



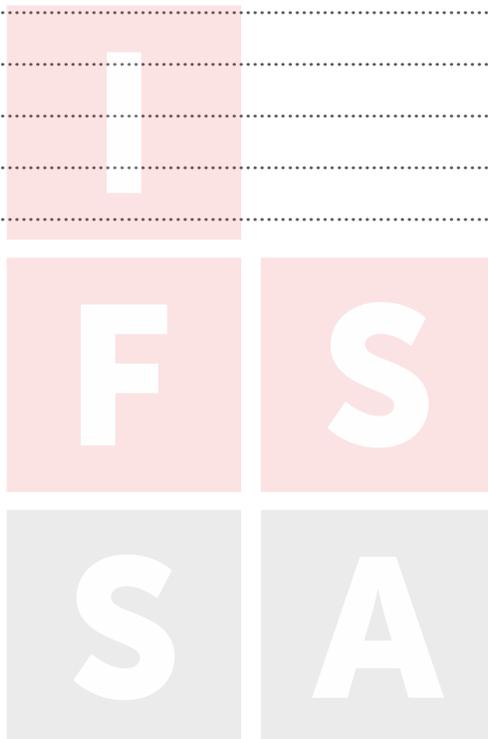
INSTITUTO DE  
FORMACIÓN  
SUPERIOR

# APUNTES DE CATEDRA

SALUD MENTAL

## Contenido

PROGRAMA DE LA MATERIA .....	2
DESARROLLO DEL PROGRAMA .....	3
UNIDAD I .....	3
UNIDAD II .....	13
UNIDAD III .....	25
UNIDAD IV .....	54
UNIDAD V .....	79
UNIDAD VI .....	93



INSTITUTO DE  
FORMACIÓN  
SUPERIOR

## **PROGRAMA DE LA MATERIA**

### **Unidad I**

- Salud Mental, concepto.
- Perspectiva histórica de la salud mental.
- Promoción de la Salud y prevención de enfermedades mentales.
- El significado de la enfermedad y la hospitalización del paciente.
- Políticas y tendencias actuales de salud mental.

### **UNIDAD II**

- Proceso comunicacional y salud mental. Enfoques terapéuticos, modo de tratamiento y rehabilitación. Relación Terapéutica.
- Estrés y afrontamiento.
- La familia y la protección de la salud mental. Participación de la familia en el cuidado del paciente.

### **UNIDAD III**

- Psicobiología y Psicofarmacología básica.
- Trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. Trastornos del aprendizaje, de la comunicación, de la eliminación y ansiedad de separación
- Retraso mental, Autismo, Asperger, TDA
- Demencia y trastornos cognitivos
- La salud física y los trastornos alimentarios: Bulimia y Anorexia. Otros trastornos alimenticios.

### **UNIDAD IV**

- Esquizofrenia. Tipos, causas, diagnóstico y terapias
- Trastornos del estado anímico. Depresión mayor, suicidio, bipolaridad.
- Trastornos de la personalidad.
- Trastornos de ansiedad. Bases biológicas, angustias, fobias, TOC, estrés postraumático

### **UNIDAD V**

- Consumo problemático de sustancias. Uso, abuso y dependencia
- Tipos y clasificación de sustancias
- Principales signos a evaluar en la prevención y detección precoz asociados al consumo de sustancias. Abordaje del adicto. La importancia del trabajo interdisciplinar e intersectorial.

### **UNIDAD VI**

- Aspectos legales del ejercicio profesional. Responsabilidad civil y penal. Negligencia. Imprudencia e impericia. Tipos de derecho. Derechos del Paciente.

## **DESARROLLO DEL PROGRAMA**

### **UNIDAD I**

#### **Salud mental**

No hay ninguna definición aceptada de forma universal de salud mental. De hecho, hay mejores criterios para definir la enfermedad mental que la salud mental. Sin embargo, hay cierto acuerdo sobre qué aspectos del pensamiento, los sentimientos y la conducta se consideran saludables o no saludables.

En general hay siete características importantes de la salud mental. Las personas mentalmente sanas:

- Interpretan exactamente la realidad
- Tienen un autoconcepto saludable
- Se pueden relacionar con los demás
- Alcanzan un sentido de significado en la vida
- Demuestran creatividad/productividad
- Tienen control sobre su conducta
- Se adaptan a los cambios y los conflictos

La capacidad de determinar con exactitud la realidad (lo que realmente es o existe) es un componente básico de la salud mental. Incluye las capacidades de diferenciar entre lo que es realmente y lo que podría ser, y de predecir razonablemente las consecuencias de la propia conducta. (Si salto del tejado, me podría lesionar.)

Un autoconcepto saludable incluye en primer lugar una valoración realista del propio yo (capacidades, función y aspecto). Además, para tener un autoconcepto saludable las personas se deben aceptar como son.

La introspección, o conocimiento de uno mismo, es una parte importante de la relación con uno mismo, porque permite que las personas conozcan sus propias motivaciones o las razones que están detrás de sus sentimientos y su conducta. Una persona que carece de introspección podría negarse a tomar un fármaco porque hace que se le seque la boca. Con introspección una persona podría decidir que aunque no le guste tomar el tratamiento, mejora su enfermedad mental, por lo que lo va a tomar. La introspección es crítica para la toma de decisiones positivas sobre los problemas de salud. Sin ella las personas con frecuencia no se dan cuenta de que tienen una enfermedad.

Los seres humanos son criaturas que se desarrollan mejor cuando están con los demás. El amor es la emoción humana más importante. El desarrollo humano normal no es posible en una situación de aislamiento. Las personas deben poder interactuar y relacionarse con los demás a fin de prosperar. Sin la capacidad de relacionarse con los demás de una forma satisfactoria una persona no puede estar sana.

Los seres humanos buscan motivos y significado en la vida. Muchas personas encuentran un sentido de significado en el mundo a través de la religión. Otras muchas encuentran el significado en la naturaleza, la filosofía, la ética o el servicio a los demás. Este sentido de la espiritualidad exclusivamente humano es una parte importante de lo que significa ser una persona. Una persona mentalmente sana por completo tendrá un sentido de lo que es importante en la vida y de lo que da significado a la vida.

Una persona no tiene que ser un artista para ser creativa. Las personas sanas pueden resolver problemas de forma creativa. Pueden interpretar las experiencias de forma abstracta. Algunas personas piensan de forma concreta, lo que significa de forma literal o sin creatividad. Por ejemplo, un pensador concreto puede decir que el refrán «más vale llegar a tiempo que rondar un año» significa que si se llega a tiempo no habrá que esperar un año. Un pensador más abstracto podría decir que significa que si se pone algo más de esfuerzo para resolver un problema pronto se ahorran muchos problemas a largo plazo. Otro aspecto de la creatividad

saludable es un sentido de productividad o contribución. Las personas sanas quieren tener la sensación de que de alguna forma se diferencian de otras y del mundo.

Control de la conducta significa que las personas mentalmente sanas pueden sopesar los conflictos con sus instintos, su conciencia y la realidad antes de actuar. Las personas sanas no actúan de forma violenta simplemente porque están frustradas en el momento, ni robarían algo simplemente porque sería agradable tenerlo. Las personas mentalmente sanas pueden retrasar la gratificación. Pueden actuar de una forma que ayude a otra persona, aun cuando sea difícil para ellas. Las personas más sanas tienen la integridad de actuar según sus valores.

La adaptabilidad es crítica para tener éxito como persona. La única cosa constante alrededor de nosotros es que todo cambia. Las personas sanas se pueden comprometer, planificar y ser flexibles. Pueden manejar con éxito los conflictos. No es fácil aprender a cambiar, pero si las personas son sanas lo lograrán. La salud mental es realmente una gama de conductas, pensamientos y sentimientos; es un estado relativo y no un estado absoluto.

Nadie está en el nivel último de salud en todas las áreas en todo momento. Las personas pueden estar en cualquier nivel desde un mínimo hasta un máximo de conducta mentalmente sana, independientemente de que estén diagnosticadas o no de un trastorno mental. De la misma forma que todas las personas se están desarrollando durante toda la vida, todas las personas tienen la capacidad de desarrollarse hacia una mayor salud mental. Como los profesionales de enfermería tratan a los pacientes de forma holística, un aspecto importante de la enfermería es fomentar la salud mental de los pacientes.

Las personas con enfermedades físicas crónicas, como diabetes o cardiopatías, pueden seguir estando sanas (dentro de los límites de sus posibilidades) si eligen conductas sanas y participan en el tratamiento. De la misma forma que una persona con una enfermedad física puede estar relativamente sana, las personas con enfermedades mentales pueden tomar sus fármacos, pueden elegir conductas sanas dentro de sus posibilidades, y de esta manera también pueden estar más sanas.

### **Trastornos mentales**

Los trastornos mentales son enfermedades con síntomas relacionados con el pensamiento, los sentimientos o la conducta. Se deben a influencias genéticas, biológicas, sociales, químicas o psicológicas. Estas enfermedades producen deterioro del desempeño de funciones y otros síntomas. El significado de una enfermedad para una persona está relacionado con su cultura. Incluso la forma en la que un paciente describe el trastorno depende de su cultura. Se ha investigado mucho sobre los trastornos mentales. La fuente definitiva que utilizan los psiquiatras y otros médicos en relación con los criterios diagnósticos de los trastornos mentales es el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Se revisa a medida que se dispone de nuevos conocimientos.

Las personas no se definen por sus enfermedades. Una persona con una enfermedad es simplemente eso, una persona primero, no un diabético, ni un esquizofrénico, ni «la apendicectomía de la habitación 213».

Los profesionales de enfermería forman parte del equipo terapéutico multidisciplinar que planifica y suministra la asistencia de los pacientes. Las enfermedades mentales y físicas de los pacientes, sus estresantes vitales y los efectos sobre la capacidad de la persona de desempeñar sus funciones son datos útiles para la planificación de la asistencia de los pacientes.

Los médicos analizan los trastornos mentales en relación con los procesos de enfermedad y del tratamiento médico. Los profesionales de enfermería se concentran más en cómo se ven afectadas las personas por estos trastornos. Los profesionales de enfermería se centran en la respuesta de los pacientes a la enfermedad, tanto física como mental.

Los trastornos mentales son un problema importante para personas de todo el mundo. Con frecuencia se infraestima la incidencia de los trastornos mentales. Un motivo de esto probablemente sea que no se reconocen las graves consecuencias que tienen los trastornos mentales.

### **Estigmas de las enfermedades mentales**

Intente enumerar todos los términos que ha oído en relación con una persona con enfermedad mental. Loco, majareta, chiflado, le falta un hervor o un tornillo, chaveta, pirado y chalado son algunos. ¿Puede enumerar más? ¿Qué tienen todos estos términos en común? Todos son negativos, insultantes y despreciativos.

Cuando hablamos sobre las enfermedades físicas no utilizamos estos términos tan insultantes. Nunca llamaríamos a una persona con diabetes un «adicto a la insulina» o un «loco por el azúcar». Estas etiquetas son inexactas, inadecuadas y desagradables.

Simplemente hablar sobre las enfermedades mentales con frecuencia hace que las personas se rían nerviosamente porque la enfermedad mental tiene un estigma, o «marca de vergüenza», en nuestra cultura. Es muy frecuente que las personas tengan actitudes negativas que devalúan a las personas con enfermedades mentales. Las personas pueden sentirse tan avergonzadas de tener una enfermedad mental que pueden negarse a solicitar tratamiento. Personas que se presentan a cargos políticos han abandonado la política cuando se ha sabido que se les ha tratado por una enfermedad mental. Incluso los médicos a veces dudan de dar a sus pacientes el diagnóstico de un trastorno mental por miedo a que se asigne a los pacientes una «etiqueta» y, en consecuencia, se les trate mal.

Las personas con trastornos mentales tienen síntomas y deterioro de la capacidad funcional. Sin embargo, estos trastornos se pueden tratar. Las personas afectadas pueden tener éxito, y con frecuencia lo tienen, como políticos (incluyendo jefes de estado), artistas, periodistas, policías, profesores (tal vez su profesor), médicos, sacerdotes, conductores de autobús, profesionales de enfermería y estudiantes de enfermería. Es evidente que el estigma frente a los enfermos mentales no está justificado.

Como defensores de los pacientes, los profesionales de enfermería deben dejar de utilizar etiquetas negativas sobre los pacientes con enfermedades mentales y deben animar a los demás a que dejen de utilizarlas. Deben educar al público de que la enfermedad mental se debe tratar de la misma forma que la enfermedad física. Los profesionales de enfermería deben evitar la tendencia a explicar la enfermedad mental según sus propios miedos y conjeturas. Los profesionales de enfermería pueden tomar la delantera basando su práctica en datos científicos, no en suposiciones ni estereotipos.

### **DE LA CUSTODIA AL CUIDADO DEL ENFERMO MENTAL**

Es preciso clarificar las diferencias existentes entre los conceptos «custodiar» y «cuidar» con la finalidad de identificar y explicar las diferencias existentes entre un modelo de asistencia psiquiátrica represiva, y que se enmascaraba con el sistema penitenciario, y un modelo de asistencia psiquiátrica humanístico cuyo emblema conceptual es el «cuidado». La custodia de los alienados como sujetos a los que era preciso, en primer término, apartar de la sociedad mediante su reclusión en centros inespecíficos para que, en segundo lugar, se les «apaciguara» reprimiendo sus desordenadas conductas con los medios que fuera menester.

La enorme diferencia entre los significados de «custodiar» y «cuidar» es que se pueden verificar etimológicamente con enorme claridad. Custodiar (custodio) implica cuidar, guardia, vigilancia. En el desempeño de esta función de custodia se utilizaban todo tipo de artilugios para sujetar, contener y reprimir la furia del alienado: grilletes, cepos, palos, baños de agua fría, jaulas, cuerdas, etc. Por otro lado, «cuidar» (cogitare), significa pensar, reflexionar sobre acontecimientos y problemas presentes y venideros. Sin embargo, la diferenciación entre ambos términos sólo se ha evidenciado cuando se han producido cambios científicos, desde luego (nacimiento y desarrollo de la psiquiatría desde el siglo XVIII), pero también

profundas transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y mentales que con el tiempo harán posible una interpretación profesional y científica del concepto cuidado.

Para delimitar de forma nítida la existencia de factores ideológicos, culturales y científicos en el proceso de profesionalización de los cuidados de salud mental es preciso identificar los períodos correspondientes a los cuatro grandes paradigmas (teológico, racional tecnológico, hermenéutico y sociocrítico) que han ordenado y orientado el pensamiento, la producción científica y, sobre todo, la forma de interpretar la locura desde los tiempos de la custodia y el castigo corporal a los actuales, en los que impera la filosofía del cuidado profesional y humanizado.

