



INSTITUTO DE
FORMACIÓN
SUPERIOR

APUNTES DE CATEDRA

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

PROGRAMA DE LA MATERIA

Unidad I: Perspectiva histórica de la salud mental.

1. Objetivo específico: Conocer la evolución de la Psiquiatría como ciencia médica en el abordaje de la salud mental. Enfoques terapéuticos, modo de tratamiento y rehabilitación. Relación Terapéutica.

TEMAS:

1. Perspectiva histórica de la salud mental a lo largo de la historia hasta la actualidad.
2. Rol del profesional de Enfermería en el cuidado de la salud mental. Relación terapéutica.
3. Enfoque terapéutica, modo de tratamiento y rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Siles, J; Cibanal, L; Vizcaya, F; Solano, C ; García, E; Gabaldón Ed. (2001). "De la custodia a los cuidados: una perspectiva histórica de la enfermería en Salud Mental". Revista -Cultura de los cuidados. Revista de humanidades y enfermería.
2. Rebraca, L. (2007) "Enfermería psiquiátrica y de salud mental. Conceptos básicos". Mc Graw-Hill. Interamericana.

UNIDAD II: Políticas y tendencias actuales de salud mental.

Objetivo específico: Identificar correctamente el marco regulatorio de la ley que encuadra al equipo interdisciplinario y pacientes en Salud Mental.

TEMAS:

1. Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. Decreto Reglamentario 603/13. Conceptos centrales. Principales Arts. (Atención del adicto).
2. La Salud Mental en las distintas etapas de la vida (niñez, adolescencia, adulto joven, adulto mayor y vejez). Estilos de vida saludable.
3. Conflicto y resolución. Estrategias de abordaje.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 Ministerio de Salud (2013).

UNIDAD III: Proceso comunicacional y salud mental.

Objetivo específico: Adquirir conocimientos básicos que permitan gestionar y favorecer intervenciones eficientes con los recursos disponibles.

TEMAS:

- 1.- Crisis, tipos (circunstanciales y de desarrollo).
- 2.- Síntomas más frecuentes en las personas con crisis.
- 3.- Fases de las crisis.
- 4.- Intervención en crisis. Formas de abordaje.

BIBLIOGRAFIA:

2. Rodríguez Seone, E; Ediciones Díaz de Santo S.A (2015) “Enfermería en la rehabilitación de la enfermedad mental severa: Cuidados, atención y aspectos jurídicos.”
3. Escudero Alvaro, C.; N. Pardo (1997). La Psicología Clínica en la atención a niños y adolescentes.

UNIDAD IV: El significado de la enfermedad y la hospitalización del paciente.

Objetivo específico: Incorporar conocimientos científicos y habilidades técnicas en materia de patologías y trastornos mentales más frecuentes.

TEMAS:

Participación de la familia en el cuidado del paciente.

1. Incidencia y prevalencia de patologías más frecuentes en salud mental: Neurosis y Psicosis (diferencias).
2. Neurosis: Tipos, síntomas. Psicosis: Esquizofrenia (Clasificación, síntomas y tratamiento).
3. Trastorno bipolar (Tipos, causas, síntomas y tratamiento).
4. Ataques de pánico: (Síntomas y tratamiento)
5. La salud física y los trastornos alimentarios: Bulimia y Anorexia.

BIBLIOGRAFÍA:

- Alarcón, R; Mazzotti, G; Nicolini, H, Ed. (2005). PSIQUIATRÍA 2º edición. Editorial Manual moderno.
- Galiana Roch, J L; “Enfermería Psiquiátrica” Elsevier España, S.L.U 1ª Ed. (2015).

UNIDAD V: Consumo problemático de sustancias, un flagelo social en la actualidad.

Objetivo específico: Conocer los principales signos a evaluar en la prevención y detección precoz asociados al consumo de sustancias.

TEMAS:

1. Consumo problemático de sustancias: (Uso, abuso y dependencia).
2. Policonsumo. Abordaje del adicto.

3. Estadísticas sobre el consumo problemático de sustancias en la provincia de Neuquén.

BIBLIOGRAFÍA:

- Touzé, G (2010) Prevención de consumo problemático de drogas. Enfoque educativo. Ministerio de Educación. Buenos Aires. Editorial Troquel.

UNIDAD VI: La salud mental del personal de enfermería y aspectos legales del ejercicio profesional.

Objetivo específico: Internalizar pautas de autocuidado responsable de la salud mental e incumbencias del ejercicio profesional.

TEMAS:

1. Los cuidados del cuidador: Síndrome de Burnout (Estrés laboral).
2. Responsabilidad legal de Enfermería: Civil y penal.
3. Documentos y registros. Su importancia en la práctica de Enfermería como “Instrumento legal”.
4. (Requisitos que deben reunir). Negligencia. Imprudencia e impericia.

BIBLIOGRAFÍA:

- ALVAREZ Gallego, E; Fernández Ríos, L; El síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional (I) Revisión de estudios. Revista de la asociación española de neuropsiquiatría 1991; Vol. 11.39:257-265.
- Rodríguez Seone, E; Ediciones Díaz de Santo S.A (2015) “Enfermería en la rehabilitación de la enfermedad mental severa: Cuidados, atención y aspectos jurídicos.”

UNIDAD I: Perspectiva histórica de la salud mental.



La OMS define la salud como “un completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Siendo la salud mental una condición que atraviesa a todo ser humano desde el nacimiento hasta su muerte, en las distintas etapas de la vida, tanto en la salud como en la enfermedad. Apropiarse de algunas herramientas, que se pretende brindarles desde la construcción de nuevos conocimientos, a fin de que ellos les permitan abordar la propia salud mental desde el autocuidado responsable. También aplicar medidas tendientes a la promoción, prevención y recuperación, cuando se trate de brindar cuidados a terceros, sanos o enfermos propio del rol que compete al **profesión de enfermería**.



El presente cuadernillo tiene por finalidad, ser una guía importante para la incorporación de nuevos conocimientos específicos de la presente cátedra. El estudiante, mediante la lectura crítica- reflexiva, la incorporación de aprendizajes previos, el buceo bibliográfico, la investigación y el estudio de los distintos temas logrará afianzarse con los nuevos contenidos, apropiarse de nuevos conocimientos. La realización de las actividades propuestas que acompañan a los distintos temas son las herramientas teóricas y metodológicas que sustentan la base para la

implementación de estrategias de abordaje en la ejecución de una práctica libre de riesgos, con la solidez y seguridad que brinda el conocimiento.

TEMA 1: Perspectiva histórica de la salud mental a lo largo de la historia hasta la actualidad.



Las ciencias médicas datan desde hace más de 1.000 años en la historia mundial, siendo la **Psiquiatría**, una especialidad médica (que trata las alteraciones mentales), como ciencia es muy joven en relación a otras, sólo tiene aprox. unos 300 años.

Desde una perspectiva histórica, las enfermedades mentales en sus comienzos se las interpreto como el resultado de "**causas naturales**" o "**sobrenaturales**", lo cual contribuyo a su tardía incorporación cómo un problema de salud.

Los primeros informes en occidente acerca de problemas en la salud mental los encontramos en textos de la literatura sagrada (**La biblia**).

En libro de Daniel en el Antiguo Testamento relata la locura de Nabucodonosor, como castigo por su soberbia, la pérdida de la razón; que es interpretada como vivir y comer como los animales. El rey Nabucodonosor, durante siete años permanece en ese estado hasta que por **decisión divina** se recupera.

Siglo V a C, La interpretación naturalista de las enfermedades mentales se inicia en Grecia. La teoría humoralista de la enfermedad como doctrina considera, que las manifestaciones mentales eran producto del desbalance entre los cuatro fluidos o "humores" que conforman el cuerpo humano: la bilis negra, la bilis amarilla, la flema y la sangre.

Por ej.: La fiebre o una alteración digestiva era el resultado de un desequilibrio en la composición humoral. Para recuperar la salud, el médico debía restablecer el balance perdido. Esta teoría situaba topográficamente el desequilibrio y las enfermedades mentales las ubicaba en el cerebro.

Las culturas más antiguas entendían el origen de la enfermedad mental como un fenómeno "**sobrenatural**" atribuían la locura a los dioses, otros a demonios, derivan del pensamiento primitivo que dio lugar a las trepanaciones craneales cuya finalidad era dejar salir a los demonios que provocaban las enfermedades mentales, ha ésta y otros tipos de crueldades eran sometidas las personas con patologías psiquiátricas, como manera de controlar la enfermedad. Este trato brutal, inhumano muchas veces terminaba con sus vidas, llegando así a la muerte. A posteriori, los quemaban como una manera de compasión para lograr liberar el alma.

Las convulsiones súbitas, eran un atributo de personas elegidas por los dioses y se la denominaba la "**enfermedad sagrada**" muchos años más tarde, Hipócrates (padre de la medicina) desmitifica esta creencia aludiendo que estos signos tiene una causa natural, pero los hombres le atribuyen un carácter "**divino**".

Siglo II a C., Galeno, sistematizó la medicina griega, no dedicó un tratado especial a la enfermedad mental, pero aceptaba al igual que los hipocráticos su carácter natural. La tradición Galénica clasificaba las enfermedades mentales en dos tipos: 1) **La manía**, se producía por un exceso del humor sangre o bilis amarilla. 2) **La melancolía**, por exceso de bilis negra y su principal manifestación sería la depresión.

Siglo III d C. los médicos convertidos al cristianismo supeditaron sus convicciones profesionales a las religiosas, entendiendo la **enfermedad** como **designio divino**. Adoptando el dogma de la eterna lucha entre el bien y del mal, resurgiendo entre los médicos cristianos la interpretación de la locura como **“posesión demoníaca”**. En esta época surgen los **primeros hospitales** administrados por cristianos como la expresión de la caridad y compasión por el doliente, no con **finalidad curativa** sino para brindarles apoyo espiritual y físico en tanto se defina la **voluntad divina** al respecto.

La enfermedad mental no era una dolencia, sino una forma de posesión sobrenatural, cuando no demoníaca que debería ser tratada por el sacerdote (exorcismo). El cuidado de los enfermos mentales se mantenía en el ámbito doméstico y familiar (en el hogar).

A estos enfermos se los denominaba locos o **lunáticos** (este último término por la supuesta influencia de la luna en el origen de la enfermedad mental).

Siglo XIV (final de la Edad media) un nuevo paradigma médico plantea que el hombre se divide en un componente material (cuerpo) y otro racional (mente).

Cuando aparecen los primeros hospitales en Europa principalmente en Inglaterra y España destinados a pacientes con alteraciones mentales se los llamaba **"hospitales de inocentes"** Allí internaban también mendigos, indigentes, prostitutas, etc. Los enfermos mentales eran sometidos a un trato inhumano como: castigos físicos, hambre, sed, encierro en jaulas, colocación de cepos, grillas o cadenas, baños con agua fría entre otras atrocidades como forma de que revirtieran su conducta. Podían ser internados en estos lugares, o en cárceles para su reclusión.

Así transcurren varios siglos con más retrocesos que avances en la problemática del abordaje a las personas con trastornos mentales sin adecuada contención, ausencia de tratamientos que mejoraran su calidad de vida.

Siglo XVIII Una serie de figuras emblemáticas de la medicina de ese tiempo dan inicio a un tratamiento humanizado a los enfermos mentales liberándolos de los cepos y cadenas. Se comienza a creer que los estados corporales influirían en la mente a través de la actividad de los sentidos, descartando que la enfermedad mental fuera hereditaria y se inclina a considerarla adquirida.

Siglo XIX (fines) Se plantea un nuevo paradigma de conocimientos donde el eje pasa por la **"mirada"** (examen físico), búsqueda de lesiones orgánicas (funcionamiento de las estructuras cerebrales).

Siglo XX El interés pasa por la **"escucha"**, el medio sociocultural, las experiencias concretas, las interacciones con los otros y la historia de cada sujeto deben ser consideradas para entender el por qué de su mayor o menor **"equilibrio emocional"**.

En la 2da mitad de siglo (1950) la Psiquiatría y su historia era un ejemplo de cómo una evolución disciplinaria había desterrado la barbarie, la ignorancia y el tratamiento con torturas a los enfermos mentales, dando paso paulatinamente a un tratamiento científico (farmacológico y psicológico) y un cuidado más integral.

Siglo XXI Dentro de la Salud Pública contemporánea, la salud mental ocupa un lugar destacado, como resultado de las diversas estimaciones que pronostican un marcado deterioro global en el futuro inmediato.

Ante un evidente incremento de los problemas de salud mental que crecen exponencialmente en la actualidad entre los cuales podemos mencionar: (las adicciones, fobias, depresiones, trastornos alimentarios, suicidios, otros).

Siglo XXI Dentro de la Salud Pública contemporánea, la salud mental ocupa un lugar destacado, como resultado de las diversas estimaciones que pronostican un marcado deterioro global en el futuro inmediato. Ante un evidente incremento de los problemas de salud mental que crecen exponencialmente en la actualidad entre los cuales podemos mencionar: (las adicciones, fobias, depresiones, trastornos alimentarios, suicidios, otros).

La tardía identificación de la salud mental como problema de la Salud Pública responde a un complejo conjunto de interrelaciones entre lo que se percibe como el ámbito Público y lo que pertenece al ámbito doméstico e íntimo (familia).

Las acciones tendientes a preservar la salud mental deben ser implementadas en todos los ámbitos y de forma intersectorial como única estrategia válida para lograr mejorar este flagelo social.



Las patologías mentales, no son más que la resultante de un desequilibrio multicausal en la interacción de factores psicológicos, antropológicos y sociales.



Se recomienda leer la bibliografía dos veces

1. Una primera lectura de comprensión general.
2. Una segunda lectura con la guía a la vista.



ACTIVIDAD PRÁCTICA:

En sus comienzos las enfermedades mentales, se interpretaban como el resultado de causas “naturales” y “sobrenaturales”.

