Enfermedades graves/operaciones: Sí [ ] No [ ]

d) Secuelas: Sí [ ] No [ ] Especificar:.....

e) Otras incapacidades:.....

II.8. Higiene

a) Frecuencia: baño/ducha [ ] cepillado de dientes [ ]

b) Descuido en el vestir: Sí [ ] No [ ]

c) Descuido en el afeitado: Sí [ ] No [ ]

d) Descuido en el arreglo del cabello: Sí [ ] No [ ]

e) Necesidad de ayuda: Sí [ ] No [ ] Especificar:.....

f) Otras incapacidades:.....

II.9. Sexualidad

a) Incompatibilidad sexual: Sí [ ] No [ ]

b) Satisfacción sexual: Sí [ ] No [ ]

c) Menstruación: regular [ ] dolorosa [ ]

d) Frecuencia actividad sexual: [ ]

e) Nivel de satisfacción: [ ]

f) ¿Ha experimentado cambios? Sí [ ] No [ ]

g) ¿Tiene repercusiones con su pareja? Sí [ ] No [ ]

*b)*N° embarazos: [ ] Uso anticonceptivos: Sí [ ] No [ ]

i) Realiza autoexamen: Sí [ ] No [ ]

j) Alteraciones de las secreciones: vaginal [ ] prostática [ ]

k) Otras incapacidades:.....

II.10. Aprendizaje

a) Disminución de la capacidad para: adquirir información [ ] procesar información [ ] retener información [ ]

b) Nivel de educación:.....

c) Inquietudes culturales: Sí [ ] No [ ]

d) Prácticas o creencias culturales en relación con la enfermedad:.....

e) Busca ayuda: Sí [ ] No [ ] Tipo de ayuda:.....

III. LIMITACIONES SOCIALES/FAMILIARES/LABORAJLES/CULTURALES

III.1. Modelo familiar

a) Historia de salud familiar: diabetes [ ] hipertensión [ ] alcoholismo [ ] toxicomanías [ ] enfermedades mentales [ ]

b) ¿De quién se siente mas cerca?
c) ¿Quién es su confidente?
d) ¿Cómo se adoptan las decisiones en tu familia?
e) ¿Quién tiene la última palabra?
f) ¿Qué rol desempeña dentro de su familia?
g) ¿Entiende su familia su problema (mental)?
h) ¿Le presta apoyo/ayuda? Sí [ ] No [ ]
i) ¿Cuántos miembros familiares tiene a su cargo? [ ]
j) Limitaciones para participar en actividades cotidianas:.....
k) Otras limitaciones:.....

III.2. Modelo de interacción/relación

a) *¿Qué* personas le son significativas?
b) ¿Con quién habla regularmente?
c) ¿Cómo expresa sus sentimientos
d) ¿Prevalecen siempre sus opiniones? Si [ ] No [ ]
e) ¿Cuánto tiempo pasa solo?
f) ¿Con cuántas personas se relaciona a diario?
g) ¿Cuánto tiempo pasa con otros?
h) Cómo maneja el estrés?
i) Incapacidades para desarrollar el rol social:.....
j) Otras limitaciones:.....

III.3. Modelo ocupacional/laboral

a) Problemas económicos: Sí [ ] No [ ]
b) Tipo de trabajo:.....
c) Incapacidad para participar en actividades rutinarias (incluida la realización del trabajo): Sí[ ] No[ ]
d) Deterioro severo de la autoexigencia: Sí [ ] No[ ]
e) Incapacidad para cooperar con otros: Sí [ ] No [ ]
f) Pérdida de interés por las actividades recreativas: Sí [ ] No [ ]
g) Falta de interés por obtener o recuperar el trabajo: Sí [ ] No [ ]
h) Incapacidad para tolerar el estrés laboral: Sí [ ] No [ ]
i) Otras limitaciones:.....

III.4. Modelo cultural/recreativo

a) Hábitos religiosos:.....
b) Importancia de los valores sociales:.....
c) Intereses aparte del trabajo y la familia:.....
d) ¿Cómo emplea el tiempo libre?
e) Otras limitaciones:.....

IV. OTRAS INCAPACIDADES/ALTERACIONES/LIMITACIONES (no descritas)

[1] ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

[2] Efecto comprobado con fluoxetina y fluvoxamina.

Sin embargo, pese a su reconocida eficacia, los efectos de los antidepresivos no persisten en una gran mayoría de los casos una vez retirados, por lo que requieren tratamientos de mantenimiento prolongados, o simultanearlos con otras técnicas de tipo psicoterápico.