De la utilización del término custodiar para referirse a la relación del personal sanitario con los enfermos surge una doble confusión que lamentablemente ha constituido una realidad histórica hasta tiempos muy recientes: el enfermo mental como sinónimo de pobre, inocente, furioso, preso, delincuente, vago, etc. Como consecuencia de esta primera deformación de la realidad, se ha producido históricamente un segundo error: la equiparación del sistema penitenciario con lo que debiera ser el sistema sanitario o, al menos, una parcela significativa del mismo. Durante mucho tiempo la asistencia a los dementes fue un apartado más de la asistencia de tipo asilar en la que se mezclaban en un auténtico tótem revolútem pobres, enfermos, inocentes y locos furiosos. Sin embargo, la mayor intensidad en la vigilancia y control de los internados era la dedicada a los locos, especialmente aquellos que expresaban su locura mediante la exteriorización de conductas furiosas que a menudo eran consideradas peligrosas sin demasiado fundamento.

El trasiego cárcel-manicomio era un asunto común debido a la dificultad que existía en ambos tipos de centros para controlar la escandalosa desmesura de los locos. Pero nadie se planteaba entonces —ni durante mucho tiempo— la necesidad de crear una nueva profesión cuyo cometido fuera el cuidado de estos enfermos, ya que el problema del cuidado psiquiátrico, a diferencia de la cuestión puramente médica, implica una presencia continua y un contacto directo con el enfermo y la intervención de un nuevo tipo de profesionales de enfermería psiquiátrica. Respecto a esta cuestión y desde planteamientos eminentemente críticos, hay que considerar las aportaciones de Foucault, que escribió mucho y de forma profunda acerca de la historia de la locura, acerca de las relaciones de poder y la variada y amplia gama de políticas represivas en cuya aplicación se desarrollan estrategias tales como la ambigüedad entre cárcel y hospital, entre enfermo y delincuente, entre vigilar y castigar. En definitiva, se podría aseverar que para que en una sociedad los enfermos mentales sean tratados exclusivamente como seres humanos con una enfermedad mental serían necesarias ciertas condiciones:

- La existencia y evolución de los cuidados en psiquiatría está vinculada a la presencia de una profesión que hace del concepto «cuidado» su principal objeto de reflexión teórica con finalidades eminentemente prácticas.
- Los factores políticos, sociales y el pensamiento científico predominante (paradigmas) determinan la existencia de un tipo de asistencia autoritaria y represiva (custodia).
- Los cuidados de salud mental sólo son posibles en el marco de una sociedad democrática socioeducativamente desarrollada.
- El nivel social y económico influye en la identificación de las auténticas causas de la problemática de salud mental y, asimismo, determina el proceso de profesionalización de los mismos.

### **CUSTODIA Y ENAJENADOS O POSEÍDOS EN EL MARCO DEL PARADIGMA TEOLÓGICO**

Desde la perspectiva del paradigma teológico (hegemónico hasta el siglo XVIII ), la locura se interpretaba como un fenómeno de posesión por parte del demonio al iluminado, hereje, hechizado o beata poseída. Gonzalo de Berceo, en la «Vida de San Millán de la Cogolla» (santo enterrado en el Monasterio de Silos), describe cómo se producen curaciones milagrosas de enfermos y locos.

Desde estos supuestos de causa sobrenatural de la locura, el exorcismo era la técnica más habitual y el escándalo que suscitaba la conducta provocadora del enajenado era tal que muchos de ellos acabaron en la hoguera tras ser juzgados por la Inquisición. Fueron órdenes religiosas como las de los mercedarios, San Juan de Dios y las hermanas hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús las encargadas de vigilar la vida y los actos de los enajenados.

Ante la dejadez y maltrato del que eran objeto los inocentes y furiosos, el mercedario fray Gilabert Jofré fundó en Valencia, a principios del siglo XV, el que ha sido considerado el primer centro específico para internamiento de locos o alienados.

Desde la Edad Media hasta el primer tercio del siglo XX, los religiosos fueron los encargados de custodiar a los enfermos mentales inspirados en los principios cristianos recogidos en las obras de misericordia. Estos locos, junto con los pobres, peregrinos, enfermos y vagos, eran internados en los denominados «hospitales de pobres», los cuales proliferaron por toda la geografía española, caracterizándose por su carestía de recursos humanos y materiales. En dichos hospitales se identifican dos figuras esenciales en la supervisión del control y auxilio de los dementes: el «padre de los locos», que se ocupaba de los dementes varones, y la «madre de las locas», que hacía lo propio con las mujeres.

En esta época la pobreza podía causar el aislamiento de la sociedad, de los amigos y hasta de la familia, pudiendo el estado de extrema penuria contribuir a la aparición de enfermedades mentales.

En este paradigma teológico se humaniza el cuidado de «los locos» durante el Renacimiento en la Europa católica y en Latinoamérica: «La filosofía humanística o antropológica de la enfermería, en la perspectiva mencionada, implicaba potenciar la atención holística en el proceso de satisfacción de necesidades de los pacientes considerando el binomio hospitalidad-humanización de la asistencia»

Juan Ciudad, fundador de la orden de San Juan de Dios, se dedicó al cuidado de pobres, enfermos, prostitutas y locos en Granada durante el Renacimiento. Su caso es ejemplar para entender el solapamiento entre paradigmas tan aparentemente distantes como el teológico y el sociocrítico, dado que Juan estuvo internado por perder la razón en un manicomio en el que experimentó el tipo de atención recibida por los locos en la época. Es decir, Juan formó parte del estigmatizado grupo de locos a los que luego, en gran medida, dedicaría su obra, una de las premisas del paradigma sociocrítico. Comprendió el gran error que es pretender curar las enfermedades mentales a bases de golpes y desprecio y se propuso ayudarles. Para ello, alquiló una casa vieja en Granada para recibir a cualquier enfermo, mendigo, loco, anciano, huérfano o desamparado. Durante todo el día atendía a cada uno con el más exquisito cariño, haciendo de enfermero, cocinero, barrendero, mandadero, padre, amigo y hermano de todos.

En la década de 1860, la obra de San Juan de Dios (que tradicionalmente se había ocupado del cuidado de los enfermos mentales) experimentó una gran crisis, en consonancia con el fenómeno desamortizador y la crisis religiosa. El italiano Benito Menni, en el último cuarto de siglo, se encargó de revitalizar la enfermería psiquiátrica poniendo en funcionamiento una serie de centros dedicados a cuidados de enfermos mentales: puso en funcionamiento dos sanatorios en Ciempozuelos (1880); el sanatorio psiquiátrico provincial de Zaragoza (1888); el Instituto Mental de Santa Cruz en la villa de San Andrés (1889); el sanatorio psiquiátrico de San Baudilio en Barcelona (1895), y el psiquiátrico de Santa Águeda en Mondragón (Guipuzcoa, 1898).

La enfermería mental, pues, tenía sus raíces fuertemente implantadas en el ámbito religioso, si bien se realizaron intentos de implantar un sistema sanitario inspirado en los ideales liberales en el que se integrarían los avances científicos de la época. Esto supone que, en la época de Benito Menni, se puede hablar de un inicio de racionalización de los cuidados de enfermería en salud mental. Consecuencia de este empeño fueron las leyes de beneficencia de 1822 y 1849, y la Ley de sanidad de 1855. Sin embargo, debido a la enorme inestabilidad política, social y económica en la que estuvo sumida España durante el siglo XIX, el alcance de estas reformas fue muy limitado.

Una muestra de la escasa repercusión reformista la constituye el hecho de que, a mediados del siglo XIX, Juan Bautista Perales, a la sazón médico director del departamento de dementes del Hospital General de

Valencia, y que, al parecer, destituyó al padre de los locos por su abuso y desmesura en la aplicación de técnicas represivas, describe en su «Memoria teórico-práctica de las enajenaciones mentales» (1851) las lamentables condiciones en las que vivían los enajenados: jaulas, desorden, suciedad, cepos, cadenas, grilletes. Los cuidados de salud mental inspirados en reglamentos de órdenes como San Juan de Dios reflejan el gran contenido ético y el enfoque holístico del ideario o unidad funcional de estos cuidadores de motivación religiosa. En la Europa católica y Latinoamérica se ocuparon de los cuidados de los locos desde el Renacimiento hasta la actualidad. Los hermanos de San Juan de Dios están presentes en los cinco continentes y en 50 países.

### **CUSTODIA Y CUIDADOS EN EL MARCO HISTÓRICO Y CULTURAL DEL PARADIGMA RACIONAL TECNOLÓGICO**

Con el inicio de la profesionalización en los países reformistas, que es donde existía el problema más acuciante de los cuidados de salud en general y de los enfermos mentales en particular, en el ámbito anglosajón se va a ir superando muy lentamente el gran problema de atender a los enfermos mentales como delincuentes y, de forma progresiva, se van a dejar de emplear las cárceles como marco funcional (espacio donde albergar y cuidar a los enfermos mentales). El paradigma racional tecnológico parte de la ilustración del XVIII y se continúa con el positivismo de Augusto Comte durante el XIX. Aporta la perspectiva propia del positivismo científico. La causa de la locura era de naturaleza fisicomecánica y el cerebro desplaza al alma como centro de atención de los estudiosos del fenómeno.

Los médicos alienistas —inspirados en el francés Philippe Pinel (1745-1826)— se esfuerzan por conocer cada vez mejor el cerebro. El problema de la visión mecánica de la enfermedad mental es que se mantiene una visión reduccionista que va a tener graves consecuencias en los tratamientos: lobotomías, electroterapia, etc. El trato se humaniza, aunque en su mayor parte —la custodia directa— sigue dependiendo de las órdenes religiosas (especialmente de San Juan de Dios); dicho de otro modo, la profesionalización de la medicina psiquiátrica no va acompañada de un proceso paralelo de profesionalización de los responsables de la asistencia directa y continuada de los enfermos mentales.

En Latinoamérica y el resto de Europa, las órdenes religiosas van a seguir ocupándose de los cuidados de los enfermos mentales. La red hospitalaria de órdenes como la de San Juan de Dios siguen dedicándose a la atención especializada de los enfermos mentales en ambos continentes. Poco a poco, la profesionalización de la medicina va a influir en los tratamientos de los enfermos mentales, aunque la asistencia directa y continuada de los mismos sigue siendo un gran problema, pues en los asilos, manicomios, frenopáticos o sifilicomios no existía personal especializado en los cuidados. Este personal, incluso los primeros practicantes y enfermeras psiquiátricas especializadas, van a estar siempre vinculados a los médicos. La unidad funcional en este paradigma, en lo esencial, es de tipo racional y científico.

El mecanicismo va a influir tanto en la interpretación como en los tratamientos de la enfermedad mental. El marco funcional mayoritario lo constituyen espacios donde el enfermo mental es recluido (salvo el relativamente frustrante movimiento antipsiquiátrico o de desinstitucionalización de la década de 1960): sifilicomio, asilo, manicomio, hospital psiquiátrico, frenopático, etc. El elemento funcional va a estar representado por actores sociales, que van desde los cuidadores sin formación ni motivación hasta las primeras enfermeras especializadas en Estados Unidos, Gran Bretaña, España (practicantes, enfermeros y ATS) y algunos países latinoamericanos. 17,18 En el ámbito anglosajón, influenciados por autores como Foucault, a principios de la década de 1960 se desarrolla el movimiento de la enfermería antipsiquiátrica. El gran problema de este movimiento, de gran contenido humanístico en materia de cuidados, radica en la falta de sintonía con una sociedad que, regida por factores económicos, políticos o ideológicos, no contemplaba como una preferencia la creación de profesionales que permitieran, conjuntamente con la infraestructura

necesaria, la dispensación de cuidados a enfermos mentales en sus propios hogares. Dejar a los enfermos mentales solos a cargo de sus familias no era la solución.

La reforma de la enfermería mental: practicantes, enfermeros y visitadoras psiquiátricos durante el primer tercio del siglo XX.

Es precisamente en el primer tercio del siglo XX cuando comenzó a desarrollarse la enfermería mental de carácter laico (tanto en los cuidados de los enfermos mentales como en la prevención de los procesos mentales).

Gracias al impulso reformador desarrollado por los krausistas y a los efectos del informe Vera respecto de las necesidades más perentorias del país, se crea, en 1903, el Instituto de Reformas Sociales, centro que se va a ocupar de diagnosticar los principales problemas de España, entre los que se encuentran la mortalidad infantil y, desde luego, la salud mental. Desde el siglo XVIII los reformadores sociales estudian simultáneamente las cárceles y los hospitales para tratar de mejorar la asistencia a los locos: John Howard y Elizabeth Gourney Fry, en Inglaterra; Teodoro Fliedner, en Alemania; Dorotea LyndeDix, en Estados Unidos, y Concepción Arenal y Gumersindo de Azcárate, en España, donde muchos enfermos mentales eran internados en las cárceles o en manicomios en los que se dispensaba un tratamiento, fundamentalmente, de tipo represivo; terrible realidad que ha sido inmortalizada por obras de pintores como Velázquez, Goya y Picasso.

Todavía a principios de siglo se sigue custodiando a los locos en los dos sistemas: el penitenciario y el sanitario. Es en el marco de las reformas impulsadas por el Instituto de Reformas Sociales, con la creación de la Escuela Nacional de Puericultura (1923) y la Escuela Nacional de Sanidad (1924), en el que hay que interpretar el intento de solucionar el problema del cuidado de los enfermos mentales.

En este contexto de proceso reformista de corte krausista se encomendó, en 1926, a una comisión el estudio del problema de los alienados en España, proponiéndose, como una de las principales medidas, la creación de una Escuela de Psiquiatría dotada de toda clase de elementos para la investigación científica del enfermo mental y su tratamiento y curación. Dicha comisión también se encargaría de formular el plan organizativo del centro docente, selección de personal especializado que pudiera aconsejar sobre el tema y señalar las enseñanzas especiales que tuvieran que darse a los practicantes y enfermeros que quisieran dedicarse a la asistencia de alienados. Estos estudios se convertirían en requisito imprescindible para poder acceder legalmente a tales menesteres profesionales.

Paralelamente, la Liga Española de Higiene Mental organizó unos comités locales, en 1928, para colaborar con los gobernadores civiles y los inspectores provinciales de Sanidad, con la finalidad de suministrar informes a las autoridades para crear dispensarios locales de higiene mental. Entre los informes figuraban los referentes al personal de enfermería preciso y las características que debería reunir el mismo para realizar una labor eficaz en el cuidado de los enfermos mentales. En 1931 se creó el Consejo Superior Psiquiátrico, dependiente de la Dirección General de Sanidad. Entre sus componentes destacaba el delegado de la Liga de Higiene Mental, que debía ser el presidente del Consejo. Este organismo se reunía una vez al mes y estudiaba los problemas de salud mental de la colectividad. Entre sus funciones principales destacaban la adopción de estrategias, ofrecer ideas a la administración para el inicio y organización de actividades eficaces, proponiendo para ello la creación de los medios e instituciones adecuados. De manera que, en 1931, se instituyó, en cada Inspección Provincial de Sanidad, una sección de psiquiatría y enfermedades mentales, determinándose, asimismo, los deberes y funciones de los inspectores en la materia. La fundación, en 1932, del Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica supuso un hito en la historia de la enfermería psiquiátrica contribuyendo a la profesionalización de la enfermería mental en España.