1. Realizar un listado de las causas naturales y otro de las sobrenaturales.

Durante los siglos V a. de C, II a de C y III d.d C se abordaban las enfermedades mentales desde las creencias de la época.

2. Unir con fleca una frase de la columna izquierda con su correspondiente de la derecha.

Las trepanaciones craneales permitían.
La locura era atribuida a.
Post muerte quemaban los cuerpos.
Las convulsiones, eran atributo de las
Personas elegidas por los dioses.
El exceso del humor sangre o bilis amarilla.
El exceso de humor bilis negra.
Los médicos cristianos interpretaban la locura.

generaba “manía”.
como posesión demoníaca.
y considerada “enfermedad sagrada”.
cuya finalidad era una forma de
compasión para liberar el alma.
dejar salir los demonios.
los dioses o demonios..
producía la “melancolía” (depresión).

3. Complete las siguientes frases con las palabras que resulten adecuadas.

1. Los 1ros hospitales administrados por cristianos eran expresión de.....,sin finalidad Curativa, sólo brindaban.....hasta que se definiera la voluntad divina.

Siglo XIV (Final de la edad media).

2. El nuevo paradigma médico divide al hombre en un componente materialy otro racional.....

3. Responda el siguiente cuestionario.

1. Junto a quiénes eran internados los pacientes con alteraciones mentales en los 1ros hospitales de Europa
2. Explique brevemente cómo era el trato recibían estos pacientes.
3. En qué consistía el trato humanizado que se les brindaba en el Siglo XVIII ?
4. En los Siglos XIX y XX dónde se centra la mirada para un adecuado abordaje?
5. A mediados del Siglo XX (1950) se da paso al tratamiento científico, en qué se basaba éste ?
6. Cuáles son las mayores patologías mentales en el Siglo XXI ?



TEMA 2:

**ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL.
RELACIÓN TERAPÉUTICA.**

El rol de enfermería en Salud Mental, consiste en concretar actividades y tareas mediante un **equilibrio** entre lo **científico, metodológico y la humanidad** inherente al cuidado.

Basado en un abordaje que contemple lo individual, familiar y/o grupal potenciando la promoción y la prevención de la salud mental, dentro de las instituciones hospitalarias, en el seno familiar y /o en la comunidad.

Los conocimientos teóricos y prácticos que se pretenden brindar otorgaran al estudiante herramientas fundadas en el rigor científico para disipar temores, inquietudes y falsas creencias acerca de las alteraciones mentales.

En esta etapa de su propia formación, le permitirá hacer un análisis introspectivo para un **mayor autoconocimiento personal**, facilitándole **entender** su comportamiento, como así el de terceros. Teniendo en cuenta que toda persona está influenciada por **su pasado, presente y futuro**.

Enfermería, utiliza la teoría del comportamiento humano, para prevenir, corregir los trastornos mentales y sus secuelas. Ejecuta acciones para fomentar una salud óptima en el individuo familia y comunidad.

Reconocer al ser humano como **“ser único”**, integral con potencialidades para desarrollarse, cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias

Una adecuada base en esta especialidad, permitirá al profesional de enfermería optimizar su desempeño como administrador del cuidado, orientador y educador a nivel individual, familiar y grupal.

La Salud Mental es inherente al ser humano. Estará presente en toda intervención para un mejor nivel de comprensión y actuación en la interrelación con los distintos tipos de paciente, en el ejercicio de la práctica profesional.

Han surgido nuevos paradigmas en el manejo del enfermo mental, mayor interrelación entre el equipo interdisciplinario en la atención del paciente. Siendo de suma importancia el equipo **“médico- paciente-enfermero/a”**.

La enseñanza se centra en la relación persona a persona, en post de concientizar al paciente y su familia de la enfermedad. Llevar una vida ordenada, cumplir con el tratamiento farmacológico asegura una adecuada evolución, evita las descompensaciones, producto de la interrupción del tratamiento.

Actualmente y con los avances de la industria farmacológica, existen medicamentos muy efectivos, el uso de psicofármacos que disminuyen y /o controlan las manifestaciones alteradas del comportamiento son de gran valor para la salud.

El trabajo psicoterapéutico, interdisciplinario pone su énfasis en la búsqueda de estrategias tendientes a: **“promover su recuperación, rehabilitación e inserción familiar y en sus grupos sociales”**.

Se establecen relaciones interpersonales significativas con enfermería.

Enfermería, utiliza la teoría **“del comportamiento”** humano para prevenir y corregir los trastornos mentales y sus secuelas. Fomenta una salud mental “óptima en el individuo familia y comunidad.

Reconocer al ser humano, como un **“ser único”**, integral con potencialidades para desarrollarse, cambiar y adaptarse a las diferentes circunstancias.

Contar con buena base permite al profesional de enfermería optimizar su desempeño como administrador del cuidado, orientador, educador a nivel individual, familiar y grupal. Basado en un abordaje que contemple lo individual, familiar y/o grupal potenciando la promoción y prevención de la salud mental, en el marco de las instituciones hospitalarias, en el donde se desempeñe.

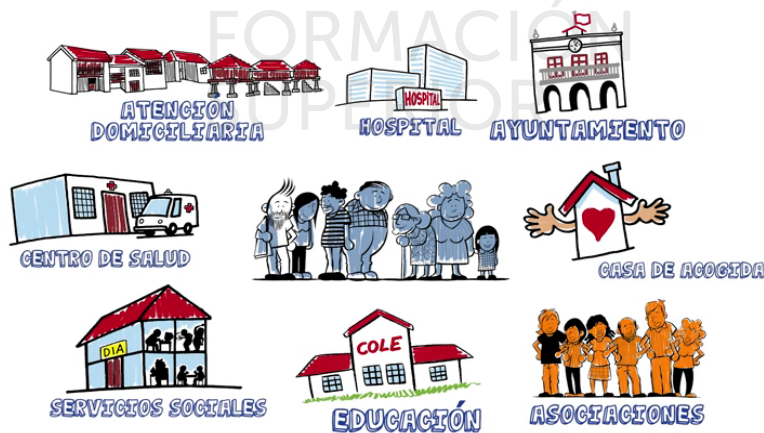
TEMA 3:

ENFOQUE TERAPÉUTICO, MODO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN.

PREVENCIÓN PRIMARIA:

1. Promover un desarrollo sano de la personalidad del individuo, familia y comunidad mediante la reducción de factores de riesgos.
2. Implementar programas para disminuir la aparición de alteraciones emocionales, neutralizar factores de estrés. Realizar intervenciones oportunas..
3. Involucrar miembros y entidades que posean impacto reconocido en la comunidad, entes como: Clubes, escuelas, Centros de salud (CAP) ,iglesias, Asociaciones vecinales, comedores, Centros de abuelos, etc.
4. Identificar factores de riesgo y grupos vulnerables.
5. Planificar acciones destinadas a padres, escolares, adolescentes, adultos y ancianos con el propósito de evitar las crisis propias de cada etapa.
6. Conformar grupo de personas con interese comunes o problemas similares, emplear las estrategias que considere más conveniente en cada caso.
7. El trabajo en la comunidad permite la captar precozmente personas con problemas específicos y actuar en consecuencia.
8. Cualesquiera sean los programas a desarrollar en los centros de salud, deberán aplicarse principios de promoción de la salud mental.
9. Enfermería deberá estar capacitada para actuar en crisis situacionales accidentales en la comunidad o en el centro asistencial (sea en la enfermedad, hospitalización o muerte).

La promoción de la Salud Mental es responsabilidad de todos ...!!



PREVENCIÓN SECUNDARIA:

1. El incremento de los índices de morbilidad en diversas patologías mentales (psicosis, neurosis, retardo mental, otros) requiere contar con profesionales de enfermería con mayor preparación en este nivel.
2. Reducir la incidencia de trastornos mentales mediante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
3. Detección de desórdenes en el comportamiento de niños y adolescentes, en sus rutinas diarias o procesos de aprendizaje.
4. Identificar signos de descompensación en el adulto o anciano antes situaciones de cambio.
5. Las acciones están limitadas al tratamiento de la enfermedad institucionalizada, por la escasa oferta y los altos costos.
6. El cuidado asistencial hospitalario, debería ser más integral y no solo enfocado en la razón que originó su internación.
7. La escasez de RR.HH hace relegar la labor educativa con el paciente y su familia
8. La orientación brindada al paciente para su autocuidado, tratamiento y actividades cotidianas pueden ser de gran impacto para que éste pueda generar un cambio de actitud frente a la enfermedad por su parte y de la familia.

PREVENCIÓN TERCIARIA:

1. Acciones tendientes a reducir los efectos residuales de la enfermedad mental.
 - Promover su rehabilitación y reubicación en la vida familiar y ocupacional.
 - Orientar, reforzar y acompañar a la familia o grupo de referencia en el manejo del paciente, para lograr una mejor calidad de vida en su reinserción familiar y social.
 - Se cuenta con escasos servicio habilitados sean (públicos o privados)a pesar de su importancia para la rehabilitación del paciente con enfermedad mental. Ej.: talleres de musicoterapia, pintura, artesanías, teatro, radiales, etc. Al igual que con centros de día.

HOSPITALES DE DÍA, TALLERES: Importantes espacios en la rehabilitación y socialización del enfermo mental .



REALIDAD ACTUAL EN NUESTRO PAÍS:

1. La falta de presupuestos y recursos disponibles, no han puesto en marcha nuevos avances que han demostrado los beneficios en su aplicación.
2. Escaso o nulo seguimiento del paciente con enfermedad mental desintitucionalizado.
3. La oferta de atención en personas con alteraciones mentales, no responde a la necesidad ni demanda social.
4. El hospital para los enfermos mentales cumple un rol de tipo custodial.
5. Altos índices de hospitalizaciones como única respuesta.
6. Estadías prolongadas.
7. Reingresos frecuentes.
8. Las políticas públicas acerca de la atención de la Salud Mental, no dan la respuesta adecuada que la sociedad demanda.

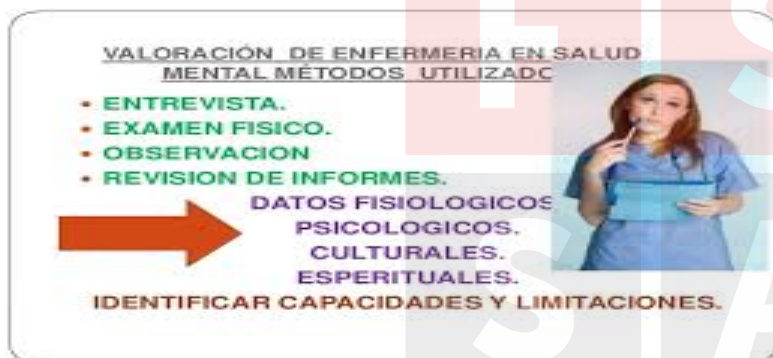
INSTITUTO DE
FORMACIÓN
SUPERIOR
SALUD MENTAL





ACTIVIDAD PRÁCTICA:

1. Describa brevemente el rol del profesional de enfermería en el cuidado de la salud mental.
2. Enumere los métodos utilizados en la valoración de la salud mental de un paciente.
3. Dentro del equipo interdisciplinario y el paciente, cuál es la interrelación más importante?
4. Mencione instituciones sociales donde se deben realizar “**actividades de promoción**” de la salud mental.
5. Describa mínimo 4 (cuatro) actividades a realizar en cada una de las etapas de prevención primaria, secundaria y terciaria.
6. Relate una síntesis cual es la realidad en nuestro país, en relación al abordaje del enfermo mental.



UNIDAD II: Políticas y tendencias actuales de salud mental.

1. Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. Decreto Reglamentario 603/13. Conceptos centrales. Principales Arts. (Atención del adicto).
2. La Salud Mental en las distintas etapas de la vida (niñez, adolescencia, adulto joven, adulto mayor y vejez). Estilos de vida saludable.
3. Conflicto y resolución. Estrategias de abordaje.

TEMA 1:

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Decreto Reglamentario 603/13. Conceptos centrales. Principales Arts. (Atención del Adicto)

Conceptos Centrales:

1. Los derechos humanos de los pacientes.
2. El trabajo interdisciplinario que rompe con la hegemonía psiquiátrica.
3. La prohibición de las estructuras manicomiales.
4. Las reivindicaciones democráticas en relación a la igualdad en el conjunto de los profesionales.



ACTIVIDAD PRÁCTICA:

1. Trabajo Práctico N° I:

Con la guía del docente se conformarán distintos grupos, integrados por 4 (cuatro estudiantes).

Consigna:

1. Leer la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 .Decreto Reglamentario 603/13.
2. Describir en qué consisten cada uno de estos conceptos centrales.
3. Mencionar que dice la Ley de Salud Mental 26.657 en los artículos: 5, 14 y 20.
4. Entregar el trabajo práctico con la nómina de integrantes del grupo

En el espacio áulico se hará la puesta en común de las distintas producciones analizando los beneficios que aporta esta nueva Ley y las competencias de su alcance.

TEMA 2:

La Salud Mental en las distintas etapas de la vida (niñez, adolescencia, adulto joven, adulto mayor y vejez) Estilos de vida saludable.

Etapas: niñez, adolescencia, adulto joven, adulto mayor y vejez.



INTRODUCCIÓN:

La Salud Mental debe evaluarse en todas las etapas de la vida. En cada una de ellas, el cumplir ciertas reglas, normas y requisitos promueven el bien vivir, cuidando la misma.

A nivel de los estamentos públicos, es necesario la toma de conciencia, que las condiciones de crianza en la niñez y la educación durante la adolescencia, impactan sobre la organización temprana de los procesos neurocognitivos y emocionales de las personas, siendo éstos la resultante de cómo se desarrollara ese futuro adulto en el mañana, como individuo social. Tales condiciones enriquecen o empobrecen los mecanismos básicos mediante los cuales, las personas podrán acceder o no a oportunidades de desarrollo personal durante la vida adulta.