Las consideraciones que deben tenerse en cuenta en el empleo de los antidepresivos son las siguientes:

Índice

Portada 2
Créditos 4
Colaboradores 5
Índice 10
Agradecimientos 20
INTRODUCCIÓN 21
PARTE I. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA 22
1. HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA Y LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA 23
1.1. Historia de la psiquiatría 23
1.2. Historia de la enfermería psiquiátrica 27
1.3. Situación actual de la enfermería psiquiátrica 32
Bibliografía recomendada 33
2. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN UN EQUIPO DE SALUD MENTAL 35
2.1. Definición del protocolo de enfermería en un equipo de salud mental 35
2.2. Descripción del modelo de protocolo 36
2.3. Funcionalidad del protocolo de enfermería 44
Bibliografía recomendada 45
3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA 46
3.1. El diagnóstico en la labor asistencial de enfermería 46
3.2. Concepto y evolución del diagnóstico de enfermería 47
3.3. Experiencia práctica de un diagnóstico de enfermería 49
Bibliografía recomendada 60
4. CONCEPTO DE ENFERMEDAD Y SALUD MENTALES 61
4.1. Evolución del concepto de enfermedad y salud mentales 61
4.2. Funciones y competencias profesionales del personal de enfermería 65
Bibliografía recomendada 67
5. NOSOLOGÍA Y NOSOGRAFÍA PSIQUIÁTRICAS 68
5.1. Concepto de nosología y nosografía 68
5.2. Bases teóricas de la clasificación 69
5.3. Evaluación de los sistemas clasificatorios 70
5.4. Historia de la nosología psiquiátrica 75
Bibliografía recomendada 81

6. ETIOPATOGENIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES 82
6.1. Bases de estudio de la enfermedad mental 82
6.2. Bases biológicas 82
6.3. Bases psicológicas 86
6.4. Bases socioculturales 88
Bibliografía recomendada 89
7. TEORÍAS Y ESCUELAS EN PSIQUIATRÍA Y ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA 90
7.1. Teorías y escuelas en psiquiatría 90
7.2. Teorías biológicas 91
7.3. Teorías psicológicas 94
7.4. Teorías sociogenéticas 98
7.5. Bases teóricas de la enfermería psiquiátrica y la salud mental 100
7.6. Modelos más importantes para la práctica de la enfermería psiquiátrica y la salud mental 104
Bibliografía recomendada 107
8. LA RELACIÓN INTERPERSONAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE, LA FAMILIA Y EL EQUIPO TERAPÉUTICO 108
8.1. Concepto de relación interpersonal y tipología 108
8.2. Relación personal sanitario-paciente 109
8.3. Relación del profesional de enfermería con el enfermo y su familia 110
8.4. Relación del profesional de enfermería con el equipo terapéutico: funciones de enfermería 111
8.5. Etapas de la relación entre el profesional de enfermería y el enfermo mental. 113
8.6. Perturbaciones en la relación entre el profesional de enfermería y el enfermo mental 115
Bibliografía recomendada 115
PARTE II. CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y LA SALUD MENTAL 116
9. TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS 117
9.1. Concepto de esquizofrenia 117
9.2. Características psicopatológicas 118
9.3. Diagnóstico 119
9.4. Subtipos de esquizofrenia 119

9.5. Epidemiología 121
9.6. Teorías casuales 121
9.7. Tratamiento médico 123
9.8. Cuidados y atención de enfermería 124
Bibliografía recomendada 129
10. TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES 130
10.1. Concepto de trastorno de ideas delirantes 130
10.2. Epidemiología 131
10.3. Etiopatogenia 132
10.4. Clínica 133
10.5. Diagnóstico diferencial 136
10.6. Evolución y pronóstico 137
10.7. Cuidados y atención de enfermería 137
Bibliografía recomendada 138
11. TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS 140
11.1. Concepto de trastorno psicótico agudo y transitorio 140
11.2. Clasificación de las psicosis 141
11.3. Características principales de los trastornos psicóticos agudos y transitorios 142
11.4. Tratamiento 143
11.5. Cuidados y atención de enfermería 143
Bibliografía recomendada 161
12. TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES INDUCIDAS 162
12.1. Concepto de trastorno de ideas delirantes inducidas 162
12.2. Clasificación de los trastornos 163
12.3. Características principales 163
12.4. Criterios diagnósticos 164
12.5. Epidemiología 164
12.6. Tratamiento 165
12.7. Cuidados y atención de enfermería 165
Bibliografía recomendada 166
13. TRASTORNOS DEL HUMOR O AFECTIVOS 167
13.1. Concepto de trastorno del humor 167
13.2. Clasificación de los trastornos 168
13.3. Manifestaciones clínicas 168
13.4. Curso clínico y evolución natural 169