El Patronato se ocupaba de la vigilancia postmanicomial de los enfermos mentales tratados en los establecimientos oficiales o particulares (que albergaran enfermos mentales de la beneficencia). Para la mayor eficacia práctica se disponía de un grupo de enfermeras psiquiátricas visitadoras, de un local de trabajo y de un archivo (normalmente integrado en las dependencias del dispensario de higiene mental de cada provincia dependiente de la Dirección General de Sanidad). El Patronato tenía funciones educativas en

la comunidad tales como divulgar las normas de higiene mental. Para ello contaba con el importante dispositivo de las visitadoras psiquiátricas encargadas de cumplir funciones (reguladas mediante Orden Ministerial 16 de abril de 1932) que pretendían mantener una visión global del problema mediante:

- Complimentar visitas a las familias con miembros afectos de enfermedades mentales.
- A los propios enfermos en los establecimientos en los que estaban internados.
- Actuar como nexo entre unos y otros (sirviendo de puente de comunicación entre la institución y la familia).
- Facilitar la adaptación social y familiar del enfermo.
- Colaborar con otros profesionales dentro y fuera del Patronato, tanto a nivel asistencial como docente e investigador.

En ese mismo año de 1932, que resultó clave para la enfermería psiquiátrica, se implantó la ordenación y regulación del personal sanitario que debía realizar su labor profesional en los establecimientos psiquiátricos públicos y privados. No se trataba de la reglamentación aislada de un grupo profesional concreto, sino que respondía a un proceso progresivo de vertebración general de la sanidad española que tuvo lugar en estos años y que alcanzó su punto álgido durante el período republicano.

En este sentido, resulta significativa, respecto al cuidado de los enfermos mentales, la reorientación propugnada por la Dirección General de Sanidad:

«(...) exige resolver todo cuanto al cuidado directo del enfermo mental se refiere y ha de establecer cuáles han de ser los conocimientos necesarios para desempeñar el cargo de enfermero psiquiátrico (es preciso que desaparezcan de estos centros las personas sin preparación) (...) el enfermo mental es el que requiere cuidados más especializados (...))»

Orden Ministerial de 16 de mayo de 1932

Según la citada norma, el personal sanitario en los centros dedicados a enfermos mentales debía ser el siguiente: practicantes en medicina y cirugía con el diploma de enfermero psiquiátrico (para asegurar la práctica médica y quirúrgica de urgencia diurna y nocturna y auxiliar a los médicos), y enfermeros y enfermeras psiquiátricas que debían estar al cuidado directo del enfermo mental cumpliendo las indicaciones del médico (constituyeron el elemento auxiliar fundamental en asistencia psiquiátrica intramaneicomial).

Los cuidados de enfermería en salud mental tras la guerra civil

Tras la guerra civil se produjo una involución que afectó de lleno a la enfermería psiquiátrica, quedando, como el resto del colectivo profesional, vinculado a la Sección Femenina con el predominio ideológico de la religión y la Falange que relega a la mujer al espacio doméstico tradicional y al enfermo mental a un trato mucho menos contemplativo (vuelta al autoritarismo represivo). En este contexto, tiene gran auge el desarrollo de técnicas como la terapia electroconvulsiva y, aunque en menor medida, la lobotomía. El 14 de abril de 1955 se crea el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, cuya principal función es el estudio de la problemática de los enfermos mentales en general y de su cuidado en particular. En esta dirección hay que interpretar la edición de una «Guía para auxiliares psiquiátricos» realizada por dicho patronato y que engloba a enfermeras y practicantes como tales auxiliares, ignorando la anterior reforma que durante la época republicana había diferenciado claramente entre enfermero psiquiátrico y practicante psiquiátrico. En 1962, se promulga la Ley general de hospitales que va a incidir en el proceso de asalarización y tecnificación del personal médico y sanitario. La especialidad de ayudante técnico sanitario psiquiátrico se creó en 1970 (Decreto de 22 de octubre) y constaba de dos cursos de ocho meses de duración.

## **LOS CUIDADOS DE SALUD MENTAL EN EL MARCO HISTÓRICO Y CULTURAL DEL PARADIGMA HERMENÉUTICO**

Tras la segunda guerra mundial, el desarrollismo dirigido y la potenciación de las políticas del bienestar van a introducir un nuevo enfoque de la locura. Desde el paradigma hermenéutico la enfermedad mental va a interpretarse como un fenómeno producido por causas internas y/o externas, pero que, en todo caso, requieren la comunicación entre el paciente y el profesional. Los psicoanalistas se van a afanar por comprender el significado de las conductas «desviadas», atendiendo al fenómeno en un contexto cultural y antropológico específico. La custodia se va a tecnificar mediante nuevos perfiles profesionales y, gracias al avance de los psicofármacos, se suaviza el control de los dementes.

En 1977, tras un largo período de deliberación facilitado por la Ley general de educación de Villar Palasí (1970), se produce el ingreso de la enfermería en la universidad.

En esta carrera se van a impartir materias de salud mental, psicología, teoría de los cuidados, investigación, etc. Sin embargo, ni la sociedad en general, ni los enfermos mentales en particular, se pueden beneficiar del enorme potencial de unos profesionales que no encuentran en el sistema sanitario el medio adecuado para desarrollar todo lo que pueden dar de sí. Está pendiente todavía la adecuación a nivel normativo y práctico del ambiente laboral a las nuevas titulaciones incluidas en el sistema educativo.

### **LOS CUIDADOS DE SALUD MENTAL EN EL MARCO HISTÓRICO Y CULTURAL DEL PARADIGMA SOCIOCRÍTICO**

La Ley general de sanidad de 1986 facilita la labor cuidadora de los enfermeros de forma transversal, sirviendo de puente entre el ámbito comunitario y el hospitalario.

El título de «enfermería en salud mental» se creó en 1987 (Real Decreto del 3 de julio), aunque no empezó a impartirse en las universidades hasta 1998. En definitiva, los profesionales de los cuidados mentales, aquellos realmente capacitados para investigar y reflexionar sobre los mismos, nacen con el nuevo siglo. Poseen una formación que los capacita para interpretar los problemas de salud mental como parte integrante de una sociedad cada vez más compleja. El enfermo mental forma parte de una cultura que incide en el proceso de sus problemas de toda índole, incluyendo los conflictos psicológicos y mentales. Las causas de la enfermedad mental pueden ser múltiples y hay que buscarlas empleando métodos antropológicos que consideren el factor cultural. Los cuidadores de salud mental deben desarrollar, además de los conocimientos técnicos precisos para la implementación exitosa de los cuidados, toda una serie de habilidades de comunicación que permitan no sólo el diálogo, sino la ayuda desde la perspectiva del psicoanálisis y el deconstruccionismo. Los enfermos participan en la reconstrucción de sus identidades como personas que han sido capaces de eliminar o neutralizar los problemas que afectaban a su salud mental.

Igualmente, los cuidados de salud mental deben aspirar a implicar a los individuos y a la sociedad en la solución de sus problemas de forma integral, participativa y lo más activamente posible. Uno de los ejemplos de este proceso de implicación de los pacientes y la sociedad lo constituye el creciente asociacionismo que se desarrolla entre los diferentes colectivos de enfermos mentales y, asimismo, la adopción de metodologías terapéuticas que son capaces de aprovechar el potencial terapéutico de la participatividad. Las asociaciones de enfermos mentales, familiares y allegados (y, en muchos casos, profesionales de la salud) constituyen un ejemplo del impacto de los principios del paradigma sociocrítico en la sociedad: la participación del enfermo mental y su entorno en la gestión de su problema de salud mental y la planificación de sus cuidados. Existen asociaciones de enfermos mentales por toda la geografía española y se han llegado a formar federaciones que las aglutinan con el fin de coordinar esfuerzos, estrategias, recursos y objetivos. Algunos ejemplos de estas entidades son: Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Alicante (AFEMA), creada en 1991; Asociación para Salud Integral del Enfermo Mental (ASIEM); enfermos, familiares y amigos, personal sanitario y otros profesionales; Federación Andaluza de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (FEA-FES); Asociación Provincial de Allegados y Enfermos Mentales (APAEM); Asociación de Familiares y Allegados de

Personas con Esquizofrenia (AFAENES), etc. Todas ellas, en conjunto, persiguen la promoción del enfermo mental, el apoyo a su familia y la defensa de los derechos de ambos.

## **CONCLUSIONES**

A modo de conclusión, se puede afirmar que:

- La historia cultural permite un acercamiento real al fenómeno de la enfermedad mental y sus cuidados, dado que permite su observación histórica sin caer en el reduccionismo y permitiendo el análisis del complejo entramado de factores incidentales.
- El análisis de estructuras como la unidad funcional, el marco funcional y el elemento funcional, conjuntamente con la observancia de los modelos explicativos vigentes en cada época, contribuyen al conocimiento histórico de los cuidados de salud mental sin caer en visiones históricas reduccionistas o parciales.
- Se distinguen cuatro grandes períodos o paradigmas en la custodia y cuidado de los enfermos mentales: el teológico, el racional tecnológico, el hermenéutico y el socio-crítico.
- Los períodos teológico y racional tecnológico han preponderado durante la mayor parte de la historia de la enfermería, relegando está a una actividad vocacional religiosa (fase teológica) y auxiliar (fase racional tecnológica), constituyendo la salud mental un contexto especialmente difícil para el desarrollo científico y humanístico de los cuidados, sobre todo por la enorme dependencia de la medicina psiquiátrica.
- La existencia y evolución de los cuidados en psiquiatría está vinculada a la presencia de una profesión que hace del concepto «cuidado» su principal objeto de reflexión teórica con finalidades eminentemente prácticas. En 1977, con el ingreso de enfermería en la universidad, se inicia el camino hacia la consolidación profesional de los cuidadores.
- La custodia, el control represivo y la marginación de los enfermos mentales constituye un fenómeno característico de regímenes autocráticos y de democracias exclusivamente políticas poco avanzadas social y educativamente.
- El cuidado de los enfermos mentales se desarrolla en ambientes democráticos avanzados social y educativamente y que mantienen una economía que permite el desarrollo de modelos progresistas de cuidados de salud mental.
- La Ley general de sanidad de 1986 facilita la labor cuidadora de los enfermeros de forma transversal, sirviendo de puente entre el ámbito comunitario y el hospitalario. El título de «enfermería en salud mental» se creó en 1987 (Real Decreto del 3 de julio), aunque no se llega a impartir en las universidades hasta 1998.

## **Función de los profesionales de enfermería en la promoción de la salud mental**

Los datos son claros: la enfermedad mental es un gran problema. Están afectadas muchas personas, que tienen disminución de la calidad de vida y de la duración de sus vidas. ¿Qué pueden hacer los profesionales de enfermería.

El primer paso para la prevención de las enfermedades mentales es reconocer cuáles son los factores de riesgo y trabajar para minimizarlos. No se pueden modificar algunos factores, como la predisposición biológica. Otros, como los recursos inadecuados o la falta de conocimientos, son factores de riesgo modificables. La figura muestra los factores que favorecen la salud mental o que sitúan a las personas en riesgo de enfermedad mental.

## **PREVENCIÓN**

Hay tres tipos de prevención:

1. La prevención primaria comienza con la persona sana e impide que esté afectada por un trastorno. Un ejemplo es la educación sobre el abuso de drogas en niños. Aprenden a evitar el consumo de drogas antes de que hayan tenido cualquier problema.
2. La prevención secundaria incluye a personas que ya están afectadas por un trastorno. Se las identifica y trata precozmente para prevenir los resultados negativos del trastorno. Un ejemplo es el cribado de la depresión, cuando se estudia a las personas y se identifican precozmente los casos de depresión, antes de que la persona haya tenido pérdida de trabajo, desesperanza o incluso intento de suicidio.
3. La prevención terciaria se dirige a las personas que ya tienen una afectación grave por un trastorno mental. El objetivo es ayudarlas a recuperarse y a prevenir una discapacidad posterior. Un ejemplo de prevención terciaria es una consulta ambulatoria comunitaria a la que pueden acudir los pacientes con esquizofrenia para aprender habilidades de socialización, vida independiente y manejo de la medicación que les ayudarán a permanecer fuera de las instituciones y en sus domicilios.

## **UNIDAD II**

### **Proceso de comunicación**

La comunicación supone el envío y la recepción de un mensaje. Este proceso aparentemente sencillo es realmente muy complejo. El emisor del mensaje puede expresar palabras habladas o escritas, gestos o movimientos corporales, música, arte o tacto. La forma en la que el receptor acepta el mensaje depende de la cultura, el lenguaje, el sexo, la función sensitiva, la capacidad cognitiva, las experiencias y las expectativas del receptor. El envío y la recepción de los mensajes dependen del entorno y de las circunstancias en las que se envía el mensaje. Con todas estas variables es sorprendente que las personas sean capaces de llegar a entenderse en absoluto. Retroalimentación es la respuesta del receptor al mensaje. La retroalimentación del receptor alerta al emisor de cómo ha percibido el receptor el mensaje. La retroalimentación puede ser verbal o no verbal. La evaluación de la retroalimentación del paciente es importante para el profesional de enfermería, porque permite que el profesional de enfermería clarifique lo antes posible los malentendidos o los mensajes poco claros. La comunicación es vital para la práctica de la enfermería. La comunicación más clara se produce cuando el receptor recibe el mismo mensaje que quería enviar el emisor. Los profesionales de enfermería que son comunicadores claros y que conocen el proceso de la comunicación pueden ayudar mejor a sus pacientes a comprender la información, aprender y mejorar sus propias habilidades de comunicación.

### **TIPOS DE COMUNICACIÓN**

La comunicación escrita incluye la escritura manuscrita, la escritura mecanografiada, las imágenes y los mensajes inanimados, sin contacto interpersonal. Internet nos ha demostrado cuánto se puede comunicar de esta forma. La comunicación verbal incluye los mensajes hablados. Incluye lo que decimos y cómo lo decimos. Piense en la limitación de los mensajes transmitidos por radio o que se pueden enviar y recibir por teléfono.