El hombre nace como un individuo de la especie humana, pero se hace **“un ser humano y persona”** sólo con el aprendizaje de la vida, ello significa que hay que enseñarle a ser tal.

Desde el punto antropológico y neuro-científico, la evolución del hombre ha sido caracterizada sobre la base de la construcción social. En sociedad es donde el ser humano se hace tal. Es importante que la sociedad se preocupe por dar al hombre igualdad de oportunidades en cada etapa de su vida. Así, una sociedad crece, se hace grande y se logran seres humanos íntegros, que no tengan los problemas que hoy lamentamos en lo que se da en llamar **“seguridad ciudadana”** y más aún en la discapacidad mental. Ignorar o postergar, la puesta en práctica de todos los medios posibles para permitir el desarrollo óptimo a nivel cerebral y mental constituye un acto de inequidad social.

En este contexto la O.M.S (Organización Mundial de la Salud) ha planteado que se salga de los hospitales psiquiátricos, y el RR.HH de psiquiatras y psicólogos lleve el conocimiento de la Salud Mental a la sociedad. Fomentar su cuidado aumenta las expectativas de vida. Es una obligación social lograr que cada persona viva en las mejores condiciones posibles cada etapa, así será más factible que alcance las metas que se ha trazado y si no lo logra por lo menos fue feliz en la vida.



ETAPA DE LA NIÑEZ:

La salud mental de los niños; está relacionada con su desarrollo social y emocional. Tanto la familia, los cuidadores y maestros desempeñan un papel preponderante en la estimulación de la buena salud mental en esta etapa. Para ello, los niños necesitan:

1. Lugares seguros donde vivir y jugar.
2. Amor, cariño y consuelo brindado por familiares y cuidadores.
3. Mucho tiempo para jugar activamente con otros niños.
4. Cuidadores y maestros que le brinden apoyo y ánimo.
5. Experiencias que los ayuden a sentirse confiados y capaces.
6. Tiempo de expresar y comprender sus propios sentimientos.
7. Guía y disciplina que sean firmes, pero no muy severas.

Factores que podrían contribuir a problemas de Salud Mental en los niños:

1. Enfermedades o factores genéticos.
2. Exposición a sustancias tóxicas en el ambiente (plomo, mercurio, otras).
3. Abuso o descuido.
4. Desastres naturales que perturban la vida de familia.
5. Experiencias de violencia en la familia o comunidad.
6. Dificultades relacionadas con la pobreza.
7. Problemas graves de familia, entre ellos divorcio, o la muerte de un ser querido.

Para los niños, buena salud mental significa poder desarrollar relaciones interpersonales seguras, sinceras y expresar sus emociones e interactuar con otros apropiadamente, en otras palabras jugando.

Es muy importante identificar y tratar las enfermedades mentales en su comienzo, antes que se desarrolle la enfermedad mental y se convierta en una parte regular de la conducta del niño y sea más difícil de abordar.

No resulta fácil identificar si un niño tiene un problema serio, las tensiones cotidianas pueden causar cambios en su comportamiento. Situaciones como: la llegada de un hermano, el ingreso al colegio, un cambio de residencia, etc.

Señales de advertencia a tener en cuenta:

1. Situaciones problemáticas en más de un lugar (escuela, hogar, con sus compañeros).
2. Cambios en el apetito y sueño (inapetencia o gula. Insomnio).
3. Miedo, aislamiento social.
4. Conductas de niños más pequeños, como el orinarse en la cama.
5. Señales de estar molesto, irritable, tristeza, llanto.
6. Signos de comportamiento autodestructivos (golpearse la cabeza o hacerse daño).

Para diagnosticar problemas de salud mental, el médico especialista observa actitudes, signos, indaga acerca de los antecedentes familiares y actúa en consecuencia, quizás con tratamiento medicamentoso y/o terapia conversacional



ETAPA DE LA ADOLESCENCIA:

Etapa difícil, sienten estrés porque intentan agradar, desempeñarse bien en el colegio, llevándose bien con la familia, deben tomar decisiones, estas presiones son inevitables y la preocupación es normal. La autoestima es un factor relevante en el desarrollo de los aspectos de la personalidad, adaptación social y emocional. Una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresiva, timidez y ansiedad. El sentirse muy triste, desesperanzado, sin valor puede ser un signo de advertencia de estar ante la presencia de un problema de salud mental. Los problemas de salud mental son reales, dolorosos y algunas veces graves. Es posible que requiera de ayuda.

Señales de advertencia a tener en cuenta:

1. Se siente con frecuencia molesto o muy preocupado.
2. Sufre por mucho tiempo después de una pérdida o muerte.
3. Piensa que alguien o algo controla su mente o que su mente está fuera de control.
4. Consume alcohol o drogas.
5. Hace ejercicio físico con exceso. Dietas, o come en exceso
6. Agrede a otras personas o destruye la propiedad ajena.
7. Comete imprudencias que pueden lastimarlo o lastimar a los demás (conducir a alta velocidad. Transgredir normas de tránsito, correr riesgos innecesarios)
8. Un diagnóstico oportuno y un abordaje adecuado pueden contribuir a la solución.



ETAPA DEL ADULTO JOVEN:

Gozar de una buena salud mental no implica sentirse triste, sólo o abatido, porque hay circunstancias que lo hacen sentir así y es normal. Periodo crítico del ciclo de la vida, lleno de cambios anatomofisiológicos, psicológicos, emocionales y otros.

Características de esta etapa:

- a- Inseguridades: (ansiedad sobre el futuro).
- b- Desequilibrios entre sus aspiraciones y oportunidades de lograrlo, en el terreno afectivo, sexual, académico, laboral y otros.
- c- Presiones: Por parte de los pares y la sociedad de consumo.
- d- Percepción: Su mirada de la vida y del mundo no es la de la infancia, pero tampoco la de un adulto maduro.
- e- Carácter: Cambios bruscos de comportamiento, según su estado emocional en que se encuentra, polarizando su mirada de la realidad, ve todo **blanco o negro**.

Es la etapa que se autovalora y se siente apreciado por lo que es, aceptado y amado sin condiciones tiene menos posibilidades de padecer alteraciones mentales, que el que vive en condiciones familiares de indiferencia, con carencias de afecto, o ausencia de modelos de adultos equilibrados

Pueden aparecer desórdenes mentales como:

- 1- Trastornos de ansiedad.
- 2- Alcoholismo, drogas, maltrato.
- 3- Consumo de antidepresivos
- 4- Trastornos en la alimentación.
- 5- Depresión, suicidio entre otros.

ETAPA DEL ADULTO MAYOR:

Edad considerada como el final del crecimiento y desarrollo. La persona se considera un adulto maduro. Cuando el individuo se enfrenta a un cambio de vida, se apoya en los comportamientos aprendidos para responder a él. Si ha aprendido a responder en forma eficaz siendo niño, la edad adulta le causará menos crisis. La percepción de ciertos cambios en sus vidas, ya no se compara con la energía brindada en los años de la adolescencia ni en la juventud.

La mayoría de las personas en esta etapa son suficientemente realistas para aceptar las modificaciones en la apariencia, funcionamiento sensorial, motor y sistemático. Así como las capacidades reproductivas y sexuales (entre los 40 y 65 años). Aparecen algunos cambios en el desarrollo psicosocial.

Físicos: Pérdida de la agudeza visual (necesita anteojos para leer). Disminución de la capacidad auditiva (mayormente en los hombres que en las mujeres). Las papilas gustativas y el sentido del olfato pierden sensibilidad. La fuerza y coordinación disminuyen en forma gradual. Las causas de la disminución de la actividad sexual no son fisiológicas sino por la monotonía de la relación. Preocupación, fatiga mental o física, depresión. No tener el sexo entre de las prioridades es debido a las exigencias de tiempo, temor a no tener erección. Aparece la menopausia en la mujer y la andropausia en el hombre. El Diagnóstico de hipertensión suele aparecer con mayor frecuencia en esta etapa. Signos de estrés. Disminución de las defensas inmunológicas. Se incrementan las posibilidades de adquirir enfermedades.

Son orientadores de la generación que les precede desde el rol de padres o abuelos.

Periodo de revisión y de revaloración de todo aquello que las persona esperaba lograr. Redefine la personalidad (2da adolescencia). Desarrollo de la identidad y se vincula con los roles sociales que interpreta como padre, trabajador, ciudadano, esposo, etc.

ETAPA DE LA VEJEZ:

La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en todos los periodos de la vida. Los trastornos neuropsiquiátricos representan el 7 % de la discapacidad total en este grupo etario.

Aproximadamente un 15% de este grupo sufren algún trastorno mental. En esta etapa se presentan algunos factores de riesgo: sociales, psíquicos y biológicos. En algunos casos se encuentran privados de la capacidad de vivir independientes y requieren de terceros para su atención. Dificultad para moverse. Presencia de dolores crónicos. Mayor fragilidad, trastornos en la marcha. **La demencia y la depresión** son los trastornos más frecuentes.

Estrategias de asistencia y tratamiento:

Es muy importante en esta etapa la prevención y la atención de las enfermedades crónicas que suelen acompañar a la vejez como los trastornos mentales.

Recomendaciones:

- Permanezca físicamente y mentalmente activo.
- Mantenga interrelaciones con la familia, amistades y grupos de pares.
- Cuidado de la salud física. Controles periódicos.
- Recuerde que los trastornos mentales son tratables.
- No hay cura para la demencia, existen tratamientos que pueden ayudar a controlarla.



ACTIVIDAD PRÁCTICA:

Realice un cuadro comparativo de las distintas “ETAPAS DE LA VIDA” desde lo físico, psicológico y sociales (de este último mencione los más significativos.)

ETAPAS DE LA VIDA

CAMBIOS FÍSICOS

PSICOLOGICOS

SOCIALES

NIÑEZ

Adolescencia
Adulto joven
Adulto mayor
Ancianidad o vejez

CONFLICTOS...



TEMA 3: CONFLICTO Y RESOLUCIÓN. ESTRATEGIAS DE ABORDAJE.

Introducción:

En el desarrollo histórico de la humanidad, el conflicto ha ocupado un lugar decisivo en las relaciones sociales. Los conflictos son parte de la vida cotidiana, en el hogar, en el trabajo, en la política y en los distintos ámbitos de la sociedad la cual integramos. Querer ocultar o pretender que no existen es abonar a que se instalen, se agraven y lleguen a un punto donde no podamos hacer nada por ellos.

Tener una actitud proactiva, saber que son parte de la vida cotidiana de interrelación y laboral, siendo en un punto inevitables, dado nuestras singularidades particulares, intereses, creencias, valores, principios, etc. nos permitirá prevenirlos, hacer que disminuyan en número y resolverlos de forma profesional.

No existen una receta mágica, ni se puede decir que con tal o cual estrategia desaparecen o que se pueden prevenir completamente. Al reconocerlos más rápidamente y enfrentarlos, dado que no por cotidianos o comunes, dejan de ser importantes, es una forma de resolverlos.

El clima en el área laboral, el verdadero trabajo en equipo, la solidaridad, la excelencia en el cuidado, tienen que ver con el afrontamiento que hagamos de ellos. Si bien son parte de la vida misma, los que ocurren en el ámbito laboral requieren una resolución profesional.

No debemos encerrarnos en nuestra única lectura de los hechos, no llegar a acuerdos o no ver la posición de los demás, nos hace perder de perspectiva la razón fundamental por la cual estamos en las distintas unidades de cuidado, donde es esencial el trabajo en equipo que caracteriza a la profesión de Enfermería.

Cuando estamos inmersos en una situación conflictiva, y a partir de ella nos alejamos del eje de nuestro quehacer, esto no sólo acarrea frustración por no cuidar ni cuidarnos, sino que nos empequeñece como seres humanos, porque nada ni nadie puede estar por encima de quienes confían que demos lo mejor de nosotros para su recuperación, “el sujeto de cuidado”, en su mayor grado de vulnerabilidad, su situación de enfermedad.

Conflicto:

Es inherente a las relaciones entre los seres humanos. Situación en la que dos o más personas con intereses contrapuestos entran en confrontación, oposición o emprenden acciones mutuamente antagónicas con el objetivo de neutralizar, dañar o eliminar a la parte rival. Incluso cuando la confrontación sea verbal, para lograr así la consecución de los objetivos.

Tipos de Conflictos:

Conflicto interno: Puede existir en opciones de una misma persona.

Conflicto externo: Entre dos o más adversarios distintos.

Prevención del Conflicto: Conjunto de acciones programadas a corto, mediano y largo plazo, con el fin de evitar la emergencia de un conflicto latente entre partes enfrentadas e impedir su escalada hasta una situación de violencia.

Estrategias: (individuales y/o grupales)

1. Escuchar, ser buen oyente.
2. Tomarse un tiempo a solas para analizar y meditar, hacer un mea culpa de nuestras actitudes, si se trata de un conflicto de interrelación.
3. Asumir una actitud empática (ponerse en los zapatos de la otra persona).
4. Planificar los puntos que consideres más relevantes a abordar.
5. Solicitar asesoramiento o mediación de un tercero, con experticia al respecto.

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Conjunto de conocimientos para comprender e intervenir en la resolución pacífica de los mismos que se generan entre dos ó más personas o grupos (siempre son de naturaleza humana).

Principios para resolver los conflictos:

- 1- Reconocer la existencia del mismo.
- 2- Asumir una actitud empática, flexible. Preguntar, aclarar, motivar a la verbalización (para que puedan poner en palabras lo que se sienten los involucrados).
- 3- No interrumpir, (escuchar activamente). Dejar que se exprese, esperar que termine de hablar, recordar que no es una competencia, no se está buscando un ganador, se debe pretender resolver el conflicto de la mejor manera posible.