13.5. Estrategias terapéuticas 170
13.6. Planificación de cuidados en pacientes maníacos 171
13.7. Planificación de cuidados en pacientes depresivos 173
Bibliografía recomendada 175
14. TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS 176
14.1. Concepto de trastorno mental orgánico 176
14.2. Diagnóstico general 178
14.3. Delirium 179
14.4. Demencia 181
14.5. Síndrome amnésico 189
14.6. Síndrome delirante orgánico 192
14.7. Alucinosis orgánica 193
14.8. Síndrome afectivo orgánico 194
14.9. Síndrome orgánico de la personalidad 195
Bibliografía recomendada 196
15. TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL 197
15.1. Concepto de alcoholismo 197
15.2. Clasificación de los alcoholismos 199
15.3. Etiopatogenia 201
15.4. Clínica 203
15.5. Diagnóstico 206
15.6. Psicosis alcohólicas 206
15.7. Estrategias asistenciales de los alcoholismos a nivel ambulatorio y hospitalario 208
Bibliografía recomendada 210
16. TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE DROGAS 211
16.1. Historia natural del consumo de drogas 211
16.2. Clasificación de las drogas 215
16.3. Principales efectos de la droga sobre el organismo y el comportamiento.. 216
16.4. Criterios diagnósticos 222
16.5. Cuidados y atención de enfermería 226
16.6. Prácticas docentes de enfermería en drogodependencias 237
Bibliografía recomendada 238
17. TRASTORNOS NEURÓTICOS 239
17.1. Concepto de trastorno neurótico 239

17.2. Trastornos fóbicos 240
17.3. Trastornos obsesivo-compulsivos 242
17.4. Otros trastornos de ansiedad 245
17.5. Trastornos disociativos 248
17.6. Trastornos de adaptación 252
17.7. Proceso de atención de enfermería 253
Bibliografía recomendada 258
18. TRASTORNOS PSICOECSÍOIJÓGICOS DEBIDOS A STTUACIONES ESTRESANTES 259
18.1. Definición de la relación mente-cuerpo 260
18.2. Concepto actual del estrés 260
18.3. Génesis y características del estrés grave 261
18.4. Consecuencias del estrés grave 264
18.5. Trastornos psicofisiológicos 267
18.6. Estrategias terapéuticas del personal de enfermería en las situaciones de estrés 272
18.7. Cuidados y atención de enfermería 273
Bibliografía recomendada 274
19. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA 275
19.1. Trastornos de la conducta alimentaria 275
19.2. Obesidad primaria 276
19.3. Anorexia nerviosa 289
19.4. Bulimia nerviosa 294
19.5. Proceso de atención de enfermería 329
Bibliografía recomendada 331
20. TRASTORNOS DEL RITMO SUEÑO/VIGILIA 332
20.1. Clasificación de los trastornos del ritmo sueño/vigilia 332
20.2. Insomnio 334
20.3. Excesiva somnolencia diurna 337
20.4. Sonambulismo 340
20.5. Terrores nocturnos 341
20.6. Pesadillas 341
20.7. Enuresis nocturna 341
20.8. Proceso de atención de enfermería 342
20.9. Tratamiento de los trastornos del sueño 349
Bibliografía recomendada 360

21. DISFUNCIONES SEXUALES 361
21.1. Trastornos sexuales 361
21.2. Concepto de disfunción sexual 362
21.3. Clasificación de las disfunciones sexuales 363
21.4. Prevalencia de las disfunciones sexuales 364
21.5. Causas de las disfunciones sexuales 366
21.6. Descripción clínica de los distintos tipos de disfunción sexual 369
21.7. Abordaje terapéutico 375
21.8. Actitudes básicas del personal de enfermería en las disfunciones sexuales. 377
Bibliografía recomendada 378
22. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO 380
22.1. Concepto de trastorno de la personalidad 380
22.2. Clasificación de los trastornos de la personalidad 381
22.3. Etiopatogenia 382
22.4. Epidemiología 383
22.5. Curso clínico 383
22.6. Tratamiento 383
22.7. Diagnóstico 384
22.8. Clínica de los trastornos de la personalidad 385
22.9. Cuidados y atención de enfermería 397
Bibliografía recomendada 399
23. TRASTORNOS DE LOS HÁBITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS 400
23.1. Clasificación de los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos. 400
23.2. Ludopatía 401
23.3. Piromanía 403
23.4. Cleptomanía 404
23.5. Tricotilomanía 406
23.6. Cuidados y atención de enfermería 407
Bibliografía recomendada 408
24.1. Posibles direcciones dentro de la sexualidad 410
24.2. Trastornos de la identidad sexual 411
24.3. Trastornos de la inclinación sexual: parafilias 417