**Comunicación no verbal** se refiere a todos los mensajes que se envían sin palabras y constituye la mayor parte del proceso de la comunicación. Sí, la mayor parte de la comunicación es no verbal. La comunicación no verbal incluye los movimientos, acciones, posturas y gestos corporales; la posición del cuerpo y la proximidad, y las expresiones faciales. Aunque es relativamente fácil que las personas digan casi cualquier cosa con palabras (a pesar de lo que realmente sienten), es muy difícil mentir con los mensajes no verbales. Cuando usted oye a una persona decir: «¡Me encanta la comida de este hospital!», pero está escupiendo un trozo medio masticado de la misma en su servilleta y poniendo una cara muy rara, ¿qué mensaje cree usted? Se considera que la comunicación no verbal es una expresión más exacta de los verdaderos sentimientos de una persona. El tacto es un aspecto importante de la comunicación no verbal. Los profesionales de enfermería con frecuencia utilizan el tacto para transmitir tranquilidad, apoyo y atención. Como otras formas de comunicación, el significado del tacto radica no sólo en la intención del emisor, sino también en la percepción del receptor. Por este motivo los profesionales de enfermería deben utilizar el tacto con cuidado. El tacto puede ser profesional/funcional (cuidados de los pacientes), social/de cortesía (un apretón de manos), de amistad/calidez (abrazos entre amigos o una palmada en la espalda), de amor/íntimo (besos o abrazos entre familiares o amigos íntimos) o sexual/de estimulación (entre amantes) (Knapp, 1980). Si se tienen en consideración todos los posibles errores de comunicación, es posible que el emisor pueda haber buscado un significado del tacto y que el receptor haya podido percibir un significado diferente. En el entorno profesional, el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de determinar cuál es la conducta adecuada. El profesional de enfermería debe evaluar al paciente para detectar datos sobre si el tacto es aceptable. Si un profesional de enfermería abraza a una paciente y pretende mostrar su preocupación y la paciente piensa que el profesional de enfermería está atacándola, o enamorado de ella, el profesional de enfermería ha cometido un error. En lo que se refiere a tocar a las personas, la percepción del receptor es más importante que la intención del emisor.

Los pacientes psiquiátricos con frecuencia tienen dificultades para relacionarse con otras personas. La distorsión de la realidad puede complicar aún más el significado de la comunicación, incluyendo el tacto. La norma habitual de conducta para los profesionales de enfermería en el contexto psiquiátrico es limitar la magnitud del contacto personal con los pacientes a las necesidades de enfermería funcional y los apretones de manos.

### **ESPACIO PERSONAL**

La cantidad de espacio que necesitan las personas para sentirse cómodas está determinada por su cultura y su personalidad. En EE. UU. y en Canadá, que son en general culturas de bajo nivel de tacto, generalmente hay cuatro zonas de espacio personal que representan la distancia cómoda entre las personas que se comunican entre sí:

- Espacio público (más de 3-3,5 m): distancia cómoda entre extraños, como entre un profesor y su clase.
- Espacio social (1,2-3,5 m): distancia cómoda para contextos laborales, sociales y de negocios, como en un restaurante.
- Espacio personal (0,45-1,2 m): distancia aceptable para personas que tienen alguna relación entre sí, como los estudiantes de una clase.
- Espacio íntimo (menos de 0,45 m): cómodo únicamente para personas con relación íntima, como familiares y amigos

Con frecuencia se espera que los profesionales de enfermería entren en las zonas íntimas de los pacientes, que probablemente se sientan ansiosos y amenazados por la intrusión.

El profesional de enfermería tiene la obligación de advertir al paciente: «Ahora le voy a tomar la presión arterial», o «Necesito subirle la bata para cambiarle la cura». Tenga cuidado de no ofrecer al paciente opciones si no hay ninguna opción real. Si usted debe tomar la temperatura al paciente, no pregunte: «¿Le parece bien que le tome la temperatura ahora?». Para dar al paciente la sensación de control, el profesional de enfermería puede ofrecer una elección real: «¿Quiere que le cambie la cura ahora o después de desayunar?». Las actitudes sobre el espacio personal se basan en expectativas culturales. Cuando el profesional de enfermería y el paciente proceden de culturas diferentes con diferentes criterios para el tacto, se pueden producir malentendidos. El profesional de enfermería debe ser sensible a la retroalimentación del paciente (que con frecuencia será no verbal) sobre el tacto y el espacio personal.

### **AUTORREVELACIÓN**

La autorrevelación es cualquier manifestación verbal o conducta que revela información personal sobre el propio yo a otra persona. Cierta autorrevelación por parte del profesional de enfermería puede ayudar a los pacientes a manifestar sus propios sentimientos; sin embargo, el profesional de enfermería debe utilizar con cuidado la autorrevelación. En último término, la motivación del personal de enfermería para manifestar sentimientos personales debe ser el interés del paciente, no el interés del profesional de enfermería. Imagine cómo se podría sentir el paciente si el profesional de enfermería dijera los comentarios inadecuados.

### **Estrategias de comunicación eficaces**

#### **ESCUCHA ACTIVA**

Hay varias estrategias para hacer que la comunicación sea más eficaz. Una de las más importantes es la escucha activa, que es prestar atención con cuidado a todo el mensaje del emisor, tanto a los aspectos verbales como a los no verbales. El oyente activo utiliza también conductas de atención, que comunican la atención y el interés del oyente:

- Estar mirando a la otra persona (con el cuerpo y la cara)
- Postura abierta (brazos relajados, no doblados delante del pecho)
- Estar inclinado hacia adelante

Dar retroalimentación verbal y no verbal para indicar interés y para animar al emisor a que continúe

¿Ha visto usted a dos personas sordas comunicarse con lenguaje de signos? Irónicamente, como se miran el uno al otro y se atienden cuidadosamente mientras elaboran los signos, pueden ser mejores «oyentes» que la mayoría de las personas que pueden oír.

La escucha activa incluso puede mejorar la autoestima del paciente, porque en nuestra sociedad, que sigue un ritmo rápido, es infrecuente recibir el regalo de la atención completa y no crítica de otra persona. Tener esta oportunidad hace sentirse más motivado.

#### **CONGRUENCIA**

Otra estrategia importante para hacer que la comunicación sea eficaz es enviar mensajes congruentes. Hay congruencia cuando los mensajes verbal y no verbal son iguales. Considere estas dos situaciones: El primer profesional de enfermería le dice al paciente: «Me gustaría hablar con usted sobre cómo se está recuperando de la cirugía de cadera». Mientras lo dice, el profesional de enfermería está apilando ropa de cama en la habitación, mientras está de pie de espaldas al paciente. Cuando el paciente no dice nada, sale rápidamente de la habitación. El segundo profesional de enfermería se sienta en la silla que está a la cabecera del paciente y dice: «Me gustaría hablar con usted sobre cómo se está recuperando de la cirugía de cadera». Este profesional de enfermería mira al paciente, se inclina hacia adelante y espera en silencio a su

respuesta. En la primera situación los mensajes verbal y no verbal son incongruentes. ¿Qué quiere decir realmente este profesional de enfermería? La congruencia realmente establece la diferencia.

### **MENSAJES CONCRETOS**

Los pacientes pueden tener dificultad para entender lo que se les dice en el contexto sanitario. Con frecuencia están estresados y tienen ansiedad. La ansiedad puede alterar las funciones cognitivas (la capacidad de aprender, recordar y procesar nueva información).

El profesional de enfermería debe utilizar mensajes concretos. Un mensaje concreto es claro y realista, y no es necesaria ninguna interpretación. Muchos pacientes tienen necesidades especiales de comunicación concreta, como los pacientes que tienen pocos conocimientos del idioma, deterioro cognitivo, ansiedad o enfermedad mental grave. Si el profesional de enfermería dice: «Después me ocuparé de la venda de Montgomery», ¿quién sabe lo que ha dicho? Si hubiera dicho: «Volveré después de la comida y cambiaré la cura que tiene en el costado. También cambiaré las cintas que tiene sujetándola», el mensaje sería mucho más claro. Todos los elementos de la relación profesional de enfermería-paciente son esenciales para una comunicación eficaz entre el profesional de enfermería y el paciente. Llegue a conocerlos: formalidad, atención, empatía, autenticidad, respeto y concreción. Se convertirán en una parte integral de su vida profesional.

### **EMPATÍA**

La empatía es la capacidad de entrar en la vida de los demás, percibir sus sentimientos y comunicar este conocimiento. Precisa que el profesional de enfermería deje a un lado sus valores personales y juicios, sea consciente de los sentimientos del paciente y confirme con el paciente la exactitud de las percepciones del profesional de enfermería. La experiencia de empatía puede dar a los pacientes la sensación de que no están solos en el mundo, de que son comprendidos por alguien y de que su valor aumenta debido a esto. Empatía no es lo mismo que lástima, que es sentir pena por alguien. No se espera que el profesional de enfermería tenga los mismos sentimientos que el paciente, y de hecho no debe ser así. El profesional de enfermería empático comprende y aprecia los sentimientos del paciente, a la vez que mantiene su rol de profesional de enfermería.

### **Barreras a la comunicación**

#### **ACONSEJAR**

Hay varias barreras a la comunicación que se deben reconocer y eliminar de las herramientas de comunicación del profesional de enfermería. La primera barrera es dar consejos. El profesional de enfermería puede tener facilidad para decir: «Si yo fuera usted...», pero el profesional de enfermería no es el paciente. El paciente es quien debe tomar las decisiones, de acuerdo con el principio ético de autonomía. El paciente será el único que sufra las consecuencias de cualquier decisión relacionada con su salud, por lo que el paciente debe recibir información del personal sanitario y después se le debe permitir que tome la última decisión. La función del enfermero es fomentar los autocuidados del paciente, no quitarle el control tomando decisiones por él.

#### **ACUERDO**

En general parece que es una buena idea estar de acuerdo con las personas. Sin embargo, en la relación terapéutica profesional de enfermería-paciente el profesional de enfermería no tiene la responsabilidad de decidir si el paciente está actuando bien o mal. Al estar de acuerdo con el paciente, el profesional de enfermería está indicando que el paciente debe buscar la aprobación del profesional de enfermería. El

paciente está intentando tomar las mejores decisiones por su propio bien, no para obtener la aprobación del profesional de enfermería.

### GENERALIZACIONES O CLICHÉS

Es muy frustrante desvelar algún sentimiento profundo y que el profesional de enfermería responda con algún cliché común. Algunos ejemplos de estas afirmaciones generales son: «Está bien, cariño», «No se preocupe; todo irá bien», «Dios no le dará más de lo que pueda soportar» y «Alégrese». Estas afirmaciones generales se utilizan en muchas situaciones diferentes. Son como los trozos de papel que se meten en una caja de zapatos nuevos: simplemente ocupan espacio. Evítelos: carecen de significado y llevan al receptor a pensar que el profesional de enfermería no se preocupa lo suficiente como para decir algo real.

### ACTITUD DEFENSIVA

Si el paciente tiene problemas y el profesional de enfermería responde con excusas, la comunicación se convierte en una lucha. Esta no es una buena comunicación. Aun cuando el problema del paciente esté en el profesional de enfermería, la expresión libre de los sentimientos es lo que abre la comunicación. Deje que el paciente exprese sus sentimientos positivos y negativos. A esto se refiere el respeto y la aceptación.

### CAMBIO DE TEMA

Si el paciente cambia de tema, el profesional de enfermería dice: «Vamos a volver a lo que estábamos hablando», porque sabemos que con frecuencia los pacientes no quieren hablar sobre temas difíciles o amenazantes. Son ejemplos de temas amenazantes o difíciles la conducta del paciente, funciones corporales vergonzosas y enfermedades graves. En ocasiones se deben abordar estos temas. Tampoco debemos mirar para otro lado cuando el tema sea estresante para nosotros. El cambio de tema cuando el paciente plantea una preocupación legítima comunica que el profesional de enfermería no quiere hablar sobre el problema del paciente. El tema con frecuencia es estresante cuando se analizan problemas significativos o amenazantes. Para satisfacer la necesidad del paciente, los profesionales de enfermería deben mantener su objetividad y continuar la conversación.

### FALTA DE RESPETO

Los profesionales de enfermería habitualmente no faltan al respeto intencionalmente a un paciente, pero cuando el profesional de enfermería minusvalora las preocupaciones de un paciente, es una falta de respeto. Aun cuando el problema parezca pequeño para el profesional de enfermería, el profesional de enfermería debe respetar que es una preocupación significativa para el paciente y tratarla como si fuera importante.

La cultura estadounidense de origen europeo puede tener la conducta social menos formal del mundo. Usted podría esperar que el personal del hospital le llamara por su nombre de pila si fuera un paciente en un contexto sanitario. Para muchas personas esto es una falta de respeto. Especialmente si los pacientes son mayores que usted o proceden de otros países, llámeles por su título, como Sr. X o Sra. Y, y déjeles que le digan si prefieren que les llamen por su nombre.

### TRANSFERENCIA

Otro posible bloqueo a la comunicación es la transferencia. En la transferencia el paciente siente emociones del pasado y las aplica (o transfiere) a la relación terapéutica. Durante años un paciente puede haber tenido miedo a llegar a tener diabetes porque un familiar tuvo complicaciones de la diabetes. Puede transferir su gran miedo y su ira al profesional de enfermería que intenta ayudarlo a aprender cómo medir la glucosa sanguínea. La transferencia puede hacer que el paciente tenga intensos sentimientos positivos o negativos por el profesional de enfermería, o que sobrevalore o ignore la experiencia del profesional de enfermería. El paciente puede transferir al profesional de enfermería que intentó pedir al paciente que cambie de conducta

sentimientos negativos que se originaron por un progenitor maltratador. El paciente puede reaccionar resistiéndose a todas las figuras de autoridad, o puede tener alguna otra reacción que se originó mucho antes de que el paciente llegara incluso a conocer al profesional de enfermería.

Los profesionales de enfermería deben aprender a reconocer la transferencia. Esto explica por qué un paciente puede tener una reacción exagerada ante un profesional de enfermería cuando no tiene ningún motivo para reaccionar de esa forma.

Puede ser útil llamar la atención sobre la conducta del paciente y la percepción del profesional de enfermería. Por ejemplo, si un paciente dijera: «¡Usted me pone malo! ¡Siempre me está diciendo lo que tengo que hacer!», el profesional de enfermería podría responder tranquilamente: «Acabo de conocerlo hoy. No le he dicho lo que tiene que hacer. Intento ayudarlo a conocer el nuevo régimen de sus medicamentos. Parece enfadado. ¿Hay algún problema?».

Esto puede ayudar al paciente a ver que no está reaccionando a la situación actual. También es importante que el profesional de enfermería no asuma personalmente las reacciones de transferencia de un paciente. Si el paciente está exagerando sobre lo problemático que es el profesional de enfermería, es probable que el problema real no sea el profesional de enfermería. Cuando es el profesional de enfermería el que tiene sentimientos hacia el paciente de acuerdo con las experiencias previas del profesional de enfermería, el proceso se denomina contratransferencia.