- 4- Las partes implicadas deberán manifestar genuino interés en el deseo de resolverlo, cediendo parte de su postura (negociación).
- 5- Trabajar en la búsqueda de posibles soluciones para lograr satisfacer la mayor parte de intereses de ambos grupos de personas.
- 6- No se trata de ceder, sino acercar posiciones que permitan encontrar alternativas para arribar a un buen acuerdo.
- 7- Crear el espacio y dedicar el tiempo necesario para su abordaje.
- 8- Aportar el mayor número de posibles soluciones al problema (conflicto).



ACTIVIDAD PRÁCTICA:

1. El estudiante deberá seleccionar de un periódico, revista o redactar una vivencia personal o presencial (de estudio, laboral, familiar, social, etc.) donde se haya generado un conflicto y planteara según sus conocimientos y nuevos aprendizajes estrategias de solución.
2. En el espacio áulico, seleccionaremos algunos casos para presentar y debatir como forma de socializar el conocimiento y en ese intercambio grupal propiciar la incorporación de estrategias para la resolución de conflictos.

UNIDAD III: Proceso comunicacional y salud mental.

Crisis, tipos, intervención.

La familia y la protección de la salud mental.

Tema: CRISIS, TIPOS E INTERVENCIÓN.



CRISIS: Es un término común en casi todo el mundo, hoy en día las personas pueden experimentar crisis por diversas causas (ej.: económicas, relaciones personales, pérdidas, diag. de enfermedad, accidentes, catástrofes, desastres naturales, etc.). Es decir todas las personas en algún momento de su vida han experimentado o pueden experimentar crisis. Varios autores han definido este vocablo, aquí citaremos algunos:

SLAIKEU, como:

“un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”.

BENVENISTE como:

“Evento traumático que desborda” excesivamente la capacidad de una persona de comportarse de su modo usual.”

ERICKSON como:

“Una oportunidad de crecimiento y desarrollo es decir una situación de riesgo y oportunidad.”

Las situaciones de crisis dependen de las formas como cada individuo las perciba, las interprete y las afronte. Es difícil predecir una crisis basándose en el elemento que la precipita, pues el componente subjetivo es el que caracteriza la reacción. Se deberá tener en cuenta otros factores que interactúan, como experiencias anteriores, valores, creencias, estrategias de afrontamiento, redes de apoyo, otros.



TIPOS DE CRISIS

Se distinguirán dos tipos de crisis: “**CIRCUNSTANCIALES**” y de “**DESARROLLO**”.

Circunstanciales: Sucesos que se apoyan en algún factor ambiental como puede ser la muerte de alguien querido en un accidente, un incendio, inundaciones, terremotos, derrumbes, un mal diagnóstico inesperado (la persona no puede prevenir la ocurrencia del hecho).

En otros casos, no puede evitarse el suceso, pero si tomar medidas preventivas que ayuden a disminuir el impacto en la persona. Como los procesos de duelo anticipado para los familiares de una persona en agonía. En otras crisis las personas suelen tener cierto grado de responsabilidad cuando hacen caso omiso de una advertencia acerca de un peligro inminente y deciden permanecer allí (ej. Desastres naturales).

Desarrollo: Se dan inevitablemente en la transición de una etapa de la vida a otra. En el proceso de desarrollo mismo de cualquier persona que no son solucionadas acertadamente.

Se piensa que este tipo de crisis pueden “ser predecibles” ya que sabemos que “la gente tiene etapas decisivas que enfrentar en diversas ocasiones de su vida” (ej. Llegada del primer hijo, el primer trabajo, graduarse, casarse, jubilarse, otros). Situaciones que aparentemente son deseables. Pueden ser esperadas pero la persona no cuenta con los cambios que debe asumir en su nuevo momento de vida. No todas las personas presentan una crisis.

Accidente de tránsito



Crisis circunstancial

Llegada del primer hijo



Crisis de desarrollo

ELEMENTOS GENERALES DE CONSIDERACIÓN EN UNA CRISIS:

El tiempo: Primer elemento a considerar es la condición de “temporal” la crisis tiene una duración concreta, más bien tiende a ser corta. Algunos autores afirman que la duración oscila entre 4 a 6 semanas. Algunas personas no superan las mismas en ese periodo. Pero sí, en el curso de 6 semanas el equilibrio se restablece (desaparece la conducta errática, disminuyen las manifestaciones somáticas, etc.). No significa que el desencadenante que origina la crisis este resuelto. Se considera que el hombre no tolera niveles altos de desorganización y tensión por largos periodos. De ser así, sobreviene el llamado “síndrome general de adaptación” (**trastorno de ansiedad**), que puede agravar la situación. La sintomatología perturbadora de acuerdo al tiempo de duración se clasifica:

Antes de 1 mes: “**estrés agudo**”.

De 1 a 3 meses: “**estrés postraumático**”.

Más de 3 meses: “**estrés postraumático crónico**”.

Desorganización y desequilibrio: La persona presenta desorganización en el estado emocional y en el proceso cognitivo. Manifiesta sentimientos de impotencia e ineficiencia sumado al “Bloqueo cognitivo” percibe la situación como más allá de sus propias capacidades o ha de experimentar la llamada “**visión de túnel**”, donde tiende a contemplar poca o ninguna alternativa de solución, con lo cual incrementa su nivel de ansiedad y sentimiento de impotencia y descontrol.

TEMA 2:

SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES EN PERSONAS QUE ATRAVIESAN UNA CRISIS.

1. Sentimientos de cansancio y agotamiento.
2. Sentimiento de desamparo.
3. Sentimiento de inadecuación.
4. Sentimiento de confusión.
5. Síntomas físicos.
6. Sentimientos de ansiedad.
7. Desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales, familiares y sociales.
8. Desorganización en sus actividades sociales.

La desorganización se hace palpable no solo en lo que la persona dice sentir y pensar, sino también en las actividades de su diario vivir (trabajar, estudiar, vida de relación, irritabilidad e intolerancia).

Sucesos precipitantes:

Acontecimiento que precipito o genero la crisis. Pueden existir eventos que en si mismo pueden tener la potencialidad de ser desbastadores, razón que puede conducir a una crisis a cualquier persona. Otra causa, la acumulación de hechos difíciles (desgracia, tras desgracia) hace que una situación aparentemente inocua desencadene la crisis.

Los sucesos precipitantes en las “**crisis suicidas**” suelen ser en la mayoría de los casos algún tipo de pérdida que es valorada por el sujeto como punto límite a su capacidad de aguante: (problemas familiares, serias dificultades económicas, otros).

Vulnerabilidad:

La persona se siente absolutamente al límite de sus capacidades para resolver la situación y evitar la negativa consecuencia (real o imaginaria) sus sentimientos son la impotencia e indefensión. Por tal causa la persona se tornará receptiva a cualquier ayuda que el medio le brinde. Es crucial para aprovechar la crisis como momento de cambio y crecimiento para la persona por difícil que parezca.

Su susceptibilidad puede llevarla a que hechos inofensivos la lastimen profundamente. Teniendo en cuenta este punto, quien realiza la intervención en crisis debe ser muy cuidadosa de no dejar detalles sueltos y dar las cosas por entendidas o resueltas.

Trastorno de afrontamiento:

Existe una alteración en el estilo de afrontamiento o de solución de problemas que el individuo adopta. Se parte del supuesto de que “maduramos en cada uno de nuestros desarrollos con distintos métodos para enfrentar las dificultades”. La perturbación de la crisis resultará en aflicciones demasiado graves para tolerar que pone en juego todos los recursos disponibles para resolver los problemas. La sensación de impotencia y minusvalía que percibe la persona se traduce en la falta de control sobre las cosas y sobre todo cosas a las cuales se les atribuye características de peligro o amenaza vital.

TEMA 3:

FASES DE LA CRISIS

Llanto y/o negación: El llanto es la reacción inmediata de la persona ante el acontecimiento precipitante de la crisis, pero no siempre ocurre. La negación tiene como objetivo reducir el impacto del suceso, se manifiesta con entorpecimiento emocional o comportarse como si nada hubiese pasado. La razón se debe que dentro de nuestro repertorio de expectativas sobre la vida, el evento precipitante de la crisis puede superar nuestra capacidad de respuesta y aceptación de la realidad.

La negación: Es un mecanismo de defensa que ayuda a ganar tiempo a toda nuestra estructura psicológica para adaptarse a la nueva información. Esta fase, es igual a la fase de negación en un proceso de duelo. Duelo y crisis están relacionados. Un duelo puede comenzar con una crisis. Esta podrá durar 1 o 2 semanas, el duelo por su parte puede tardar varios meses o en algunos casos quedar inconcluso generando problemas en la vida psíquica del individuo. El proceso de negación suele generar un fenómeno de amnesia sobre determinados momentos de ocurrencia del evento traumático.

Intrusión: Existen muchísimas ideas involuntarias y sentimientos de dolor sobre el suceso. Las pesadillas periódicas o imágenes de lo ocurrido son frecuentes. En esta fase de estrés agudo, no se tiene control de las imágenes e ideas que llegan a la mente.

Penetración: La persona comienza a expresar sentimientos e ideas de lo ocurrido y sus posibles explicaciones. Se tornan más accesibles al diálogo, hablar con otros cumple en sí mismo una función terapéutica. El hablar obliga a ordenar los pensamientos y al hacerlo en voz alta se logra aclararlos. Estar en condiciones de hablar de lo sucedido no equivale que haya superado la crisis y no surjan sentimientos de angustia y malestar. Sí existe un beneficio real al compartir su sentir.

Consumación: Etapa final, la persona empieza a integrar la crisis dentro del marco de su vida. El suceso ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado y expresado y la reorganización se ha iniciado. Se pueden presentar 3 posibilidades: la mejoría, el empeoramiento o retorno a niveles previos de funcionamiento (es muy importante la intervención de un terapeuta).

TEMA 4:

INTERVENCIÓN EN CRISIS. FORMA DE ABORDAJE.

Las intervenciones se clasifican de 1ra a y 2da instancia.

INTERVENCIÓN DE PRIMERA INSTANCIA: Son inmediatas y de corta duración dirigidas a cualquier persona e impactada por un incidente crítico.

La intervención en crisis consiste en dar apoyo para amortiguar los efectos o del padecimiento de una situación de crisis; la persona necesita del apoyo y el soporte para hacer frente al suceso actual evitando que se cronifique y se estanque en la inmovilidad.

Desde el ejercicio de nuestra profesión, además de abordar las necesidades básicas y actuar en consecuencia para satisfacer las mismas, haremos énfasis en las de carácter emocional, pilar básico de nuestra intervención

INTERVENCIÓN DE SEGUNDA INSTANCIA: Dirigir nuestras actuaciones para ayudar a restablecer la calma, mostrar comprensión, hacer que se sienta escuchado, no forzar el diálogo, ser honestos, mostrar afecto, mantener una relación empática, ect.

PROPÓSITO: Restablecer la capacidad del individuo para afrontar las situaciones de estrés.

CINCO COMPONENTES BÁSICOS EN LA INTERVENCIÓN.

1. **Establecer contacto psicológico:** Crear una relación de **empatía** o “sintonización” con los sentimientos de la persona. El primer paso es **“escuchar”** como la persona en crisis visualiza la situación y lo expresa, **invitarla hablar** y tener en cuenta su reacción ante el acontecimiento. El objetivo es lograr que la persona se sienta escuchada, aceptada, entendida y apoyada, esto disminuye la intensidad de la ansiedad. Reduce el dolor del sentimiento de estar sólo durante la crisis.
2. **Analizar las dimensiones del problema:** Enfocándose en 3 áreas: **Pasado inmediato** (acontecimientos que condujeron al estado de crisis) **presente:** (indagación acerca de la situación actual, implica las preguntas: “quién, qué, dónde, cuándo, cómo” se requiere saber quién está implicado, qué pasa. **Futuro inmediato:** Cuáles son las eventuales dificultades.
3. **Sondear las posibles soluciones:** Identificar el rango de soluciones alternativas, para las necesidades inmediatas y las no tan urgentes. Guiar a la persona en crisis a generar alternativas seguido de otras posibilidades. Analizar la viabilidad de las mismas.
4. **Asistir en la ejecución de pasos concretos:** Ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta para lograr un determinado objetivo.
No es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El interventor tomara una actitud facilitadora en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.
5. **Seguimiento para verificar el progreso:** El seguimiento consiste en extraer información para comprobar el progreso. Puede ser personalmente, o por teléfono. Objetivo, completar el circuito de retroalimentación y determinar si se lograron o no las metas de los primeros auxilios psicológicos.

Propósito:

Restablecer la capacidad del individuo para afrontar las situaciones de estrés.





ACTIVIDAD PRÁCTICA:

1. Defina “crisis”.
2. Explique en que consiste una “**crisis circunstancial**” y una “**de desarrollo**”. De ejemplos de ambas.
3. Las crisis se caracterizan por se **temporales**. Cómo se clasifican según en tiempo de duración?
4. Enumere los síntomas más frecuentes que presenta una persona que atraviesa una crisis.
5. Redacte sintéticamente y secuencialmente las “**fases de una crisis**”.
6. En que consiste la intervención en crisis.
7. Cómo enfermeros cuál es el propósito de nuestra intervención.
8. Describa en que consiste cada uno de los cinco componentes básicos de la intervención en crisis.

UNIDAD IV: El significado de la enfermedad y la hospitalización del paciente.

Participación de la familia en el cuidado del paciente.

TEMA 1: Incidencia y prevalencia de patologías más frecuentes en salud mental: Neurosis y Psicosis.

LA NEUROSIS



Neurosis: Es un **trastorno no grave de la personalidad** de orden psicológico, con manifestaciones fisiológicas, que altera la percepción de la vida.

La **persona es consciente que padece un trastorno**, que influye en su entorno y en su relación con las demás personas.

Es interpretada como una forma de ansiedad. Desde lo clínico **no presenta ideas delirantes, ni alucinaciones**. Presenta síntomas como: **conversiones, obsesiones, compulsiones, fobias**. Generadas por la ansiedad y el estrés que mediante conductas negativas o demasiado compulsivas tratan de buscar una salida a esa situación apremiante de ansiedad y nerviosismo.