24.4. Cuidados y atención de enfermería 421
Bibliografía recomendada 422
25. RETRASO MENTAL 423
25.1. El retraso mental 423
25.2. Dinámica familiar del retraso mental 430
25.3. Escolarización del niño con retraso mental 431
Bibliografía recomendada 432
26. TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y DEL DESARROLLO 433
26.1. Trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje 433
26.2. Trastornos del desarrollo de la lectoescritura 436
26.3. Trastornos específicos del desarrollo psicomotor 438
26.4. Trastornos generalizados del desarrollo 441
26.5. Cuidados y atención de enfermería 444
27. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS Y CRISIS 447
27.1. Concepto de urgencia psiquiátrica 447
27.2. Frecuencia de las urgencias psiquiátricas 449
27.3. Paciente agitado 449
27.4. Paciente agresivo 453
27.5. Paciente depresivo 455
27.6. Paciente suicida 456
27.7. Paciente toxicómano 458
Bibliografía recomendada 459
28. CONDUCTAS SUICIDAS 460
28.1. El proceso suicida 460
28.2. La ideación suicida 461
28.3. El acto suicida 464
28.4. Los suicidios y las tentativas suicidas como grupos 465
28.5. Impacto de los actos suicidas 468
28.6. Problemas psiquiátricos y conductas suicidas 469
28.7. Factores psicopatológicos de riesgo suicida 476
28.8. Intervención en el riesgo suicida: Cuidados de enfermería 476
28.9. Evaluación del riesgo suicida 477
28.10. Intervención con supervivientes del suicidio: Posvención 480
Bibliografía recomendada 481
29. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS A LA INFECCIÓN POR EL VIH Y AL SIDA 483

29.1. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) 483
29.2. Trastornos psiquiátricos asociados a la infección por el VIH y al SIDA 486
293. Cuidados y atención de enfermería al paciente VIH positivo o con SIDA y trastornos psiquiátricos 488
29.4. La familia y el SIDA 492
Bibliografía recomendada 493
30. SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y GRANDES SÍNDROMES 494
30.1. Concepto de síntoma psicopatológico 494
30.2. Análisis de los síntomas psicopatológicos 496
30.3. Clasificación de los trastornos según los síntomas psicopatológicos 500
30.4. Causas de las enfermedades psiquiátricas 501
30.5. Características de las trastornos psíquicos 502
30.6. Descripción de los trastornos psíquicos 504
30.7. Otros criterios nosológicos 508
Bibliografía recomendada 508
PARTE III. METODOLOGÍA TERAPÉUTICA 509
31. TERAPIA ELECTROCONVULSIVA 511
31.1. Cuidados de enfermería en la terapia electroconvulsiva 511
31.2. Etapas del procedimiento 514
31.3. Intervenciones de enfermería en los principales problemas de la TEC 517
Bibliografía recomendada 519
32. TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS 520
32.1. Tratamientos psicofarmacológicos 520
32.2. Fármacos antipsicóticos 521
32.3. Fármacos antidepresivos 525
32.4. Fármacos ansiolíticos e hipnóticos 532
32.5. Sales de litio 535
32.6. Carbamazepina 536
32.7. Cuidados de enfermería en la preparación y administración de psicofár-macos 536
Bibliografía recomendada 540
33. MONITORIZACIÓN Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO 541
33.1. Cumplimiento terapéutico 541
33.2. Cumplimiento en la enfermería psiquiátrica 543
33.3. Evaluación del grado de cumplimentación 544
33.4. Factores generales que mejoran el cumplimiento terapéutico 544