Algunos profesionales de enfermería experimentan contratransferencia cuando atienden a tipos específicos de pacientes. Por ejemplo, un profesional de enfermería cuyo padre murió de cáncer de pulmón puede tener fuertes sentimientos protectores automáticos o incluso sentimientos negativos en relación con los pacientes que fuman. Un profesional de enfermería se puede sentir cómodo siendo totalmente responsable de pacientes con alcoholismo porque el profesional de enfermería aprendió este rol durante su infancia. Un profesional de enfermería que tenga una pareja manipuladora puede tener sentimientos exagerados en relación con los pacientes que manipulan al personal para que se satisfagan sus necesidades.

La contratransferencia es frecuente, y puede interferir con la asistencia objetiva de los pacientes. Los profesionales de enfermería deben tomar sus decisiones de acuerdo con los datos y no con los sentimientos que se transfieren desde otra situación. La mejor estrategia preventiva para la contratransferencia es que los profesionales de enfermería desarrollen el conocimiento de sí mismos (introspección). El reconocimiento de la contratransferencia cuando se produce y hablar con un compañero en el que se confíe con frecuencia ayudan a poner estos sentimientos en su justa perspectiva. Si usted tiene instantáneamente sentimientos negativos o desagradables sobre un paciente, es probable que no sea el paciente el que esté iniciando estos sentimientos, sino la contratransferencia.

### **Fomento de límites profesionales saludables**

Para las personas es muy reconfortante tener un oyente atento y no crítico. Sin embargo, en ocasiones los pacientes interpretan erróneamente la atención y el cuidado del profesional de enfermería como interés social. El profesional de enfermería puede tener que clarificar que está haciendo su trabajo y que no está intentando iniciar una amistad. Hay algunas medidas que pueden adoptar los profesionales de enfermería para establecer unos límites claros y para dejar claro que su función es profesional.

Hay cuatro áreas que crean problemas con los límites personales:

- Tacto
- Autorrevelación
- Regalos
- Contacto con los pacientes fuera del trabajo

Los profesionales de enfermería deben utilizar el sentido común cuando tocan a los pacientes. Tenga especial cuidado en relación con el tacto en el contexto psiquiátrico. Los pacientes psiquiátricos pueden tener distorsión de la realidad o un antecedente de maltrato que da otros significados al tacto.

Tenga cuidado con la autorrevelación. Aunque puede estar indicada cierta revelación relacionada con la situación del paciente para demostrar empatía, recuerde que debe mantener el énfasis en el paciente. No acepte regalos de pacientes. Algunos pacientes piensan que el profesional de enfermería espera un regalo a cambio de la asistencia, o que mejorará la asistencia si se le hace un regalo. Otros pueden esperar continuar su relación con el profesional de enfermería después del alta. Utilice su sentido común también en esta área. Si un familiar del paciente trae una caja de caramelos para toda la plantilla, esto sería aceptable. Si una persona da al profesional de enfermería como regalo una joya o dinero, no es adecuado que el profesional de enfermería lo acepte. Los pacientes le pueden pedir su número de teléfono o su dirección. Tal vez simplemente quieran hacerle algunas preguntas médicas, o enviarle una tarjeta para expresar su agradecimiento. No dé esta información sobre usted mismo ni sobre otros profesionales de enfermería a los pacientes ni a sus familias. No es adecuado que el profesional de enfermería mantenga el contacto con los pacientes fuera del contexto laboral. Puede decir: «No le puedo dar esa información, aunque puede enviar una tarjeta a todos los profesionales de enfermería del hospital», o: «Hay un profesional de enfermería asesor al que puede llamar para pedirle ayuda cuando esté en su domicilio. Le voy a dar el número».

El profesional de enfermería tiene una relación profesional con el paciente, que finaliza cuando se da de alta al paciente de la institución. La distinción entre relación profesional y personal puede ser difícil, especialmente cuando el paciente ha estado ingresado durante mucho tiempo. Se puede invitar a los pacientes a que vuelvan para que compartan sus avances con el personal, pero no a las casas de los profesionales de enfermería. Si un paciente necesita asistencia domiciliaria, se debe realizar una derivación a través del médico del paciente o del departamento de servicios sociales de la agencia sanitaria.

Los profesionales de enfermería deben ser conscientes del poder inherente a su rol de ayuda. La relación terapéutica profesional de enfermería-paciente se basa en los cimientos de confianza, respeto y uso adecuado del poder.

Los profesionales de enfermería deben conocer el diferencial de poder en la relación profesional de enfermería-paciente para establecer y mantener los límites profesionales. Los pacientes sólo son capaces de explorar de forma segura los aspectos terapéuticos cuando el profesional de enfermería lleva a cabo la relación profesional utilizando unos límites adecuados.

### **Estrés y Afrontamiento**

Como todos los organismos vivos, las personas están expuestas al estrés por agresores físicos, pero, al contrario que los otros, nosotros también estamos estresados por problemas psicológicos. Otros animales pueden experimentar pesar, miedo y otros sentimientos (en respuesta a acontecimientos reales), pero sólo los seres humanos experimentan estrés por la preocupación sobre cosas que no se han producido. Las personas están cada vez más expuestas a agentes estresantes psicológicos crónicos, y esto está modificando el patrón de las enfermedades humanas. Las enfermedades relacionadas con el estrés están aumentando (Sapolsky, 2004). La buena noticia es que los profesionales de enfermería pueden ayudar a las personas a aprender a afrontar el estrés de una forma más saludable.

### **Homeostasis**

El estudio del estrés comienza con el concepto de homeostasis. La homeostasis es el estado de equilibrio dinámico del medio interno del cuerpo humano, que siempre se está ajustando en respuesta a los cambios internos y externos. Este medio interno estable es necesario para la supervivencia. La capacidad del cuerpo de mantener la homeostasis depende de miles de sistemas de control fisiológicos. Los mecanismos homeostáticos de nuestros cuerpos incluyen los sistemas que mantienen el equilibrio hídrico y electrolítico, la concentración de oxígeno e incluso los sistemas neuroendocrinos que influyen en la conducta (Porth, 2007). Un agente estresante puede desequilibrar el equilibrio homeostático, igual que ocurriría si un niño se bajara de un balancín (fi g. 6-1—Q). Un agente estresante es cualquier cosa

que hace que la persona deje de mantener la homeostasis. El encéfalo ha evolucionado para buscar la homeostasis, por lo que inicia la respuesta de estrés, que es la reacción del cuerpo en un intento de restaurar la homeostasis (Sapolsky, 2004).

### **Respuesta de estrés**

En el reino animal en general los agentes estresantes son fenómenos fisiológicos. Por ejemplo, un cocodrilo puede experimentar estrés por hambre. Sin embargo, el cocodrilo no experimenta agentes estresantes psicológicos, como la angustia sobre si su pareja se sentirá decepcionada por la elección de un alimento. Sin embargo, los seres humanos con frecuencia experimentan estos agentes estresantes psicológicos («¿A mi marido le gustará el pastel de carne?» «¿Esta ropa me hace gorda?» «¿Cómo pagaré el alquiler?»). El teórico Hans Selye (1976) describió el estrés como la respuesta fisiológica a los cambios que experimenta un organismo biológico. Encontró que la respuesta de estrés es una reacción corporal general. Independientemente de que una persona esté siendo perseguida por un cocodrilo hambriento o que tenga que subir a un escenario para aceptar un importante galardón, la reacción fisiológica será la misma. Esta reacción fisiológica a un agente estresante se denomina respuesta de lucha o huida. La adrenalina estimula el sistema nervioso simpático para que prepare el cuerpo para luchar contra el origen del peligro o para salir huyendo. Esta respuesta de estrés sólo es adaptativa cuando el agente estresante es una amenaza física.

Los agentes estresantes en enfermería habitualmente son más parecidos a la presión por tener que atender a grupos de pacientes sin ayuda suficiente, la preocupación de que el paciente pueda sufrir si olvidamos algo, o la presión de administrar todos los fármacos según un régimen exacto a pesar de muchas interrupciones. Como el cuerpo humano responde con la misma reacción de estrés independientemente de que el agente estresante sea un cocodrilo o no poder llegar a tiempo al trabajo por un tráfico intenso, el síndrome de lucha o huida bombardea con frecuencia a las personas. La exposición crónica a la estimulación del sistema nervioso simpático no es saludable. Aunque el aumento de la glucosa sanguínea es útil en caso de urgencia, una hiperglucemia prolongada produce astenia precoz y aumento del riesgo de diabetes de tipo 2. La respuesta de estrés inhibe la liberación de hormona de crecimiento. Con el paso del tiempo esto puede reducir el crecimiento de niños y dificultar la reparación de los tejidos en adultos. Una elevación crónica de la presión arterial puede aumentar el riesgo de accidente cerebrovascular, infarto de miocardio y nefropatía. La inhibición del sistema inmunitario aumenta el riesgo de infección a corto plazo e inhibe la inmunidad antitumoral a largo plazo. Se afecta incluso el sistema reproductor. Los síntomas menstruales y premenstruales se hacen más intensos, y la concentración de testosterona y el recuento espermático disminuyen en situación de estrés crónico. También disminuye la fertilidad.

### **VARIACIÓN INDIVIDUAL**

La respuesta de estrés puede llegar a ser perjudicial, especialmente cuando es frecuente e intensa. Sin embargo, los propios agentes estresantes no producen enfermedades directamente. Distintas personas tienen distintas respuestas a agentes estresantes específicos. El mismo agente estresante potencial puede producir respuestas diferentes en personas diferentes. Lazarus y Folkman (1984) describieron el estrés como una relación entre la persona y su entorno. Las personas pueden considerar que una experiencia pone a prueba sus recursos o amenaza su bienestar, lo que haría que el acontecimiento fuera estresante. Es la percepción por la persona del acontecimiento lo que hace que sea estresante. Una persona a la que se aplica una vacuna cuando se le han administrado varias previamente sin problemas puede no estar preocupada por ella (y no experimenta respuesta de estrés). Otra persona, cuyo padre murió por un choque anafiláctico después de una inmunización, puede estar aterrada (y tendrá una respuesta de estrés intensa). La capacidad de cada una de las situaciones de producir la respuesta de estrés dependerá de cómo lo percibe una persona. ¿Cuáles le producirían a usted el máximo estrés?

Diversos factores influyen en cómo una persona percibe y reacciona a un agente estresante. Los factores predisponentes incluyen edad, madurez, cultura, experiencias vitales y rasgos de la personalidad.

### **EFECTO DE LA CULTURA SOBRE LA RESPUESTA DE ESTRÉS**

La cultura es el patrón aprendido de valores, actitudes, roles, comunicación y conducta que se transmite de una generación a la siguiente. El origen cultural de una persona afecta a cómo la persona percibe los acontecimientos del mundo. La cultura afecta a la conducta de una persona y a los significados de diversos acontecimientos vitales (y, por tanto, a cómo se percibe que son de estresantes algunos acontecimientos).

### **Adaptación al estrés**

Todos experimentamos estrés en nuestra vida cotidiana. Las personas pueden responder de una forma saludable que fomenta o mantiene el desarrollo, o de una forma que desintegra la salud. Estas respuestas (mecanismos de afrontamiento) forman parte de nuestro patrón de conducta en reacción al estrés. La adaptación es la conducta que mantiene la integridad del individuo. Es una respuesta saludable al estrés y a los episodios vitales. La maladaptación es una conducta que altera la integridad del individuo (Roy, 1976). Si un profesional de enfermería tuviera un día difícil en el trabajo, algunas formas adaptativas de aliviar el estrés serían hablar con alguien sobre lo que ha ocurrido, ir a dar un paseo o darse un baño caliente. Las respuestas maladaptativas serían dar una patada al perro, sentarse solo y estar preocupado, o beber alcohol. Las personas se comportan de formas positivas y negativas cuando manejan o afrontan el estrés.

### **RESPUESTAS POSITIVAS (ADAPTATIVAS) AL ESTRÉS**

- Resolución de problemas. Identifique el problema, planifique una respuesta y trabaje sobre ella de forma activa.
- Utilización del apoyo social. Solicite y acepte ayuda de otras personas atentas.
- Reencuadre. Redefina la situación para ver los lados positivos y negativos y cómo utilizar la situación en su propio beneficio.

### **RESPUESTAS NEGATIVAS (MALADAPTATIVAS) AL ESTRÉS**

- Evitación. Elegir no afrontar la situación. Los sentimientos negativos se pueden hacer crónicos.
- Autoinculparse. Autoinculparse quita el énfasis al trabajo para la resolución del problema. Los sentimientos se refieren al propio yo y no al problema.
- Fantasear. Pensar que «todo irá bien» hasta el punto de llegar a no hacer nada para que esto suceda. Es una forma de negación.

Los profesionales de enfermería deben tener en consideración estos aspectos cuando planifiquen la asistencia. El fomento de la capacidad de un paciente de adaptarse a los agentes estresantes es una parte importante de la promoción de la salud.

Todos los organismos vivos experimentan estrés. El objetivo de la enfermería no es eliminar todo el estrés, porque forma parte de la vida. Sin embargo, la respuesta de estrés puede llegar a ser poco saludable, y es entonces cuando los profesionales de enfermería pueden ayudar mediante la promoción de la salud. La promoción de la salud debe incluir estrategias para la reducción y el manejo del estrés. Los profesionales de enfermería pueden aplicar el proceso de enfermería para el manejo del estrés. El proceso de enfermería parece funcionar en todos los terrenos.

## **LA FAMILIA**

Aunque algunos pacientes están completamente solos en el mundo, la mayoría tiene una o más personas importantes en sus vidas. Estas personas pueden estar relacionadas con el paciente o vinculadas a él por nacimiento, adopción, matrimonio o amistad. Aunque no siempre cumplen las definiciones tradicionales, las personas (o incluso las mascotas) importantes para el paciente son su familia. El profesional de enfermería incluye a la familia como un componente integral de la asistencia en cualquier marco asistencial.