Algunos comportamientos resultan incomprensibles para quienes no padecen dichos trastornos. (Ej.: trastorno obsesivo compulsivo). Su conducta tiene por finalidad eliminar la angustia que le generan determinadas situaciones que no puede dominar.

Las neurosis usualmente no requieren internación, sí ayuda terapéutica.

La Organización Mundial de la salud, los médicos y la comunidad científica coinciden es que hay **diferentes trastornos** que pueden ser interpretados como neurosis. La palabra neurosis, para algunos es sinónimo de una situación extrema de agobio, estrés y ansiedad. Los médicos clasificaron, según la naturaleza de los síntomas y el modo en que se viven estos trastornos como:

Trastornos de ansiedad: Están conformados por manifestaciones de fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, crisis de angustia, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada, otros.

Trastornos del sueño: Ligados a estados de insomnio, hipersomnias, parasomnias, terrores nocturnos, sonambulismo, disomnias.

Trastornos sexuales (parafilias): exhibicionismo, fetichismo, froteurismo, pederastia, masoquismo, sadismo, travestismo, voyerismo.

Disfunciones sexuales: como el deseo inhibido, aversión al sexo, anorgasmia, impotencia, eyaculación precoz, dispareunia.

Trastornos del control de impulsos: Agrupan situaciones de problemáticas como la cleptomanía, trastorno explosivo intermitente, ludopatía, piromanía, tricotilomanía.

Trastornos depresivos: Suelen ser los más comunes y los más complicados a la hora de tratarse, como la distimia, ciclotimia, episodios depresivos leves, moderados o graves, con síntomas o sin síntomas.

Trastornos somatoforme: dismorfofobia, trastorno de conversión, hipocondría, dolor somatoforme, trastorno de somatización.

TRASTORNO DE ANSIEDAD:

Los trastornos de ansiedad se han convertido durante las últimas décadas en una de las principales patologías, tales como: ataque de pánico, fobias específicas, fobias sociales y crisis por estrés postraumático, entre otras.



Crisis de pánico: Las crisis de pánico, también llamadas crisis de angustia, de ansiedad consisten en episodios de extrema ansiedad y miedo intenso, que engloban una serie de manifestaciones, tanto

físicas como psicológicas, emocionales, que la persona vive como una experiencia real de peligro inminente.

Síntomas físicos: Sudoración profusa, temblor generalizado, contracción muscular, taquicardia, dolor opresivo en el pecho, mareos, ahogos, náuseas, sensación de hormigueo taquipnea y puede presentar hiperventilación.

Síntomas Psicológicos: Miedo a morir, a tener un ataque al corazón, a volverse loco, a perder la razón, a perder el control a desmayarse.

Consecuencias sociales: La persona se siente paralizada, solo quiere estar encerrada lo que altera todas sus actividades, ausentismo laboral, pérdida del trabajo, dificultad para concentrarse (estudiar). Realizar actividades recreativas, salidas, paseos, concurrir a eventos donde haya presencia de mucha gente No suelen animarse a salir a la calle.

Tratamiento: El tratamiento psicoterapéutico es la forma de abordar este trastorno, donde se van trabajando secuencialmente ciertas problemáticas que contribuyan a recuperar la salud mental. Se entrena al paciente a experimentar sus propias sensaciones físicas (ej.: mareos, las palpitaciones o las tensiones musculares) sin asustarse.

Se lo ayuda para que pueda enfrentarse a las situaciones temidas de su vida (por ej.: subirse en un transporte público, o visitar un lugar muy concurrido).

Además se le recomienda técnicas de relajación muscular progresivas para afrontar y tolerar las sensaciones corporales, luego en las situaciones reales paulatinamente hasta alcanzar la normalización. La práctica de yoga, meditación, relajación contribuyen en su recuperación.

Tratamiento farmacológico: Algunas requieren ser tratados con ansiolíticos y/ o antidepresivos (esto es exclusivo de la intervención médica).



LA PSICOSIS

Psicosis: Es un **trastorno grave de la personalidad** que evita o obstaculiza las relaciones interpersonales con otras personas o grupos humanos.

Puede desencadenarse por factores orgánicos (tóxicos, consumo de determinadas drogas que lo generan).

Factores psicológicos o combinación de ambos (carencias económicas o afectivas).

Hay desorganización de las funciones de la personalidad: **percepción, memoria, juicio, pensamiento**, etc.

Presentan ideas delirantes: **alucinaciones e ilusiones**.

Las psicosis engloban un grupo de enfermedades mentales que implican la pérdida de la noción de la realidad, la persona la reinterpreta por completo ya que no cuenta con mecanismos para soportarla o hacerle frente. (Ej.: esquizofrenia, trastornos delirantes crónicos). Vive su reinterpretación como si fuera la realidad. Creen tener una misión especial que los demás no comprenden. Creen que existen confabulaciones contra ellos (“sensación que hay alguien que controla su pensamiento”). Le impide llevar una vida normal. Se trata de un concepto genérico que incluye enfermedades tales como la paranoia y la **esquizofrenia**, y que está vinculado a la pérdida de contacto con la realidad. **El paciente no es consciente que padece una enfermedad**.

Las psicosis requieren tratamiento medicamentoso, psicoterapia e internación en los periodos de descompensación.

Síntomas que se asocian a la psicosis:

1. Pensamiento desordenado.
2. Alteraciones intensas y repentinas de la conducta.
3. Aislamiento y el cese de la comunicación con el resto de las personas.
4. Sensación de ser observado o perseguido, las demás personas representen un riesgo.
5. Hablar solo, asumiendo que hay un interlocutor (soliloquio).
6. Oír que les hablan (**alucinaciones de tipo auditivas**).
7. Experimentar visiones (**alucinaciones de tipo visual**).
8. Sentirse confundido u olvidar las cosas con facilidad.
9. Creer que no pueden alcanzar sus objetivos.

Puede presentar **sensación de culpa y depresión**. Los signos y síntomas mencionados no necesariamente indican que tenga lugar un trastorno de tipo psicótico. Suelen presentarse por el consumo desmedido de estupefacientes, o luego de haber vivido sucesos muy estresantes, entre otras posibilidades.

Tratamiento: Las psicosis pueden tratarse con secciones de terapia y **medicamentos antipsicóticos**. En los casos más favorables, la terapia puede ayudar al paciente hasta el punto en que pueda adaptarse socialmente sin necesidad de tomar medicación.



TEMA 2: PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DENTRO DE LAS PSICOSIS.

A-Esquizofrenia: Definición, causas, tipos, síntomas, tratamiento y pronóstico.

La esquizofrenia es **un trastorno mental grave**, afecta al paciente deteriorando sus capacidades en diversos aspectos psicológicos, como el pensamiento, la percepción, las emociones o la voluntad.

Los pacientes esquizofrénicos pierden el contacto con la realidad (psicosis), sufren **alucinaciones** (visuales y/o auditivas) **delirios** (creencias falsas), tienen pensamientos anormales y alteración del funcionamiento social y laboral.

La palabra "**esquizofrenia**" etimológicamente significa "**mente escindida**". Con este término, se quería subrayar las alteraciones en el pensamiento que presentan las personas que la padecen.

Causas:

El origen de la esquizofrenia no se conoce con certeza. En los últimos años se han logrado algunos avances que permiten señalar diversos factores responsables del trastorno: como alteraciones precoces del desarrollo del cerebro. Estudios con técnicas histopatológicas y con técnicas de neuroimagen, como la resonancia magnética (RMN), han detectado anomalías en la estructura de determinadas regiones cerebrales. Otras técnicas, como la tomografía, han permitido observar algunas alteraciones en el funcionamiento del cerebro de estos enfermos, en comparación con el de personas sanas.

Síntomas:

Los síntomas de esta patología son subjetivos, sólo el paciente los experimenta, por lo que no pueden comprobarse. La esquizofrenia es una enfermedad que presenta muchas y variadas manifestaciones ninguna específica, pueden estar presentes en otros trastornos mentales.

Los síntomas se dividen en dos grandes grupos:

"Los positivos" manifestaciones anormales que experimentan los pacientes, como ver cosas que no existen (**alucinaciones**) o pensar que ocurren cosas que no son verdad (**delirios**).

"Los negativos" manifestaciones que hacen pensar que el sujeto está perdiendo capacidades para pensar, sentir o hacer cosas con normalidad. Por ej., dejar de hablar con fluidez, interés por las cosas o las personas, por levantarse cada día a trabajar, etc.

Con el paso del tiempo, los síntomas se alivian. Suelen quedar algunas secuelas, como abandono del cuidado personal, frialdad hacia los demás, indiferencia o desinterés por todo.

Síntomas característicos de la enfermedad:

Delirios: Ideas erróneas de las que el paciente está convencido. Por ej., creer que todo el mundo está contra él o que tratan de perjudicarlo.

Alucinaciones: Percibir algo que no existe. Por ej., oír voces (que le insultan o hablan de él) o ver objetos o caras que no están.

Trastornos del pensamiento: El lenguaje se hace incomprensible y con poca fluidez.

Alteración de la sensación sobre sí mismo: La persona siente que su cuerpo está cambiando, se ve raro. Pueden no reconocerse al mirarse al espejo. Los límites entre sí mismo y los demás no están claros, pueden creer que los demás pueden saber lo que piensa o por el contrario, creen adivinar lo que otros piensan.

Deterioro de las emociones: La afectividad se va empobreciendo y puede llegar a la ausencia de sentimientos. Se muestran inexpresivos y se comportan con frialdad hacia los demás.

Aislamiento: Se encierra en sí mismos y en su mundo interior (autismo). Se queda encerrado en su habitación y evita la compañía de los demás.

Prevención: No se puede prevenir. Pero, si sigue el tratamiento prescrito por los especialistas, los síntomas í pueden prevenirse y evitarse. Si el paciente abandona el tratamiento es probable que muchos síntomas reaparezcan.

Tipos:

Se han propuesto subtipos de esquizofrenia para clasificar a los pacientes dentro de grupos más uniformes. Sin embargo, en un mismo paciente, el subtipo puede variar a lo largo del tiempo.

Esquizofrenia paranoide: Es la más frecuente. Predominan las ideas delirantes de persecución o de perjuicio de otras personas hacia ellos.

Esquizofrenia hebefrénica: Predominan las alteraciones en las emociones, la incongruencia emocional, por ej., el paciente se ríe sin motivo aparente. Su comienzo es más precoz que la anterior y más grave.

Esquizofrenia catatónica: Se caracteriza por alteraciones motoras, generalmente inmovilidad persistente, aunque puede alternar con crisis de agitación o puede presentar movimientos repetitivos. Suele responder mejor al tratamiento.

Esquizofrenia indiferenciada: Cuando no reúne los criterios de los subtipos anteriores o presenta varios de ellos se le llama indiferenciada.

Hoy se tiende a valorar y diferenciar estos trastornos en función de la predominancia de síntomas positivos o negativos. A medir la intensidad de cada uno de estos síntomas mediante cuestionarios y escalas, que permite evaluar al paciente en diversos momentos de su evolución, así como la efectividad de los tratamientos.

Diagnóstico:

Para establecer el diagnóstico de esquizofrenia, los síntomas deben durar por lo menos seis meses, presentar deterioro significativo del trabajo, los estudios o del desarrollo social. La información aportada por la familia, amigos o profesores es importante para establecer cuándo comenzó la enfermedad.

Se descartará la posibilidad de que los síntomas psicóticos del paciente estén causados por un trastorno afectivo. Se realizarán análisis de laboratorio para descartar el abuso de sustancias tóxicas o un trastorno subyacente de tipo endocrino o neurológico que pueda tener algunas características de psicosis. Ej. de este tipo de trastornos son los tumores cerebrales, la epilepsia del lóbulo temporal, las enfermedades autoinmunes, hepáticas y las reacciones adversas a los medicamentos.

Tratamiento:

El tratamiento es farmacológico, principalmente con neurolépticos o antipsicóticos, para corregir desequilibrios de los neurotransmisores.

En casos muy concretos, con grave riesgo de suicidio o agresión hacia otros, en la esquizofrenia catatónica puede estar indicado el tratamiento con electroshock. Pese a su mala prensa, las condiciones de aplicación actual del electroshock hacen que sea un procedimiento seguro, además de muy eficaz.

Es importante combinar el tratamiento farmacológico, que el paciente esté ocupado y activo. "terapia psicosocial" como por ej., talleres ocupacionales, centros de día, centros de salud mental y grupos de autoayuda. El psiquiatra deberá informar al paciente y familia la sintomatología de la enfermedad, para prevenir o intervenir en casos de reagudización.res

Pronóstico:

El pronóstico de esta patología es complicado y depende de cada caso. Los pacientes mejoran con el tratamiento farmacológico, si abandona el tratamiento los síntomas suelen reaparecer.

B- Trastorno Bipolar:

Definición: Es una patología psiquiátrica muy frecuente, en la que el paciente alterna episodios depresivos con otros de síndromes maníacos (euforia). Suele volverse crónico, requieren control médico de por vida. Se la conoce también como **trastorno afectivo bipolar (TAB)**. Estado de ánimo que oscila entre la **alegría** y la **tristeza** de una manera mucho más extrema que en el resto de las personas normales.

Causas: Puede ser hereditario, aunque no se ha identificado el defecto genético que podría causarlo. Se cree que es el resultado de un conjunto de factores neurobiológicos y psicosociales. Algunos factores de riesgo asociados a la aparición de la enfermedad son:

Ritmo estacional: recaídas depresivas en primavera/otoño y recaídas maníacas en verano, lo que puede relacionarse con el clima y las horas de luz solar.

Asociación familiar: Los pacientes bipolares pueden tener un familiar de primer grado con trastorno psiquiátrico grave.

Acontecimientos vitales estresantes: Pérdida afectiva importante (muerte, divorcio, separación), el cambio de situación vital (despido laboral, jubilación, lugar de residencia).