33.5. Objetivos para lograr el cumplimiento terapéutico 546
Bibliografía recomendada 548
34. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL 550
34.1. Concepto de psicoterapia 550
34.2. Descubrimiento del inconsciente 551
34.3. La estructura del inconsciente 552
34.4. El complejo de Edipo 553
34.5. Las estructuras clínicas 553
34.6. El síntoma 554
34.7. El dispositivo analítico 555
34.8. La transferencia 555
34.9. La interpretación 556
Bibliografía recomendada 556
35. PSICOTERAPIA DE GRUPO, PAREJA Y FAMILIA 557
35.1. Enfoque social de la psicología 557
35.2. Psicoterapia de grupo 558
35.3. Psicoterapia de pareja 563
35.4. Psicoterapia familiar 566
35.5. Papel de la enfermería en la psicoterapia 568
Bibliografía recomendada 568
36. PSICODRAMA 569
36.1. Disposición formal de las modalidades psicoterapéuticas 569
36.2. Concepto de psicodrama 570
36.3. Escuelas de psicodrama 571
36.4. La sesión de psicodrama 573
36.5. Mecánica de la sesión de psicodrama 581
36.6. Técnicas más utilizadas 583
36.7. Clasificación de la psicoterapia psicodramática 590
36.8. Aplicaciones del psicodrama 592
36.9. El psicodrama en en la enfermería 592
Bibliografía recomendada 593
37. ERGOTERAPIA, LUDOTERAPIA Y SOCIOTERAPIA 594
37.1. Historia de la terapia ocupacional 594
37.2. Concepto de ergoterapia 597
37.3. Objetivos de las actividades terapéuticas 597

37.4. Terapia del arte 598
37.5. Concepto de ludoterapia 599
37.6. Socioterapia 601
Bibliografía recomendada 601
38. TÉCNICAS CONDUCTISTAS Y REFLEXOLÓGICAS. APLICACIÓN EN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA 602
38.1. Tratamiento de los trastornos de alimentación 603
38.2. Técnicas de modificación conductual alimentaria y su aplicación en enfermería 604
Bibliografía recomendada 612
39. TRATAMIENTOS EN PSIQUIATRÍA INFANTIL 613
39.1. Tratamientos psicológicos 613
39.2. Tratamientos psicofarmacológicos 622
39.3. Otras terapéuticas orgánicas 624
Bibliografía recomendada 624
PARTE IV. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA 626
40. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA HOSPITALARIA 627
40.1. Historia de la asistencia psiquiátrica hospitalaria 627
40.2. Asistencia psiquiátrica en España 630
40.3. Unidades psiquiátricas de hospitalización 631
40.4. La Unidad de Psiquiatría versus Hospital Psiquiátrico 637
40.5. Cuidados y atención de enfermería 638
Bibliografía recomendada 644
41. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EXTRAHOSPITALARIA 645
41.1. Centros de Salud Mental 645
41.2. Hogares Protegidos 650
41.3. Granjas Terapéuticas 652
41.4. Comunidades Terapéuticas 653
41.5. Residencias Asistidas 654
41.6. Cuidados y atención de enfermería 654
Bibliografía recomendada 659
42. CENTROS Y HOSPITALES DE DÍA 660
42.1. Hospitales de Día 660
42.2. Centros de Día 665
Bibliografía recomendada 666
43. ASISTENCIA PSICOGERIÁTRICA 667

43.1. Concepto de asistencia psicogeriátrica 667
43.2. Características biopsicosociales de la vejez 669
43.3. Evolución de la asistencia psicogeriátrica 671
43.4. Relación de dependencia/independencia de los programas de psicogeriatría 672
43.5. Modalidades asistenciales en psicogeriatría 673
Bibliografía recomendada 677
44. REHABILITACIÓN Y RESOCIALIZACIÓN 678
44.1. Concepto de rehabilitación y reinserción social 678
44.2. Objetivos del programa de rehabilitación y reinserción social en enfermería psiquiátrica 679
44.3. Proceso de atención de enfermería en la rehabilitacióny reinserción social del enfermo mental 681
44.4. Recursos para el programa de rehabilitación y resocialización 683
44.5. Niveles de rehabilitación de un enfermo de larga estancia 684
44.6. Talleres protegidos 685
Bibliografía recomendada 686
45. EL PACIENTE TERMINAL 687
45.1. Asistencia a los enfermos terminales 687
45.2. Razones para un abordaje biopsicosocial de la problemática de la muerte en la actualidad 688
45.3. Reacciones psicológicas del enfermo terminal y sus familiares 690
45.4. Asistencia integral al enfermo terminal y sus familiares 696
Bibliografía recomendada 707
ANEXOS 708
Anexo A. Problemas de enfermería (NANDA, 1984) 709
Anexo B. Diagnósticos de enfermería (NANDA, 1990) 712
Anexo C. Protocolo de valoración 721
Anexo D. Protocolo de valoración de enfermería 726