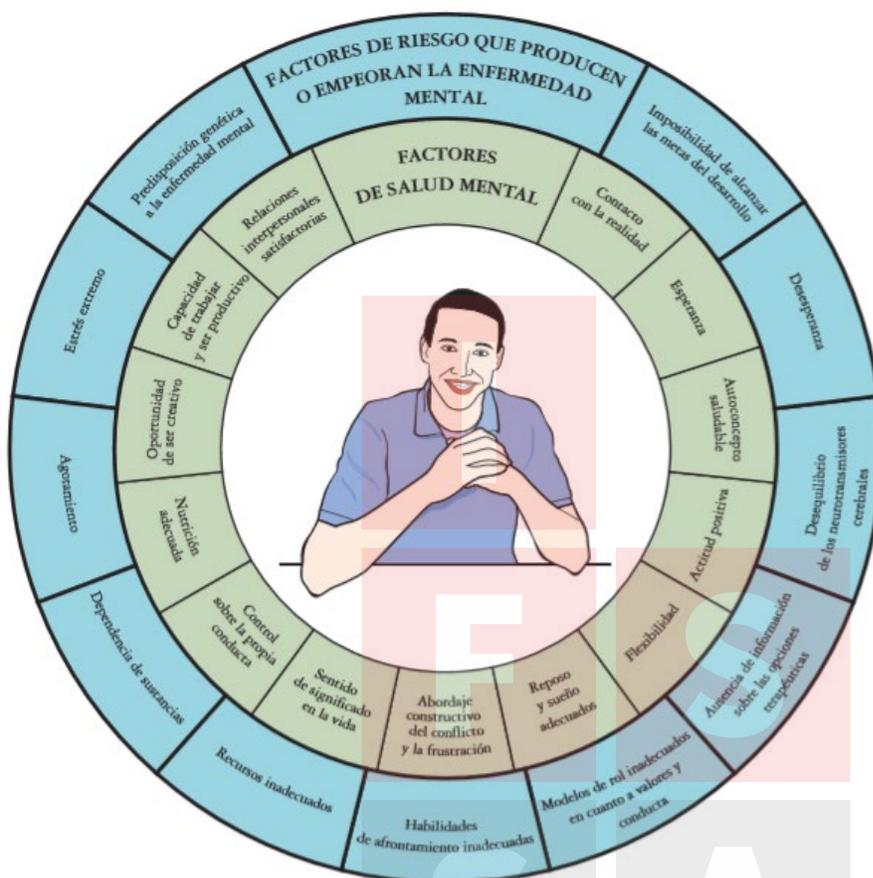
### **Definiciones y funciones de la familia**

#### **¿Qué es la familia?**

Las definiciones de una familia están cambiando a medida que lo hace la sociedad. Según una definición, una familia es una unidad de personas relacionadas por el matrimonio, el nacimiento o la adopción (Duvall, 1977). Una definición más completa es que una familia está compuesta de dos o más personas relacionadas por vínculos emocionales entre sí y que viven cerca. En una sociedad global, es posible que los miembros de la familia no vivan cerca, pero sigan existiendo entre ellos vínculos emocionales. Aunque cada familia es única, todas las familias tienen características estructurales y funcionales comunes. La estructura de la familia (roles y relaciones familiares) y la función de la familia (interacciones entre miembros de la familia y con la comunidad) proporcionan lo siguiente:

- **Interdependencia:** La conducta y el nivel de desarrollo de los miembros individuales de la familia influyen constantemente en las conductas y nivel de desarrollo de todos los miembros de la familia y se ven influenciados por ellas.
- **Mantenimiento de límites:** La familia crea límites que guían a sus miembros, lo que proporciona una cultura familiar diferente y única. Esta cultura proporciona a su vez valores.
- **Adaptación al cambio:** La familia cambia a medida que se añaden nuevos miembros, miembros actuales la abandonan y progresa el desarrollo de cada miembro.
- **Realización de las tareas familiares:** Las tareas esenciales mantienen la estabilidad y continuidad de la familia. Estas tareas son el mantenimiento físico del hogar y las personas en la casa, la producción y socialización de los miembros de la familia y el mantenimiento del bienestar psicológico de los miembros. Estadios de desarrollo y tareas de la familia

La familia, como el individuo, tiene fases de desarrollo y tareas. Cada fase trae un cambio que exige una adaptación; cada nueva fase trae también factores de riesgo relacionados con la familia que modifican la salud. El profesional de enfermería debe considerar las necesidades del paciente en función de la fase específica de desarrollo y dentro de una familia con tareas de desarrollo específicas.



### **Vulnerabilidad de los enfermos mentales**

Los pacientes con enfermedades mentales se encuentran entre los más vulnerables de nuestra sociedad. Con frecuencia tienen una afectación demasiado grave por su enfermedad como para poder hablar de forma eficaz por sí mismos. La persona indigente y desaseada genera menos simpatía de los colaboradores con causas caritativas que los niños o que incluso los animales sin hogar.

Los profesionales de enfermería de cualquier lugar son también defensores de los pacientes. Los enfermos mentales tienen una necesidad especial de defensa para poder acceder a servicios diagnósticos y terapéuticos, financiación de los servicios y priorización de la investigación sobre nuevas modalidades terapéuticas. Los profesionales de enfermería pueden ser defensores ante los legisladores para proponer cambios en la ley y en las políticas sanitarias. Pueden animar a las agencias locales a que pongan a disposición de los pacientes servicios y alojamientos. Pueden trabajar junto a los pacientes con enfermedad mental, que con frecuencia necesitan un defensor para satisfacer las más sencillas de las necesidades diarias. Los pacientes con trastornos mentales con frecuencia inician el tratamiento por síntomas físicos. Con frecuencia se les trata y se les da de alta sin preocuparse por sus problemas mentales continuos. Sin ningún diagnóstico ni conocimiento de sus trastornos mentales, estos pacientes no reciben servicios adecuados. Pedir una consulta de salud mental para un paciente hospitalizado es con frecuencia un acto importante de defensa de los pacientes.

### **Niveles de calidad asistencial**

Los niveles de calidad de la asistencia de enfermería son las expectativas éticas y legales en relación con la práctica profesional; son el nivel de calidad del trabajo que considera adecuado la profesión. Hay habilidades

y conocimientos estándar que habitualmente poseen los miembros de la profesión de enfermería. La sociedad espera que los profesionales de enfermería utilicen al menos una asistencia habitual y razonable para que no se produzca ningún perjuicio innecesario al paciente. Cuando haya dudas sobre la asistencia de un profesional de enfermería, se pueden comparar las acciones del personal de enfermería con las normas de calidad profesional.

Algunos niveles son establecidos por las organizaciones que emplean a los profesionales de enfermería. Estos niveles internos con frecuencia son políticas y procedimientos por escrito para la realización de las tareas de enfermería. Los profesionales de enfermería son responsables de conocer y seguir las políticas y procedimientos de su empleador. También hay criterios externos, que son establecidos por organizaciones estatales y nacionales. Los comités estatales de enfermería, las organizaciones profesionales de enfermería, como la ANA y la NFLPN, y el gobierno federal, elaboran criterios externos. Se espera que los profesionales de enfermería conozcan estas normas y las cumplan.

### **Principios éticos**

Los principios éticos constituyen la base para la discusión y la toma de decisiones éticas. Estos principios se pueden utilizar de forma aislada, aunque habitualmente se utilizan combinados entre sí. Los siete principios éticos más importantes para la enfermería son:

- Justicia. Justicia significa que todas las personas tienen derecho a ser tratadas de forma igual y equitativa. Todos los recursos disponibles para la asistencia sanitaria se deben distribuir por igual a todas las personas.
- Beneficencia. Beneficencia significa hacer el bien a los demás. Este es el fundamento de la mayor parte de las acciones de la enfermería: hacer el bien.
- No maleficencia. No maleficencia significa no hacer ningún perjuicio. Los profesionales sanitarios no deben perjudicar a sus pacientes de forma intencionada ni accidental.
- Autonomía. La autonomía supone la libertad personal y la autodeterminación. Es el derecho a elegir lo que le ocurrirá a uno mismo.
- Paternalismo. El paternalismo permite que alguien actúe «en mejor interés» de otras personas, tomando decisiones por los demás cuando estos carecen de información completa o de capacidad para tomar las decisiones.
- Veracidad. Veracidad significa decir la verdad. Este principio afirma que siempre se debe decir toda la verdad.
- Fidelidad. Fidelidad significa cumplir las promesas. Cuando usted es leal, usted cumple sus promesas.

### **Ingreso hospitalario psiquiátrico**

El ingreso hospitalario voluntario para el tratamiento de una enfermedad mental es similar al ingreso hospitalario médico. El paciente firma un impreso normalizado en el que se solicita el ingreso en el hospital, y puede abandonarlo en cualquier momento. Lo ideal es que cualquier tratamiento se realice de forma voluntaria. Sin embargo, las enfermedades mentales a veces se caracterizan por síntomas que hacen imposible que los pacientes afectados comprendan su situación o la necesidad de tratamiento. El ingreso involuntario, u orden de ingreso, significa que se ingresa al paciente en el hospital sin su consentimiento. Las reglas que regulan el ingreso involuntario se basan en leyes estatales y varían de unos estados a otros. Los criterios básicos para el ingreso involuntario en instituciones psiquiátricas habitualmente incluyen que el paciente debe tener una enfermedad mental y (como consecuencia de esta enfermedad mental):

- Ser peligroso para sí mismo o para los demás
- Necesitar tratamiento
- Ser incapaz de satisfacer sus propias necesidades básicas

Se puede ordenar el ingreso de los pacientes para recibir tratamiento psiquiátrico mediante un ingreso hospitalario urgente o con un internamiento no voluntario por trastorno psíquico. Está indicado un ingreso hospitalario psiquiátrico urgente cuando el paciente parece ser peligroso para sí mismo o para los demás y rechaza el tratamiento. Los estados pueden permitir un ingreso hospitalario involuntario breve (2 a 5 días) para una evaluación adicional y para dar tiempo a que se celebre una sesión del tribunal para determinar la necesidad de un ingreso no voluntario más prolongado. Los estados habitualmente precisan que cuando haya transcurrido el período de ingreso hospitalario de urgencia los profesionales sanitarios de salud mental (habitualmente psiquiatras) deben solicitar al tribunal un ingreso no voluntario prolongado si deciden que el paciente necesita un tratamiento adicional. Este ingreso hospitalario involuntario prolongado se denomina internamiento no voluntario por trastorno psíquico. Habitualmente se celebra una vista para determinar si se ingresará de forma no voluntaria a un paciente. La duración de los internamientos no voluntarios por trastorno psíquico puede ser variable, aunque no pueden durar más de 1 año. Si la situación del paciente mejora durante el período de internamiento no voluntario, se puede dar de alta al paciente.

#### **TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO**

El tratamiento ambulatorio involuntario es una orden judicial que obliga al paciente con una enfermedad mental a tomar la medicación y a cumplir el plan terapéutico como condición para el alta del hospital. El tratamiento ambulatorio involuntario reduce los reingresos hospitalarios, aumenta el cumplimiento del tratamiento por los pacientes y reduce la violencia. Sin embargo, el tratamiento ambulatorio involuntario no está disponible en todos los estados.

#### **ALTA CONDICIONAL**

El alta condicional es otro tipo de orden de tratamiento involuntario disponible en algunos estados. En este sistema se da de alta al paciente del hospital con la condición de que participe en el tratamiento en la comunidad. Puede ser tratamiento en centros de día o un programa de tratamiento farmacológico. Los pacientes que no cumplen las condiciones vuelven a ingresar.

---

### **UNIDAD III**

Existe un error conceptual frecuente de que los trastornos mentales están bajo el control del paciente, de que las personas simplemente se pueden «animar» o pueden «superarlo». Es posible que los amigos y familiares digan: «¿qué tienes para estar deprimido?» o «¡contrólate!», o «yo nunca tomaría fármacos que me afectaran a la mente». Debido al estigma asociado a la enfermedad mental, las familias con frecuencia quieren culpar al consumo de fármacos, a un episodio vital o a los propios pacientes por sus trastornos mentales. Dejar clara a las familias de los pacientes la realidad de los trastornos mentales es tarea del equipo de salud mental, incluyendo los profesionales de enfermería.

#### **Psicobiología**

Los principales trastornos mentales (esquizofrenia, trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar) están producidos por trastornos de la estructura y la función del encéfalo. El inicio, los síntomas y los signos de estos trastornos pueden variar de unas personas a otras debido a diferencias individuales, experiencias vitales y factores culturales, aunque los propios trastornos están producidos por alteraciones fisiológicas del encéfalo. Los principales trastornos mentales tienen algunos síntomas que son similares a los problemas que producen las experiencias vitales. Este hecho hace que el diagnóstico de los trastornos mentales sea más

difícil, y puede hacer que los familiares estén confundidos sobre qué ha producido la conducta de su ser querido. Una persona que ha experimentado una pérdida puede estar muy triste, casi como una persona con depresión. Una persona que tiene muchos agentes estresantes vitales puede tener pocas habilidades sociales, como una persona con esquizofrenia. Sin embargo, estas personas no tienen enfermedad mental. Tienen un síntoma, pero no un trastorno del encéfalo.

### **Trastornos mentales**

Los trastornos mentales producen alteraciones de la cognición (pensamiento), los sentimientos y la conducta. Las alteraciones anatómicas y fisiológicas del encéfalo son los principales factores causales de los trastornos mentales. Sin embargo, las personas con trastornos mentales responden claramente mejor a un tratamiento que incluya un abordaje holista. El tratamiento de salud mental tiene su máxima eficacia cuando incluye la participación activa del paciente, fármacos psicotrópicos (fármacos que afectan al ambiente), una relación terapéutica de confianza y terapias cognitivas y conductuales. Los criterios diagnósticos de los trastornos mentales se incluyen en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, describe los síntomas y signos conductuales, del estado de ánimo y cognitivos específicos de cada trastorno mental.

### **Anatomía y función del encéfalo**

El encéfalo se divide en cerebro, sistema límbico, tronco encefálico y cerebelo. El trabajo del encéfalo humano está realizado por aproximadamente 100.000 millones de neuronas. Las neuronas están todas interconectadas entre sí, de forma que una neurona media recibe aferencias de 1.000 a 10.000 neuronas vecinas. Las complejidades de las conexiones del encéfalo humano son actualmente incomprensibles. Se están buscando las respuestas a preguntas sobre las causas exactas de los trastornos del encéfalo como esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar, y qué permite tratar estos trastornos de forma específica y eficaz. Aunque rápidamente se dispone de nueva información, se usan algunos tipos de tratamiento porque son eficaces en el alivio de los síntomas de los pacientes, y no porque se conozca por completo su mecanismo de acción.