Síntomas característicos de los episodios maníacos:

Estado de ánimo alegre, que suele ser excesivo en relación con los acontecimientos, pueden mostrarse por momentos muy irritables.

Gran autoestima, delirios de grandeza.

Trastornos del sueño: duermen poco, pero no se sienten cansados.

Trastornos del apetito: Suelen comer mucho y otros que no comen casi nada; no suelen engordar debido al aumento de la actividad física.

Trastornos sexuales: Aumento del deseo y la actividad sexual, adoptando conductas que pueden suponer riesgos para su salud, como no tomar precauciones para evitar enfermedades de transmisión sexual.

Sensación de aumento de energía: Capaces de hacer esfuerzos que antes les parecían imposibles.

Alteraciones del comportamiento.

Desprecio del riesgo y de las consecuencias de su conducta: Los pacientes gastan mucho dinero, abandonan su trabajo, hacen regalos muy costosos e inadecuados, se meten en negocios arriesgados, se vuelven promiscuos sexualmente, abusan del alcohol...

Síntomas característicos de los episodios depresivos:

Cambio del estado de ánimo: en forma repentina (peor por la mañana que por la tarde) ánimo bajo o tristeza

Alteraciones del sueño: insomnio, que puede ser insomnio por despertar precoz (indica gravedad), en depresiones leves suele verse importante ansiedad.

Alteraciones del apetito y el peso: Lo más frecuente es una disminución del apetito y bajada de peso, puede ocurrir lo contrario.

Sensación de falta de energía.

Quejas por dolores o molestias físicas.

Trastornos sexuales, disminución de la libido.

Disminución de la atención y de la concentración.

Afectación de la conducta y del aspecto personal.

Inhibición o agitación (esta última puede ser especialmente intensa en ancianos).

Pensamientos depresivos:

Impresión negativa de la vida, en pasado, presente o acontecimientos futuros.

Las ideas negativas pueden llegar a ser delirios en ocasiones, y el paciente oye y/o ve cosas que no existen, lo que indica mucha gravedad.

Ideas y pensamientos relacionados con la muerte. El paciente puede desear morir cuanto antes, e incluso planea o intenta suicidarse. En este caso se precisa una intervención médica inmediata que disminuya el riesgo de suicidio.

TIPOS:

Trastorno bipolar tipo I: Se da en individuos que han presentado episodios maníaco-depresivos, o maníacos puros. Es la forma más grave de la enfermedad. Para el diagnóstico, son necesarios uno o más episodios maníacos o mixtos. No necesariamente debe existir un episodio depresivo como requisito para el diagnóstico, aunque frecuentemente aparezca.

Trastorno bipolar tipo II: El paciente sufre episodios depresivos mayores de corta duración, que alternan con episodios hipomaníacos. (Es decir, no provocan alteraciones sociales u ocupacionales y carecen de rasgos psicóticos).

Trastorno bipolar tipo III: o geriátrico, aparece en personas mayores de 50 años. Los mecanismos cerebrales que regulan el estado de ánimo se encuentran alterados, sea de manera estructural en los mecanismos cerebrales que regulan los estados de ánimo, sumado a factores ambientales externos (fármacos, alteraciones hormonales, drogas, estrés) o por lesión cerebral provocando el trastorno bipolar de inicio tardío.

Trastorno bipolar no especificado: Es un "cajón de sastre", diagnóstico que se utiliza para indicar afecciones bipolares que no encajan en otras categorías diagnósticas. Si un individuo no cumple los criterios de alguno de los subtipos mencionados, se lo designa como no especificado.

Tratamiento:

Es básico, la toma de conciencia. El paciente y su familia con adecuada psicoeducación pueden hacer frente a las crisis sin temores y con las herramientas válidas, prevenir las recaídas.

Fármacos estabilizadores del ánimo (especialmente el litio.) que se emplea para prevenir las recaídas, ya que el trastorno bipolar es una enfermedad crónica.

Antipsicóticos.

Antidepresivos si el paciente los requiere.

Recomendaciones:

Una vez diagnosticado el trastorno bipolar es muy importante seguir las siguientes recomendaciones:

1. No abandone el tratamiento farmacológico, siempre deberá ser controlado por un médico.
2. No abandone el tratamiento farmacológico, siempre deberá ser controlado por un médico.
3. Establecer rutinas para las actividades diarias, comidas, descanso, asegurarse de dormir lo suficiente.
4. dormir lo suficiente.
5. Aprender a conocer la enfermedad, distinguir los síntomas en las variaciones del estado de ánimo.
6. Hablar con los familiares y amigos más cercanos, necesitan saber lo que le pasa para poder ayudarlo.
7. Consultar al médico antes síntomas nuevos, o efectos secundarios de los fármacos que toma, no suspenda el tratamiento por su cuenta, puede ser peligroso y agravar los síntomas.
8. Los tratamientos, como la psicoterapia, pueden ayudar a mejorar su calidad de vida y su relación con sus seres queridos.
9. No consumir alcohol ni otras drogas.
- 10.No automedicarse, ni tomar suplementos vitamínicos o remedios naturales a base de hierbas sin consultarlo antes con su médico.

TEMA 4: Salud física y los trastornos alimentarios: Bulimia y Anorexia.

Trastornos Alimentarios:

Muchas personas modifican sus hábitos alimentarios antes determinadas situaciones estresantes o por ansiedad. No cesan de picar comida, ingerir alimentos en exceso y a deshoras, o hacen dietas restrictivas con finalidades estéticas. Se preocupan por la repercusión que estos comportamientos puedan tener en su imagen corporal.

Estas conductas pueden convertirse en patológicas, presentan atracones, vomitan o se purgan para evitar la ganancia de peso, las que restringen la dieta, presentan un adelgazamiento progresivo, como una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal.

En nuestra sociedad, se habla mucho de seguir una "**dieta sana**" (baja en calorías, pobre en grasas y azúcares y sin condimentos). "**Se sobre valora la figura extremadamente delgada**". Considerándolos valores personales muy positivos. De ahí, muchos adolescentes, principalmente mujeres practican dietas restrictivas.

La **anorexia nerviosa (AN)** y la **bulimia nerviosa (BN)** son enfermedades mentales, actualmente vigentes dentro de los **trastornos del comportamiento alimentario (TCA)**.

La delgadez se considera el ideal de belleza, aspiración suprema, la clave del éxito personal, resultar atractiva/o, es el medio para obtener ciertos objetivos. La preocupación por el aspecto físico puede convertirse en una obsesión, una prioridad en la vida personal y social.

El medio para lograrlo, se centra en el ejercicio exagerado y de riesgo, las dietas, las cirugías llamadas estéticas, el uso medicamentos naturales o no tan naturales, algunos peligrosos, otros ineficaces.

Los medios de comunicación promueven un mensaje: **“Todos debemos ser jóvenes, esbeltos hasta la delgadez, atractivos y populares”**. La Anorexia y Bulimia Nerviosa y otros cuadros son un importante problema sanitario, con graves secuelas físicas, sociales y psicológicas.

Los trastornos afectan al enfermo, a su familia y su entorno más próximo, (los profesionales de salud y de educación, no siempre disponen de instrumentos teóricos imprescindibles para abordar estos conflictos). Para abordar estas patologías se precisa buena información y una detección precoz de la enfermedad.

Integrantes del equipo de salud (médicos, enfermeros, psicólogos) se enfrentan a estos enfermos, en la mayoría mujeres, sin conciencia de su enfermedad que rechazan el tratamiento. A una familia angustiada que pide ayuda. La elección del tratamiento más idóneo, la ayuda a la familia, son tareas que pueden ser abordadas desde diferentes ámbitos pero para ello es importante el trabajo interdisciplinar.

La obesidad significó en otras épocas salud, riqueza y belleza. Ahora es valorada negativamente, no sólo por sus riesgos físicos. **La delgadez** se equiparó a fealdad, penuria y enfermedad. Actualmente se ha invertido su significación social y estamos viviendo el rechazo de las personas con sobrepeso y se potencia una belleza que implica bajo peso y unas características morfológicas en clara contradicción con nuestras características étnicas.

Complicaciones en la salud física y metal:

Los efectos de los trastornos alimenticios, sea por bulimia o anorexia generan diversos grados de desnutrición y desequilibrios fisiológicos que van comprometiendo los distintos sistemas y aparatos con graves consecuencias para la salud y que muchas veces son muy difíciles de revertir pudiendo llevarlos a la muerte. También generan alteraciones a nivel metal con graves consecuencias emocionales que ven

Anorexia:

Tipos de anorexia: Se especifican dos tipos de anorexia.

1-Restrictivo: Pérdida de peso que se obtiene haciendo dietas, ayunos o ejercicios excesivos. No se recurre a atracones ni a purgas.

2- Compulsivo-purgativo: Se recurre regularmente a medidas purgatorias como inducción al vómito, uso de laxantes, diuréticos y enemas.



Tipos: Se especifican dos tipos de anorexia.

1-**Restrictiva:** Pérdida de peso que se obtiene haciendo dietas, ayunos o ejercicios excesivos. No se recurre a atracones ni a purgas.

2-**Compulsivo-purgativo:** Se utilizan regularmente medidas purgatorias como inducción al vómito, uso de laxantes, diuréticos y enemas.

Síntomas:

Miedo intenso a engordar: Que no disminuye con la pérdida de peso.

Alteración en la imagen de la silueta corporal: (exagerada importancia a la misma, negando los peligros que provoca la baja de peso). Pérdida de por lo menos 25% del peso original: (En menores de 18 años debe añadirse al peso inicial, el que correspondería aumentar con el proceso de crecimiento según edad y estatura).

Negativa a mantener el peso corporal: por encima del mínimo.

Pérdida de peso: Autoinducida por conductas compensatorias: vómitos, laxantes, diuréticos y exceso de actividad física.

Retraso en el desarrollo puberal: falta de crecimiento de los senos, amenorrea primaria o secundaria.

En los varones, los genitales no se desarrollan y hay pérdida del interés y de la potencia sexual.

Bulimia:

Episodios recurrentes de voracidad, comer en corto período de tiempo gran cantidad de alimentos. Falta de control sobre la alimentación durante el episodio.



Síntomas:

Promedio de dos episodios de voracidad semanales: En un periodo de tres meses.

Autoevaluación: "indebidamente" influida por la formas y el peso corporals.

Conducta compensatoria Purgativa: vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos, ayunos, ejercicios físicos extenuantes.



ACTIVIDAD PRÁCTICA:

1. Describa las diferencias entre las psicosis y neurosis.
2. Realice un listado de signos y síntomas que caracterizan estas patologías.
3. Dentro los múltiples trastornos de ansiedad se encuentran las neurosis.
4. Las neurosis presentan cuatro signos característicos: Conversiones, obsesiones, compulsiones fobias. Defina cada uno de ellos.
5. Confeccione un glosario de los siguientes términos:
 Alteraciones del sueño: 1- Hipersomnia 2-Parasomnis 3- Sonambulismo 4- Disomnia.
 Trastornos sexuales: 1-Parafilias. 2- froteurismo. 3- pederastia. 4- travestismo. 5-voyeurismo.
 Disfunciones sexuales: 1- Anorgasmia. 2- dispareunia. 3- vaginismo.
 Trastornos somatomorfo: 1- Somatoforme. 2- dismorfofobia. 3- hipocondría.
 Trastorno del control del impulso: 1- Cleptomanía. 2- ludopatía. 3- piromanía. 4-tricotilomanía. 5-distimis.
 6- ciclotimia.

(En base a las producciones individuales se efectuará en el espacio áulico, una puesta en común que permita socializar el glosario, ampliando y/o aclarando las los interrogantes que se generen para unificar criterios del tema.)

6.- Grafique cuadro con las características que presentan los cuatro tipos de **“esquizofrenias”**.

7.- En el trastorno Bipolar que acciones recomendaría para evitar recaídas, por tratarse de una patología crónica.

8.- Por ser las **“crisis de pánico”** un trastorno de actualidad que aumenta exponencialmente afectando distintas edades. Se propone el siguiente trabajo práctico:

Conformar grupos que no superen los 5 integrantes.

Buscar material bibliográfico que trate esta problemática y confeccionar un tríptico con la definición De este trastorno, síntomas más característicos y recomendaciones para ayudar a superarlo.

9.- Para la problemática de trastornos alimentarios: **“Bulimia y anorexia”**. Cada estudiante, como tarea para el hogar deberá ver la película titulada **“To the Bone” o “Hasta los huesos”** (traducción Hispanoamericana) Dirección Marti Noxon. Género: Drama. Año 2017. Duración: 107 minutos.

Posteriormente efectuaremos una jornada de **“Cine Debate”** esta técnica posibilitará hacer críticas y/análisis de las situaciones desarrolladas en la película. Tomaremos como eje del debate las consecuencias físicas, psíquicas, familiares y sociales que atraviesan la misma elaboraremos conclusiones parciales y la conclusión final.

10.- A la bulimia y anorexia se las considera como las dos caras de una misma moneda:

Con apoyo bibliografía e integrando conocimientos previos deberá investigar y escribir como afecta ésta patología la salud física en los distintos sistemas y aparatos: Cardíaco, endócrino, digestivo, medio interno, ginecológico, reproductor y , sexual

UNIDAD V: Consumo problemático de sustancias, un flagelo social en la actualidad.

TEMA 1: Consumo problemático de sustancias (uso, abuso, tolerancia y dependencia).

A que se denomina consumo problemático de sustancias? A las adicciones, sean estas socialmente aceptadas como lo es el alcohol o el tabaco o aquellas consideradas ilegales pero con la salvedad que todas traen consecuencias y daños irreparables a la salud de las personas.

Las Adicciones: Se definen como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una **enfermedad del cerebro** porque las drogas modifican a este órgano, su estructura y funcionamiento se ven afectados.



Terminología más usada en la especialidad:

USO: Conducta que no se realiza de forma continua. La persona es capaz de interrumpir la acción en cualquier momento que se solicite o desee, sin que ello le produzca ningún problema.