ESTRUCTURA DEL ENCÉFALO	FUNCIÓN	IMPLICACIONES PARA LOS TRASTORNOS MENTALES
<b>Corteza cerebral</b>		
Lóbulos frontales		Los lóbulos frontales están afectados en la esquizofrenia, que produce desorganización de los procesos del pensamiento y falta de motivación.
Area prefrontal	El <i>area prefrontal</i> controla el pensamiento, la inhibición y la conducta orientada a los objetivos.	
Corteza motora	La <i>corteza motora</i> controla el movimiento voluntario.	Las alteraciones del área motora (p. ej., enfermedad de Parkinson) producen trastornos del movimiento: temblor en reposo, movimiento lento, marcha arrastrada, movimientos en sacudidas súbitas y atetosis (movimientos no intencionados y sin significado). Estos trastornos del movimiento también pueden ser efectos adversos de algunos fármacos (denominados efectos adversos extrapiramidales).
Sistema piramidal	El <i>sistema piramidal</i> o tracto corticoespinal afecta al movimiento voluntario.	
Sistema extrapiramidal	El <i>sistema extrapiramidal</i> afecta a los patrones del movimiento y la función motora automática de la deambulación, e inhibe a las neuronas motoras inferiores para evitar la sobreactividad (movimiento involuntario).	
Ganglios basales	En los <i>ganglios basales</i> se memorizan tanto las habilidades motoras complejas (conducir un coche, actividades de la vida diaria [AVD]) que la capacidad de realizarlas persiste incluso después de la lesión de la memoria en los lóbulos frontales.	
Lóbulos temporales	Áreas de recepción y asociación auditivas, función olfatoria, expresión e interpretación del lenguaje	La afasia (receptiva o expresiva) está producida por lesión de los lóbulos temporales.
Lóbulos parietales	Asociación sensitiva	
Lóbulos occipitales	Recepción y asociación visuales	La lesión de los lóbulos occipitales puede producir ceguera.
<b>Sistema límbico</b>		
Se refiere al lóbulo límbico y las estructuras que actúan con el mismo: hipocampo, amígdala, tálamo, hipotálamo, núcleos del tronco encefálico y sistema autónomo	Controla la sensación de placer, la conducta de alimentación y bebida, la respuesta de lucha o huida, la agresión, la sumisión, la memoria, la temperatura corporal, la conducta sexual, las emociones y la motivación para la conducta. Es responsable de las reacciones físicas a las emociones. El sistema límbico también interpreta las sensaciones olfatorias. El hipocampo convierte los recuerdos a corto plazo en memoria a largo plazo. El tálamo también tiene funciones de intercambiador sensitivo y filtrado de estímulos.	La esquizofrenia reduce la función del sistema límbico (anhedonia, <b>polidipsia</b> [aumento anormal y persistente de la sed], pérdida de motivación). La cocaína puede estimular el sistema límbico para proporcionar placer. La deficiencia de tiamina en alcohólicos (síndrome de Korsakoff) afecta a la función límbica y produce pérdida de memoria a corto plazo. El hipocampo degenera en la enfermedad de Alzheimer.
<b>Tronco encefálico</b>		
Mesencéfalo	La mayor parte de la dopamina del encéfalo se sintetiza aquí.	La reducción de la actividad dopaminérgica produce los trastornos del movimiento extrapiramidales del parkinsonismo. Aumento de la actividad dopaminérgica en la esquizofrenia.

ESTRUCTURA DEL ENCÉFALO	FUNCIÓN	IMPLICACIONES PARA LOS TRASTORNOS MENTALES
Protuberancia	Conduce información motora y postural hasta el cerebelo. Controla los reflejos. La noradrenalina se sintetiza en la protuberancia.	La actividad de la noradrenalina está reducida en la depresión y aumentada en la esquizofrenia.
Bulbo raquídeo	El bulbo raquídeo controla la respiración, regula la presión arterial y regula parcialmente la frecuencia cardíaca, el vómito y la deglución. Las fibras motoras cerebrales se acumulan aquí en forma de pirámides. Aquí las fibras motoras que comienzan en la corteza cerebral cruzan hasta el lado opuesto de la vía motora corticoespinal.	La lesión del bulbo raquídeo puede detener la respiración espontánea. El hecho de que las fibras motoras se crucen en el bulbo raquídeo explica por qué un accidente cerebrovascular afecta al movimiento del lado del cuerpo opuesto al lado en el que se ha producido la lesión del encéfalo.
Formación reticular Sistema activador reticular (SAR)	Las aferencias sensitivas se integran en la formación reticular y son conducidas hasta otras áreas del encéfalo. Afecta a las funciones sensitiva, motora y visceral. El SAR permite la selección/filtrado de los estímulos para que el encéfalo no tenga que reaccionar a todos los estímulos. El SAR controla el ciclo de sueño-vigilia.	La formación reticular puede participar en el trastorno de déficit de atención (se puede deber a la imposibilidad de filtrar los estímulos sensoriales normalmente). Si se altera el SAR y una persona no puede dormir, se puede producir una psicosis.
Cerebelo	El cerebelo coordina principalmente la actividad y la función muscular, y mantiene el equilibrio. Puede participar en funciones cognitivas y conductuales debido a sus conexiones con otras áreas del encéfalo.	Los trastornos cerebelosos producen ataxia (marcha extraña y descoordinación del movimiento intencional), temblor intencional, disminución de los reflejos y nistagmo. La ataxia cerebelosa puede estar producida por malnutrición en el alcoholismo grave y prolongado.

### NEUROTRANSMISORES

Los neurotransmisores son mensajeros químicos que conducen los impulsos de una neurona a otra. La conciencia humana, la conducta, el aprendizaje, la memoria, la emoción y la creatividad son todas ellas consecuencias de las funciones fisiológicas del encéfalo.

La neurotransmisión es la comunicación entre neuronas que se realiza por los productos químicos neurotransmisores. Se debe producir neurotransmisión para que el encéfalo funcione normalmente. Los materiales de construcción para los neurotransmisores entran en el cuerpo con los alimentos. La ingesta de una cantidad adecuada de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales en la dieta es necesaria para una función normal del encéfalo. Los neurotransmisores se fabrican en las neuronas (células nerviosas). Se liberan desde el axón (la parte de la célula nerviosa que transporta el impulso desde el cuerpo celular) hacia la sinapsis (espacio existente entre el axón y la dendrita de su célula diana).

La sustancia química neurotransmisora estimula la dendrita (la parte de la neurona que capta el impulso desde la sinapsis) y transmite el impulso hacia el cuerpo celular.

El neurotransmisor debe encajar en un punto receptor específico de la superficie de la dendrita. Cuando se estimula el punto receptor, se abre un canal iónico hacia el interior de la dendrita. El canal iónico permite el intercambio de iones (de sodio, potasio y calcio), lo que modifica la carga eléctrica de la célula (despolarización). De esta forma el impulso eléctrico pasa de una neurona a la siguiente. Después de que se haya liberado el neurotransmisor hasta la sinapsis, excita o inhibe a la siguiente neurona (dependiendo del neurotransmisor). Después se produce una de dos cosas (esto es importante porque es la base de la actividad de algunos fármacos importantes).

El fármaco puede ser captado de nuevo hacia el axón para ser almacenado para su uso posterior (este proceso se denomina recaptación), o el neurotransmisor puede ser inactivado y metabolizado por enzimas, la mayoría de las veces por la enzima monoaminooxidasa.

Se han identificado aproximadamente 100 neurotransmisores. Algunos de ellos tienen un interés especial en el estudio de las enfermedades mentales.

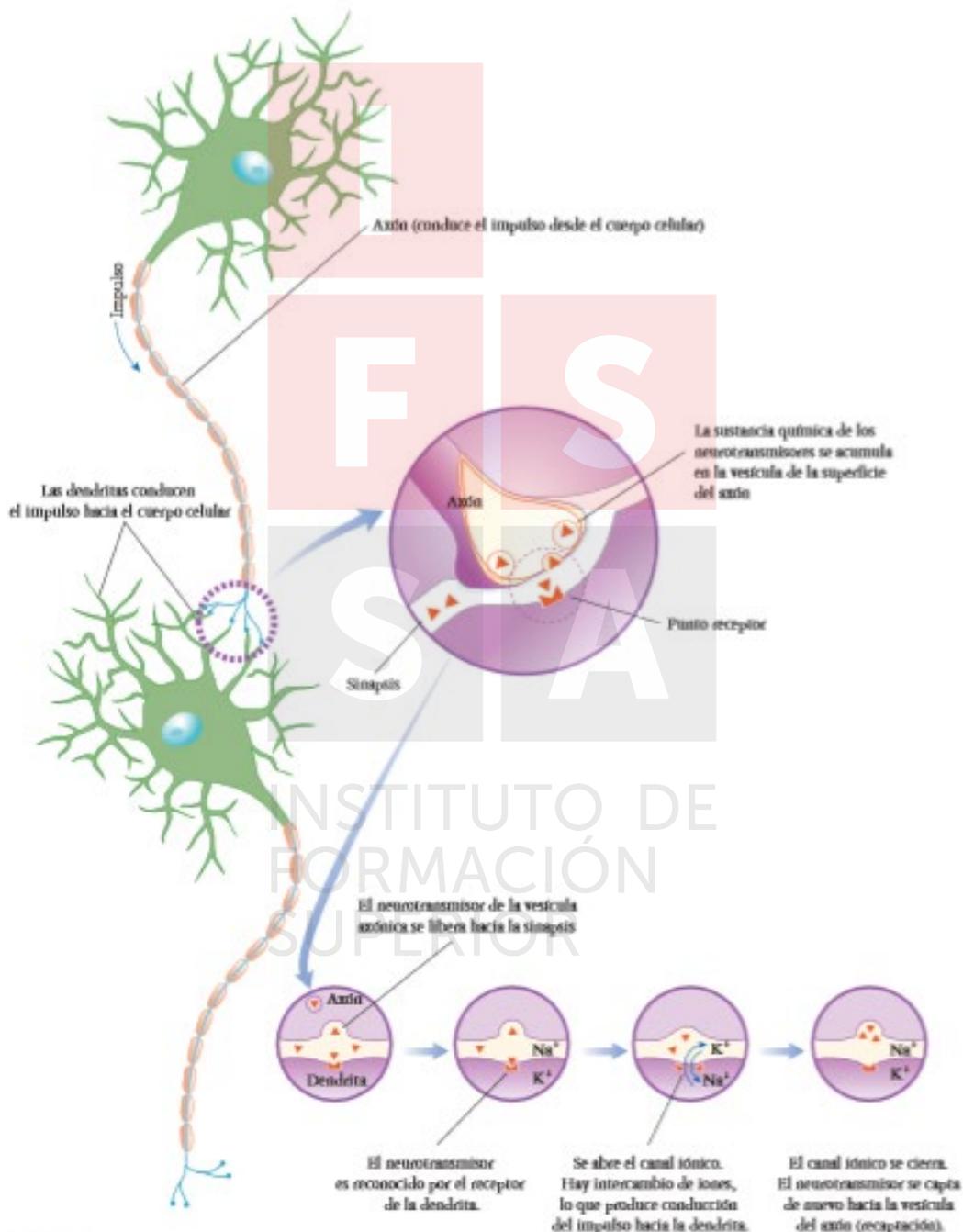


Figura 7-3. ■ Neurotransmisión. El primer recuadro muestra la interfaz axón-dendrita. El segundo recuadro ilustra la neurotransmisión paso a paso.

### **Sistema neuroendocrino**

El sistema neuroendocrino incluye la interacción entre el sistema nervioso y el sistema endocrino. Incluye las hormonas que reaccionan a la estimulación por las células nerviosas. Para comprender por completo los trastornos mentales y los fármacos psicotrópicos los profesionales de enfermería deben saber que las alteraciones de la función del encéfalo producen alteraciones de las concentraciones de hormonas y neurotransmisores, que a su vez producen alteraciones del pensamiento, los sentimientos y la conducta. Los fármacos que tratan los trastornos mentales afectan a las concentraciones de neurotransmisores del encéfalo para devolver la función del encéfalo de nuevo al equilibrio y reducir los síntomas y signos de las enfermedades mentales.

### **Psicofarmacología**

Los fármacos psicotrópicos pueden mejorar o estabilizar el estado de ánimo, normalizar el pensamiento, reducir la ansiedad y permitir que una persona duerma. Los fármacos psicotrópicos son una parte crítica del tratamiento eficaz, aunque no «curan» los trastornos mentales. Los fármacos psicotrópicos actúan mejor combinados con tratamiento psicosocial y rehabilitación. Los pacientes tienen el mejor resultado cuando tienen:

- Conocimiento sobre su enfermedad y su plan terapéutico
- Una función activa y participativa en su tratamiento
- Un sistema de apoyo social
- Un lugar seguro y saludable en que vivir, en el que se satisfagan todas sus necesidades humanas básicas
- Habilidades saludables de afrontamiento y resolución de problemas
- Fármacos psicotrópicos adecuados
- Una relación terapéutica con los profesionales sanitarios que colaboran con ellos para encontrar los tratamientos más eficaces para su trastorno mental

### **Farmacocinética**

La farmacocinética describe los efectos que tiene un fármaco sobre él. La farmacocinética incluye cuatro partes:

1. Absorción. La absorción supone la entrada del fármaco en el torrente sanguíneo. Se produce en el tubo digestivo con los fármacos orales, o en las membranas mucosas, el músculo, la piel o el tejido subcutáneo, dependiendo de la vía utilizada para administrar el fármaco. Los fármacos que se administran por vía intravenosa no se deben absorber porque ya están en la sangre; pasan directamente a la fase de distribución.
2. Distribución. Cuando el fármaco está en el torrente sanguíneo es distribuido o transportado hasta los tejidos y órganos en los que actuará o se almacenará.
3. Metabolismo. El metabolismo es la degradación de las moléculas del fármaco. Se produce la mayoría de las veces en el hígado, aunque también se puede producir en riñones, pulmones, plasma y tubo digestivo. El fármaco original habitualmente se degrada para dar metabolitos que son más hidrosolubles. Las enzimas facilitan el proceso de expresión.

4. Excreción. Se produce excreción cuando el fármaco o sus metabolitos se desplazan desde los tejidos diana hasta la circulación y después hasta los órganos de eliminación, habitualmente los riñones. La piel, el tubo digestivo y la leche materna también pueden participar en la excreción.

### **Farmacodinámica**

La farmacodinámica describe las acciones y consecuencias que producen los fármacos sobre el cuerpo. El mecanismo de acción de cada fármaco se debe a la forma en la que el fármaco interactúa con las células diana en el cuerpo. Algunos fármacos estimulan funciones celulares (son agonistas).

Otros fármacos impiden o inhiben las funciones celulares (son antagonistas). El efecto del fármaco se refleja en cambios del estado físico o psicológico del paciente. La principal consecuencia de un fármaco es el efecto deseado. Los fármacos por lo general actúan sólo sobre tejidos corporales específicos. Por ejemplo, los antidepresivos actúan sobre neurotransmisores específicos del encéfalo. No afectan a la audición, la digestión u otras funciones. Sin embargo, los tejidos corporales diana pueden tener varias funciones y el paciente puede tener efectos distintos a los efectos deseados. Los fármacos antidepresivos tienen efectos anticolinérgicos (estreñimiento, aumento de la frecuencia cardíaca, sequedad de boca) que no se relacionan con la depresión. Estos resultados secundarios indeseables son los efectos colaterales. Los efectos colaterales habitualmente son predecibles, de acuerdo con el conocimiento de la función del fármaco. Los efectos adversos son menos predecibles y son efectos indeseados graves. Se producen efectos tóxicos por concentraciones excesivas del fármaco o por interacciones medicamentosas. La aparición de efectos adversos se puede relacionar con la tasa metabólica del paciente. El grado en el que un fármaco puede producir la respuesta deseada es la eficacia. El número de puntos receptores y la fuerza de la unión del fármaco a los puntos receptores afectan a la magnitud de la respuesta.