ABUSO: Forma de relación con las sustancias que, por su cantidad, frecuencia, situación física, psíquica y social del sujeto, producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno.

El consumo de diez cigarrillos podría considerarse no excesivo. Cuando esta cantidad se consume diariamente puede generar alteraciones respiratorias. Alguien podría consumir cocaína en una sola ocasión pero dada la cantidad puede desencadenar algún tipo de accidente cerebral. La mujer puede ser moderada en sus consumos habituales de alcohol y tabaco, pero si los mantiene durante el embarazo, está incurriendo en abuso.

TOLERANCIA: Proceso a través del cual una determinada dosis de **droga** va produciendo un efecto menor a medida que se va repitiendo su administración. En ese proceso, requiere ir aumentando progresivamente la dosis según se repiten las administraciones para mantener un nivel de sustancia constante en el organismo y así alcanzar los efectos que se pretenden.

DEPENDENCIA: La OMS (Organización Mundial de la Salud) la define como “una necesidad de consumir dosis repetidas de una sustancia para encontrarse bien, o no sentirse mal”. Se caracteriza por un deseo invencible o una necesidad de consumir la sustancia a la que se le tiene dependencia y para ello procura todos los medios para adquirirla.

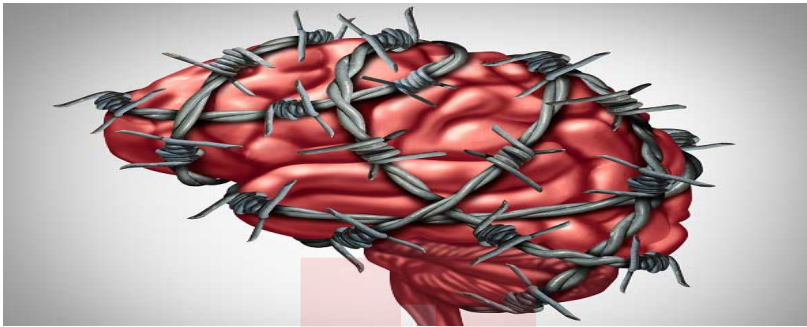
SE SUBDIVIDE EN

A-Dependencia física: Se divide en “**dependencia fisiológica**” implica daños cuando se abandona la sustancia el cuerpo se ha acostumbrado a ella. “**Orgánica**” genera el síndrome de abstinencia cuando se deja de consumir.

B-Dependencia mental: La persona puede haber superado el problema original y fisiológicamente encontrarse en condiciones de prescindir de esas sustancias. Pero piensa que sin la ingesta de esta sustancia no podrá estar bien anímicamente. Ahí, hay una adicción aunque la dependencia física sea mínima (o inexistente).

ej.: de dependencia psicológica: el consumo de antidepresivos o pastillas para dormir.

Dependencia psicológica



ALGUNAS SUSTANCIAS Y SUS VÍAS DE ADMINISTRACIÓN:

La heroína: (derivada del opio) polvo cristalino blanco, inodoro, muy fino, aunque su aspecto puede variar dependiendo de los procesos de purificación. Se vende en dosis individuales llamadas “papelinas”. Actúa como depresor del sistema nervioso central (SNC) es relajante, produce una sensación de intenso placer (“flash”) y euforia, seguido de apatía y somnolencia (**vía inhalatoria y endovenosa**). De ahí sale la pasta de coca o clorhidrato de cocaína, un polvo blanco que actúa como estimulante del SNC.

La cocaína: (estimulante que proviene de la planta de coca) clorhidrato de cocaína, polvo blanco que actúa como estimulante del S.N.C. provoca **una gran euforia y excitación, con sensación de bienestar**. No se siente cansancio físico ni psíquico, por lo que la persona que la ha consumido sobrevalora sus capacidades. Algunas personas consumen ocasionalmente en fiestas, otras para rendir más horas en el trabajo o estudio y otras sólo por adicción (vía inhalatoria).





ALCOHOLISMO:

Es una adicción por la cual el afectado es incapaz de controlar el consumo. Bebe a diario o varias veces a la semana, necesita el alcohol para afrontar o evadirse de algunas situaciones de la vida. Tiene gran dificultad para controlar la frecuencia y cantidad de alcohol que consume, necesita ayuda para dejarlo.

El alcohol es el tipo de droga más consumida, su uso está legalizado y socialmente aceptado. Muchas actividades sociales son difíciles de imaginar sin alcohol, encuentro con amistades, navidades, fiestas nocturnas....**su ingesta excesiva puede dañar la salud**, incluso antes de que se presente una adicción al alcohol. El alcoholismo suele ir acompañado de problemas familiares, financieros, laborales, personales, sociales y con graves consecuencias físicas (Ej.: daño hepático, polineuritis, varices esofágicas, coma alcohólico).

El alcohol provoca víctimas indirectas: Cada año mueren muchas personas en **accidentes de tránsito provocados por conductores en estado de ebriedad**, y algunos niños nacen con mal formaciones debido a que su madre consumió alcohol durante el embarazo. Las consecuencias del alcoholismo, afectan directamente al núcleo familiar conviviente y entorno cercana.

RIESGOS PARA LA SALUD



evitar el alcohol



TABAQUISMO, adicción que esclaviza....

La **nicotina** es una sustancia adictiva. El fumador consume entre 1 a 2 mg de nicotina por cigarrillo, llega al cerebro en unos 10 segundos, lo que contribuye a su gran poder de adicción. El cigarrillo y otros derivados del tabaco generan dependencia por un mecanismo similar al de la adicción a otras drogas como la cocaína y heroína.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA: La falta de nicotina incluye irritabilidad, somnolencia, fatiga, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, aumento de peso, urgencia de fumar. La mayoría de estos síntomas alcanzan su máxima intensidad entre 24 a 48 horas, luego del último cigarrillo consumido y va disminuyendo lentamente en un período de 2 a 4 semanas.

EL CONSUMO DE TABACO GENERA TRES FORMAS DE DEPENDENCIA:

Física: provocada directamente por la nicotina, responsable del síndrome de abstinencia.

Psicológica: El hábito de fumar se ha convertido en una compañera en diferentes situaciones, parece imposible cambiar esta relación.

Social: El fumar sigue siendo un acto social, se realiza en grupos, en reuniones de amigos, compañía en soledad. En grupo de adolescentes tiene muchas veces un significado de rebeldía v madurez.

INHALANTES.

Los abusadores de inhalantes corren el riesgo de sufrir consecuencias médicas desastrosas.

Las concentraciones de sustancias químicas que se encuentran en los disolventes o aerosoles pueden provocar ritmos cardíacos rápidos (taquicardia) con una frecuencia irregular y ocasionar insuficiencia cardíaca mortal, pocos minutos después de una sección de inhalación prolongada **“muerte súbita por inhalación”**.

La muerte súbita por inhalación se asocia principalmente con el abuso del butano, propano y sustancias químicas que se encuentran en los aerosoles. El abuso de inhalantes también puede causar la muerte por: asfixia, sofocación, al bloquear la entrada de aire a los pulmones cuando se inhalan los vapores de una bolsa de plástico, convulsiones, coma, broncoaspiración, etc.

Nafta, Kerosén, tolueno (pegamentos).

El abuso crónico de disolventes volátiles, tales como el tolueno (el ingrediente volátil del pegamento ej.: “Poxirran” o el naftaleno (presente en las bolitas de naftalina usadas para eliminar polillas), daña la capa protectora que rodea ciertas fibras nerviosas (mielina) en el cerebro y en el sistema nervioso periférico. Los efectos neurotóxicos del abuso prolongado de inhalantes incluyen síndromes neurológicos que reflejan daños a partes del cerebro e involucran el control cognitivo, motriz, visual y auditivo. Las anomalías cognitivas pueden ir de un leve deterioro a una demencia grave.



Adicción a los psicofármacos.



PSICOFÁRMACOS.

Los psicofármacos son medicamentos que se utilizan con distintos fines terapéuticos. Entre ellos podemos mencionar por ej.: los “**antidepresivos**” para tratar la depresión, los “**ansiolíticos**” para reducir la ansiedad, los “**hipnóticos**” para inducir el sueño.

Estos, deberían tomarse por periodos cortos de tiempo, pocas semanas, pasadas las cuales pierden su eficacia terapéutica y generan tolerancia y dependencia. Para evitar estas complicaciones se requiere un estricto control médico.

El **automedicarse** resulta perjudicial para la salud, si además, se abusa de determinados medicamentos, se puede caer en una **seria adicción**.

Los psicofármacos, a los cuales se suele recurrir para dormir mejor o para combatir la ansiedad, nunca deben ser **sin prescripción médica**.

Su uso debe ser de manera excepcional, no como un hábito, el organismo se acostumbrará y se tendrá que ir aumentando la dosis, ese abuso puede afectar seriamente a la salud.

Involuntariamente se puede caer en un círculo vicioso y peligroso del cual resultará difícil de salir sin ayuda terapéutica.

Síntomas:

La dependencia de los psicofármacos es comparable a la de otra cualquier adicción. El psicofármaco se convierte en una necesidad constante en el día a día, debiendo obtenerlo por cualquier medio, incluso a costar de transgredir normas, como es el falsificar recetas.

Los que sufren de esta adicción evitan hablarlo con los amigos y la familia, sienten vergüenza y no suelen querer admitir que tienen un problema. La sintomatología incluye aumento anormal de la sudoración, taquicardia e hiperhidrosis en las manos, insomnio, náuseas y vómitos, alucinaciones visuales, táctiles y auditivas, también convulsiones.

Causas:

No es una enfermedad, sino un trastorno dado por diversos factores de riesgo, la edad, ya que las estadísticas demuestran, que el uso y el abuso de fármacos como los ansiolíticos aumentan progresivamente.

Tratamiento:

Una adicción leve puede ser tratada sin mayores problemas dejando los psicofármacos de manera gradual (con seguimiento médico).

El primer paso es la entrevista con el médico para saber si hay otros estados psicopatológicos, junto con el abuso de psicofármacos, como por ej. **Depresión**. De ser necesario se le prescribirá un tratamiento específico con un psiquiatra o un psicoterapeuta. El uso de los psicofármacos suele potenciarse con la mezcla de bebidas alcohólicas.

MARIHUANA.



El Cannabis: (marihuana o TCH tetrahidrocannabinol) es una sustancia activa. Se extrae de la parte florida y tierna de la planta, que luego es secada y triturada posteriormente. Actúa como perturbador del SNC, alterando la percepción y crea dependencia psicológica.

Forma de consumo: Se suele mezclar con tabaco rubio (con el negro no se nota tanto el sabor del cannabis) y envuelto en papel de fumar se lo conoce como (canuto, porro o petardo). En algunos lugares se fuma en pipa.

Efectos del consumo: Taquicardia, enrojecimiento de los ojos, sequedad de la boca, euforia o placidez, sensación de flotación, desinhibición, risa, enlentecimiento de los reflejos, pánico e ilusiones.

Síntomas psicológicos de la abstinencia: irritabilidad y nerviosismo.

Consecuencias psicológicas: Disminución del rendimiento, desmotivación, alteraciones de la memoria y la atención, falta de coordinación psicomotora, distorsiones de la percepción (crisis de ansiedad o pánico), riesgo de accidentes.

COCAÍNA.

Es un estimulante extremadamente adictivo que afecta directamente al cerebro. Se la llama la droga de los años ochenta y noventa por su gran popularidad y uso extendido en esas décadas. De las hojas de coca se obtiene la cocaína, se ha ingerido por miles de años, mientras que la sustancia química pura (el clorhidrato de cocaína), se ha consumido por más de cien años. A principios del siglo XX, la cocaína purificada se convirtió en el principio activo básico que se emplea en la mayoría de los tónicos y elixires creados para tratar una gran variedad de enfermedades.

La cocaína usualmente se vende en la calle en forma de un polvo blanco, fino y cristalino que se conoce como "coca", "nieve", "dama blanca" "María" o "talco".

Efectos físicos del consumo: Los cocainómanos adictos suelen estar delgados en exceso (falta de apetito), tienen trastornos sexuales por el efecto anestésico. Midriasis (dilatación de las pupilas), sequedad en la boca, sudoración.

Consecuencias psicológicas: inquietud, agitación, insomnio, alteración de las sensaciones, irritabilidad, crisis de angustia, compulsividad, déficit de atención y memoria, apatía, depresión, intentos de **suicidio**, psicosis aguda, **rasgos paranoicos**, alucinaciones y agresividad. Según la edad, clase social y forma de consumo pueden aparecer problemas económicos, laborales, familiares y legales.

Síndrome de abstinencia: Depresión, apatía, somnolencia, dolores musculares, intranquilidad y crisis afectivas.

LA PASTA BASE DE COCAÍNA O “PACO”.

El Paco, hoy mata a nuestros niños y jóvenes de más bajos recursos.



El “Paco” NO ES UNA DROGA, es peor que eso: es el desecho de una droga. Residuo de las cocinas o laboratorios en los que se elabora la cocaína, resultado de una industria que busca la forma de introducir en el mercado hasta sus desechos.

Es una droga callejera de bajo costo elaborada a partir de los residuos de la cocaína, procesada con kerosén y ácido sulfúrico (ocasionalmente se utiliza cloroformo, éter o carbonato de potasio).

Se suele consumir por vía respiratoria en pipas (generalmente de fabricación casera) o sobre la marihuana en forma de cigarrillo. Debido a su composición química, es altamente tóxica y adictiva.

La sustancia se hizo popular en las villas miserias de Argentina, luego del colapso financiero que sufrió este país en el año 2001.

El consumo de la pasta base o Paco produce:

1. El ácido sulfúrico produce enfisema y cáncer pulmonar a mediano plazo.
2. El kerosén disuelve el recubrimiento mielínico de los axones, impidiendo la transmisión de los impulsos eléctricos en las neuronas.
3. La combustión del kerosén genera monóxido de carbono, el cual sustituye el oxígeno en los eritrocitos de la sangre.
4. Expectorcación de sangre o mucosa sanguinolenta del tracto respiratorio.
5. Su consumo durante el embarazo puede producir mutaciones severas en el feto.
6. Degradación progresiva de la piel, debilitamiento de los músculos.
7. Reducción acelerada del peso corporal (en algunos casos produce anorexia).
8. Desgano e insomnio, midriasis (dilatación de las pupilas), náuseas vómitos, hipertensión arterial, migrañas severas, taquicardia, lesiones ulcerosas en los labios y cavidad bucal y comportamientos erráticos.

TEMA 3:

Consumo problemático de sustancias en la provincia de Neuquén

Informe estadístico:

Neuquén es la segunda ciudad después de la C.A.B.A. en el consumo de marihuana, según el informe del Observatorio Argentino de Drogas (OAD) dependiente de la Sedronar (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico). La población de Neuquén y Plottier señala que el 28,8% fumó alguna vez marihuana en su vida. La primera sustancia ilícita consumida es la marihuana y la segunda la cocaína.

Neuquén, entre las provincias con mayor consumo de drogas y alcohol.

En el país el aumento de consumo de marihuana ha sido notorio en los últimos siete años. Según el Sedronar entre el 2010 y 2017 se incrementó en 151 % la proporción de personas entre 12 y 65 años que consumieron esa droga.

En Neuquén se estudió el consumo de sustancias psicoactivas mediante una encuesta en 90 personas entre 15 y 65 años residentes en las ciudades de Neuquén y Plottier en el 2017 esta muestra habilita a expandir dicha población a más de 176 mil casos.

En caso de la **marihuana**, los **varones** consumen hasta **dos veces más** que las **mujeres**.

En relación a la **cocaína**, los **varones** consumen hasta **seis veces más** que las **mujeres**.



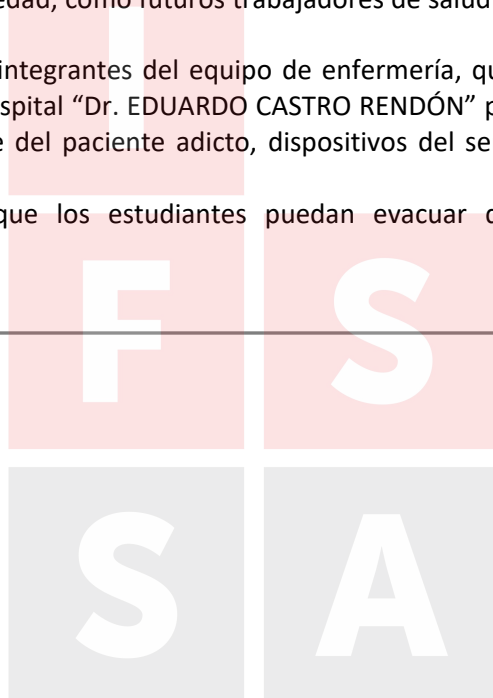


ACTIVIDAD PRÁCTICA:

Al finalizar el desarrollo de la presente unidad, cuando el estudiante mediante el estudio se haya apropiado de nuevos conocimientos acerca del consumo problemático de sustancias **“adicciones”**, sus efectos nocivos para la salud, consecuencias familiares y sociales. Teniendo en cuenta que se trata de un flagelo social y cada día comienza a más temprana edad, como futuros trabajadores de salud y su importante rol en la prevención se propone:

Invitar a una jornada áulica a integrantes del equipo de enfermería, que se desempeñan en el Servicio de Adicciones dependiente del Hospital “Dr. EDUARDO CASTRO RENDÓN” para que socialicen como desarrollan su tarea cotidiana, el abordaje del paciente adicto, dispositivos del servicio, oferta de atención, modo de acceder a la consulta, otros.

Siendo el mayor propósito que los estudiantes puedan evacuar dudas e inquietudes acerca de la especialidad.



UNIDAD VI: La salud mental del personal de enfermería y los aspectos legales del ejercicio profesional.

TEMA 1:

Los cuidados del cuidador: Síndrome de Burnout (Estrés laboral)

Síndrome de Burnout (o del quemado)



En la actualidad, el estrés forma parte de nuestra vida cotidiana, considerado como **“el malestar de nuestra Civilización”** Afecta la salud física y mental, el bienestar personal, la satisfacción laboral y colectiva.

En el contexto de la salud laboral surge el desarrollo de un nuevo proceso: **“el Síndrome de Burnout”(o del quemado)** afecta más a aquellas personas que en el desempeño profesional requieren un contacto directo con otras personas y con una «filosofía humanística» del trabajo, que necesitan altas dosis de entrega e implicancia en su tarea cotidiana. Por ej.: (enfermeras/os, médicos, trabajadores sociales, profesores, maestros, policías) Las condiciones laborales, las características del tipo de trabajo del personal de enfermería, lo hace más vulnerable y con alto riesgo para el desarrollo del síndrome. Existe una gran incidencia y prevalencia del Burnout entre el personal de enfermería.

Se identifican tres aspectos:

1. **Cansancio emocional:** Se ha definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga, que puede manifestarse física, psicológicamente o ambas.

2. **Despersonalización y la falta de realización personal:** Tendencia a la despersonalización, aparece un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, entre los beneficiarios del propio trabajo (usuarios), a los cuales se puede considerar como meros números: “el 112-1”», “el del reemplazo de cadera”. La despersonalización en niveles moderados sería una **respuesta adaptativa** para los profesionales, pero en grado excesivo, demostraría sentimientos patológicos hacia los otros, de **insensibilidad y cinismo**.
3. **Falta de realización personal:** Serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de depresión, baja moral, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la tensión, pérdida de la motivación hacia el trabajo y baja autoestima.

Estos aspectos, aparecerían como consecuencia de un proceso en el que los profesionales están desengañados de su trabajo, en respuesta a experiencias de estrés y tensión en el mismo. Los problemas que pueden ser solventados no llevan al Burnout. El estrés controlado puede tener efecto positivo, estimulando al individuo a superarse, lo que culminaría en una experiencia gratificante y en competencia profesional. Precisamente, el Burnout comenzaría cuando el individuo se siente más indefenso para cambiar la situación.

Para que aparezca este síndrome, es necesaria la interacción entre las respuestas individuales al estrés y la presión laboral en el ambiente de trabajo. En este marco el personal de salud, muy especialmente la enfermería, es vulnerable al Burnout. La sobrecarga de trabajo, la ambigüedad del rol a desempeñar y la baja autoestima o valoración profesional.

Las actividades que se desarrollan en los hospitales requieren de un trabajo en equipo en el que todos los profesionales tengan la suficiente experiencia clínica y madurez que les permita enfrentarse a la toma de decisiones difíciles. En este sentido, **la enfermería** se ha identificado como un **grupo especial de riesgo** porque en ella convergen factores personales, profesionales e institucionales, que son causas potenciales del síndrome.

La edad no parece influir. Según la variable sexo, serían las mujeres las más afectadas, quizás por el mantenimiento de la doble carga de trabajo familiar y profesional.

Otros factores influyentes serían, los cambios de turnos (rotativos) los horarios laborales, el salario, la categoría profesional y la sobrecarga laboral asistencial (**recargos imprevistos**).

Estudios realizados, demuestran que existen ciertas especialidades en las áreas de trabajo con mayor incidencia del síndrome, **servicios de emergencias y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**. Las características del trabajo en estas unidades requieren notable experiencia clínica y madurez profesional que permita hacer frente a la frecuente toma de decisiones difíciles con implicaciones éticas y morales.

Otro grupo de riesgo es el de los trabajadores del **área de oncología**, donde la enfermería se enfrenta diariamente al sufrimiento humano y en muchos casos a los pacientes terminales y a la muerte.

Al considerar los **factores institucionales** destacan positivamente el soporte social como el principal medio para contrarrestar los efectos del Burnout. Entre los numerosos factores estresantes crónicos se han identificado: un entorno laboral centrado en la producción, pacientes difíciles, bien por padecer patologías graves, o por su propio inconformismo; el poco tiempo que se dispone para brindar en algunos casos una atención mucho más personalizada, en otros casos, la mala calidad de las relaciones entre el equipo interdisciplinario.

TEMA 2: Responsabilidad legal de Enfermería: Civil y penal.

Los aspectos legales en el ejercicio de la enfermería suponen que: Todo profesional debe conocer cuál es y que ordena el marco legal que regula el ejercicio profesional, respecto a los derechos y obligaciones. Por lo cual **“no se pueden desconocer los contenidos”** de la ley que regula el ejercicio de su profesión.

Responsabilidad legal de enfermería: El quehacer enfermero tiene como objetivo el trabajo en equipo, ejerciendo actividades independientes e interdependientes. Tiene la obligación de responder por las consecuencias de sus actos (pérdidas, daños o perjuicios).

Responsabilidad Civil: Reparación del daño (resarcimiento económico).

Responsabilidad penal: Carácter punitivo (sanción).

Aspectos legales en la práctica de Enfermería



TEMA 3: Principales causas de iatrogenia. Negligencia, Imprudencia e Impericia

1. **Negligencia:** Se refiere al descuido, a la omisión o abandono del paciente, lo cual le provoque un daño. (ej.: paciente que se cae de la cama, porque enfermería no le levantó las barandas de protección).
2. **Imprudencia:** Cuando no se cuenta con los conocimientos necesarios y esperados para realizar una prestación libre de riesgos. (ej.: El paciente presenta un rash alérgico a un antibiótico.)

3. **Impericia:** Es la falta adecuada de conocimientos para ejecutar un determinado procedimiento en la atención. Se presume y consideran adquiridos para la obtención del título técnico o profesional que es atribuible a su ámbito disciplinar.

TEMA 4: Documentos y registros. Su importancia en la práctica de enfermería como instrumento legal.



Preguntas frecuentes que se hace el colectivo enfermero:

1. Por qué los enfermeros debemos registrar?
2. Para qué sirven los registros?
3. Qué tiempo debemos dedicarle?
4. Teniendo tanto trabajo, por qué debemos registrar...?

El registro de Enfermería: Es un documento específico de carácter legal, que forma parte de la Historia Clínica (H.C). En el cual debe describirse cronológicamente la atención brindada en cada turno, evolución del estado de salud, intervenciones realizadas sean personalmente o por otro integrante del equipo interdisciplinario (ej. kinesiólogo, médico, otros). Tratamiento farmacológico, observaciones, etc.

El registro de las prestaciones profesionales es la única prueba documental del cumplimiento del servicio brindado, que ante un proceso judicial se transforma en un documento de prueba **“un instrumento legal”**.

Es obligatorio realizar el registro por escrito sea en papel o en forma digitalizada si es la modalidad que utiliza la institución de salud. Forman parte de la H.C y es inherente a los cuidados brindados en el acto profesional. Aquello que no queda asentado, **“se presume que no fue realizado”**.

Los registros deben reunir requisitos básicos si se realizan en hojas de papel.

Legibles: Claros, que su lectura textual, no de permita diferentes interpretaciones. Que sirva de guía a quién continuará con la prestación del cuidado. Se deberá utilizar **bolígrafo negro** y se prohíbe el **uso de corrector**.

Redacción coherente: Las anotaciones deben ser precisas, para evitar interpretaciones sin fundamento fáctico.

Diligenciado: No deben dejarse espacios en blanco, respetar un orden, llenar los ítems requeridos (ej. Nombre y Apellido. Nro. de Habitación y cama).

Fecha, hora, firma, aclaración y Nro. de matrícula: Se recomienda usar el sello personal para operativisar los tiempos. Estos datos formales dan al registro el carácter de documento privado. Sirve para identificar al autor de cada anotación y dejan constancia del momento en que cada integrante del equipo interviene.



Conclusión:

Conocer los aspectos legales en el ejercicio de la enfermería, garantiza la idoneidad de la misma. La profesión es susceptible de demandas legales, por lo que se debe practicar la integridad en el ejercicio profesional.

Conocer los aspectos legales **ES SU RESPONSABILIDAD**, le ayudará a proteger sus derechos.

Las leyes previenen la violación de los derechos del paciente, familiares y evita la mala praxis de las actividades de la personal enfermería.

Enfermería no puede recetar medicamentos. Sólo administrarlos bajo la prescripción médica escrita y firmada y por las vías que su incumbencia profesional le habilita. Si desconoce el manejo de un equipo, medicamento o patología **“ES IMPORTANTE QUE PREGUNTE”**. Antes de ocasionar una lesión al paciente, así evitará caer en un delito culposo.

Que nuestro ejercicio profesional nos brinde muchas satisfacciones y ninguna demanda judicial.





ACTIVIDAD PRÁCTICA.

Existen múltiples factores que pueden ocasionar estrés laboral (Síndrome de Burnout). Dadas las características de la profesión de enfermería, deberá realizar un listado mínimo de **5 causas de estrés laboral y fundamentar cada una de ellas**. Considerando sus propias vivencias en el campo práctico en la cotidianeidad de la tarea de enfermería.

1. En base a los requisitos que deben reunir los registros (preferentemente la hoja de evolución de enfermería) observará en su lugar de práctica hospitalaria si se cumplen estos requisitos o cuales no se realizan y realizará un listado de los mismos.
2. Describa un ejemplo de negligencia, imprudencia e impericia. Para analizar y debatir en clase.

INDICE

PROGRAMA DE LA MATERIA.....	1
UNIDAD I: Perspectiva histórica de la salud mental.....	4
UNIDAD II: Políticas y tendencias actuales de salud mental.	13
UNIDAD III: Proceso comunicacional y salud mental.	22
UNIDAD IV: El significado de la enfermedad y la hospitalización del paciente.....	28
UNIDAD V: Consumo problemático de sustancias, un flagelo social en la actualidad.	40
UNIDAD VI: La salud mental del personal de enfermería y los aspectos legales del ejercicio profesional.	51