### **FASES DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

El período de tiempo transcurrido entre el momento en el que el paciente empieza a tomar un fármaco y el momento en el que se consiguen los efectos deseados es la fase de estabilización del tratamiento farmacológico. Durante la fase de estabilización las responsabilidades de enfermería incluyen las siguientes:

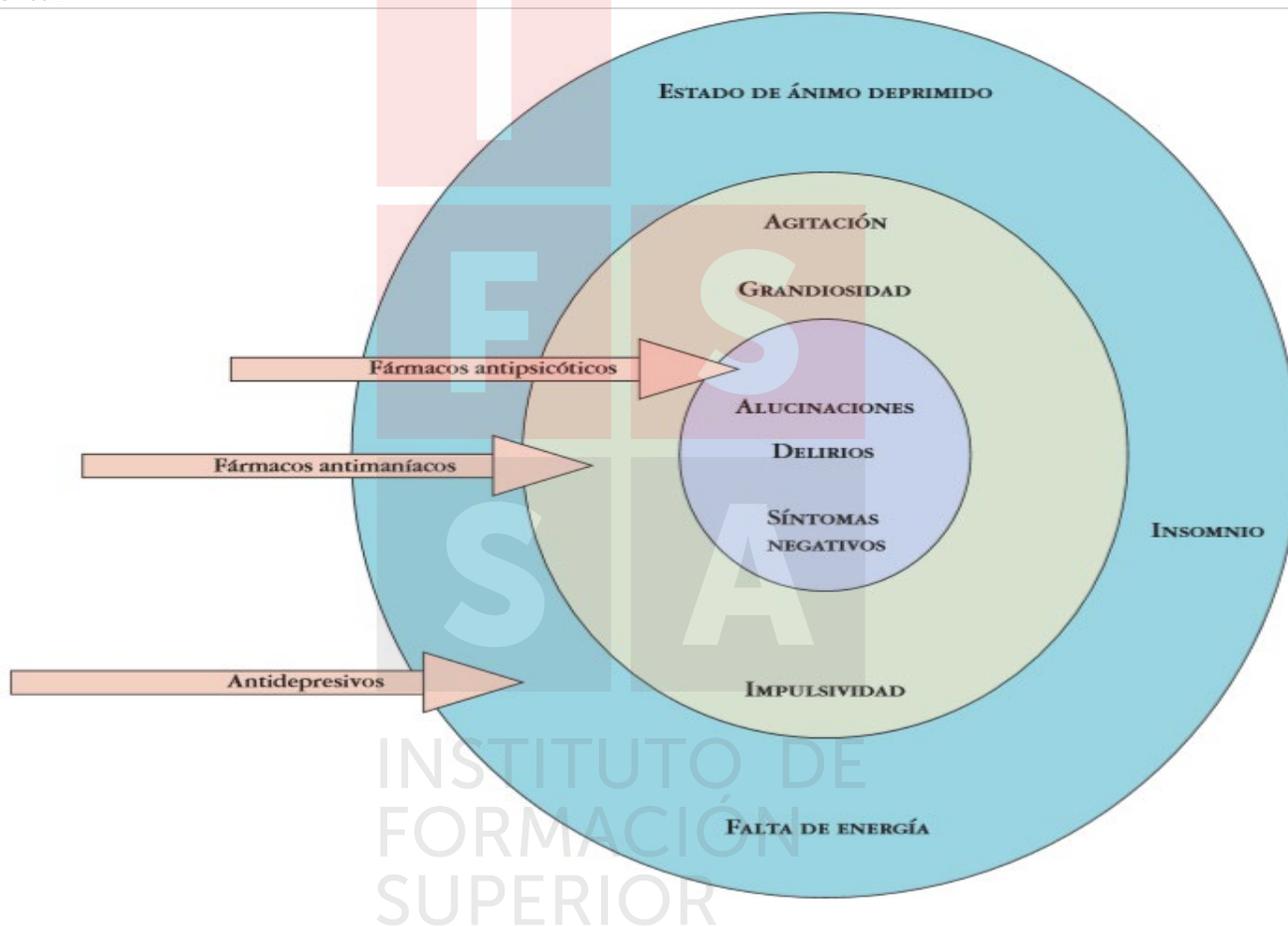
- Evaluación de los síntomas del paciente
- Evaluación de la respuesta del paciente al fármaco
- Observación para detectar efectos adversos
- Realización de pruebas de laboratorio, según lo prescrito, para monitorizar las concentraciones de fármacos, la función hepática u otros posibles efectos adversos
- Educación del paciente

La fase de mantenimiento comienza cuando se han tratado los síntomas diana del paciente y se ha conseguido el efecto terapéutico. El objetivo del tratamiento médico durante la fase de mantenimiento del tratamiento con fármacos psicotrópicos es el tratamiento de los síntomas utilizando la menor dosis posible del fármaco y con los menores efectos adversos posibles. El objetivo del profesional de enfermería es que el paciente alcance una función y una calidad de vida óptimas. Las responsabilidades de enfermería en la fase de mantenimiento incluyen las siguientes:

- Evaluación continua de los efectos del fármaco
- Evaluación de los efectos colaterales a largo plazo
- Educación continua del paciente, centrándose en la medicación en el domicilio, el tratamiento de los efectos colaterales y la importancia de continuar el tratamiento después de que se haya producido el alivio de los síntomas

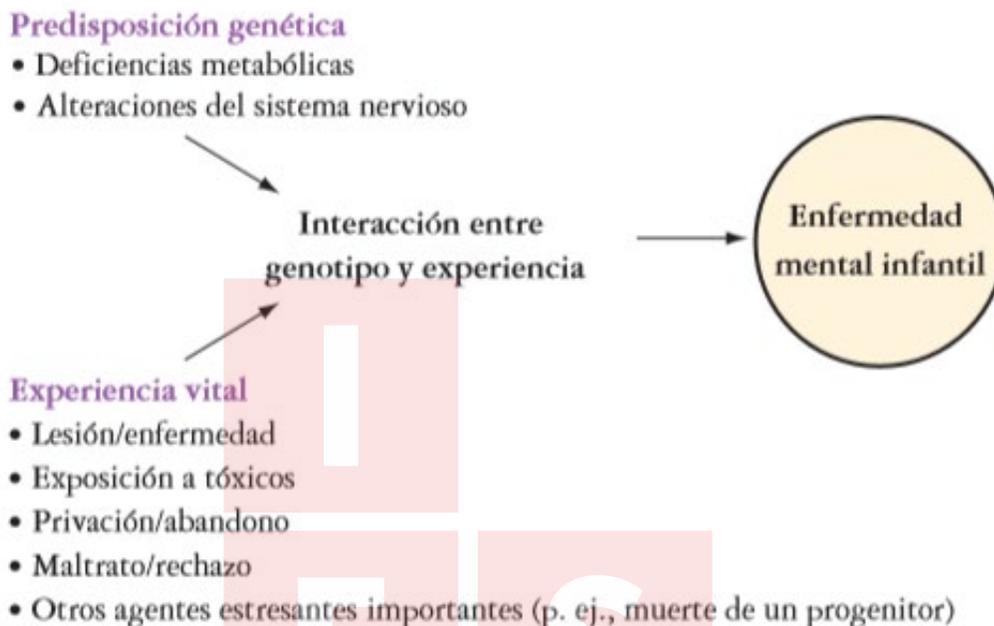
**SÍNTOMAS DIANA**

Antes de la administración de los fármacos psicotrópicos a los pacientes, los profesionales de enfermería deben conocer cuáles son los efectos deseados. Debemos saber qué síntomas específicos se espera que traten los fármacos: los síntomas diana. Si los profesionales de enfermería únicamente conocieran el nombre de la enfermedad que trata cada uno de los fármacos, podrían no saber si el fármaco está produciendo el efecto deseado. Por ejemplo, imagine a un paciente con esquizofrenia que tiene alucinaciones y toma un fármaco antipsicótico. Si el profesional de enfermería se pregunta si el fármaco es eficaz, el profesional de enfermería debe buscar la presencia de alucinaciones (uno de los síntomas diana), no la esquizofrenia (el trastorno). El paciente seguirá teniendo esquizofrenia, pero si se alivian las alucinaciones, el fármaco es eficaz.



**Efecto de los trastornos mentales sobre el desarrollo**

La fase del desarrollo del paciente en el momento del inicio de un trastorno mental determina cómo le afecta el trastorno.



Sabemos que los niños se desarrollan de acuerdo con un patrón predecible (¿recuerda las fases del desarrollo de Erikson?). Los trastornos médicos o mentales crónicos pueden afectar al desarrollo de los niños. Los trastornos mentales hacen que los niños tengan más dificultad para alcanzar las tareas del desarrollo. Cuando una niña tiene depresión, si está en la fase del desarrollo de laboriosidad frente a inferioridad puede no ser capaz de participar en actividades de grupo con sus iguales o de realizar los proyectos escolares. Estas dos tareas forman parte de su tarea del desarrollo de laboriosidad. El profesional de enfermería que conoce el desarrollo humano puede evaluar a los pacientes para determinar su capacidad de conseguir sus tareas de desarrollo individuales. El profesional de enfermería puede ofrecer intervenciones adecuadas para fomentar el desarrollo. En el caso del niño en edad escolar con depresión, el profesional de enfermería puede fomentar su participación en actividades de grupo y crear oportunidades de proyectos sencillos y completos para fomentar el desarrollo del niño.

Un trastorno mental que comienza en la infancia puede afectar al desarrollo del individuo a lo largo de toda su vida.

Aunque los médicos se deben centrar en las enfermedades de sus pacientes psiquiátricos pediátricos, los profesionales de enfermería tienen mayor capacidad de centrarse en las necesidades del desarrollo de los pacientes. Esto significa que los profesionales de enfermería pueden valorar el nivel del desarrollo del paciente y fomentar su desarrollo, aun cuando esté en tratamiento por un trastorno mental. El desarrollo continúa durante toda la vida, por lo que el profesional de enfermería debe fomentar el desarrollo humano de todos los pacientes en todos los contextos terapéuticos.

### **TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE**

Si un niño tiene menor rendimiento académico de lo que cabría esperar de acuerdo con la capacidad de aprendizaje del niño, el niño puede tener un trastorno del aprendizaje. Se diagnostican trastornos del aprendizaje cuando los logros del niño en lectura, matemáticas o expresión escrita están muy por debajo del nivel esperado para su edad, nivel de escolarización y nivel de inteligencia. Los trastornos del aprendizaje pueden persistir hasta la edad adulta (APA, 2000). Los niños y adolescentes con trastornos del aprendizaje pueden sentirse desmoralizados y tener baja autoestima. Pueden tener dificultad con las habilidades

sociales. La tasa de abandono escolar de los niños afectados por trastornos del aprendizaje es próxima al 40%. Los adultos con trastornos del aprendizaje pueden tener dificultad con el empleo o con el ajuste social (APA, 2000). La detección e intervención tempranas de los niños afectados les ofrecen mejor pronóstico en cuanto a aprendizaje, autoestima y desempeño de sus funciones de adultos. Varios factores pueden producir trastornos del aprendizaje. Estos factores incluyen predisposición genética, antecedente de lesión perinatal y trastorno neurológico. En muchas personas afectadas la causa del trastorno del aprendizaje no está clara.

### **TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN**

Los trastornos de la comunicación pueden afectar a la capacidad física del niño de hablar, que es el aspecto motor (muscular) del habla. Por otro lado, estos trastornos pueden afectar al lenguaje, que es la emisión y recepción de mensajes verbales.

#### **Trastorno del lenguaje expresivo**

El trastorno del lenguaje expresivo es un deterioro de la comunicación verbal o mediante lenguaje de signos. Las alteraciones interfieren con el rendimiento académico o laboral o con la comunicación social. Las alteraciones pueden incluir vocabulario escaso, disminución de la cantidad del habla, dificultad para adquirir nuevas palabras, errores para encontrar palabras o errores de vocabulario, frases cortas, estructura gramatical simplificada, variedades escasas de estructura gramatical o de las frases, omisión de partes críticas de las frases, orden anormal de las palabras y desarrollo lento del lenguaje. La comprensión del lenguaje habitualmente está dentro de límites normales. La mayoría de los niños con este trastorno mejora mucho con el paso del tiempo. Aparece con más frecuencia en niños con antecedentes familiares de trastornos de la comunicación o del aprendizaje.

#### **Trastorno mixto del lenguaje receptivo- expresivo**

Los niños con este trastorno tienen deterioro del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo. Las dificultades del lenguaje interfieren con el rendimiento escolar o laboral y con la comunicación social. Los pacientes con este trastorno tienen el deterioro del lenguaje expresivo que ya se ha descrito, y además tienen alteraciones de la recepción, como dificultad para comprender palabras, frases o algunos tipos de palabras (p. ej., palabras espaciales, como arriba, dentro o a la izquierda). Puede parecer que el niño afectado no oye, no presta atención o está confundido. El niño puede seguir las instrucciones incorrectamente, o puede no seguirlas en absoluto, y puede dar respuestas inadecuadas a las preguntas. El niño puede tener también dificultad para procesar otros sonidos. Puede ser difícil ayudar a niños inmigrantes que tienen dificultades de la comunicación.

#### **Trastorno fonológico**

El trastorno fonológico supone la imposibilidad de utilizar los sonidos del habla que cabe esperar para la edad y el idioma del niño. Puede incluir errores en la producción de sonidos o en la organización de los sonidos para producir palabras, la omisión de sonidos (como las consonantes finales de las palabras), o la sustitución de un sonido por otro (como decir t cuando la palabra tiene una k). Para justificar este diagnóstico, el trastorno del habla debe ser suficientemente grave como para interferir con el rendimiento escolar o laboral o con la comunicación social. Este trastorno puede ser leve o grave, dependiendo de factores individuales. Con frecuencia se resuelve espontáneamente.

### **Tartamudeo**

El tartamudeo es un trastorno de la fluidez normal y del patrón del habla que no es adecuada para la edad de un individuo. Incluye repeticiones frecuentes o prolongaciones de sonidos o sílabas. También puede incluir pausas en el habla, palabras producidas con un exceso de tensión física, palabras interrumpidas (pausas dentro de una palabra) o sustituciones de palabras para evitar una palabra problemática. La mayoría de las personas con tartamudeo se recuperan, habitualmente antes de los 16 años. Algunas siguen tartamudeando en la edad adulta. Están afectados más varones que mujeres, y el trastorno se da en familias, lo que indica una conexión genética.

### **Trastornos de la eliminación**

#### **ENURESIS**

La enuresis es la emisión repetida de orina en la cama o en la ropa (involuntaria o intencionada), que se produce al menos dos veces a la semana durante al menos 3 meses. Produce malestar significativo o deterioro del desempeño de funciones sociales, escolares o de otras áreas. La enuresis únicamente se diagnostica en niños mayores de 5 años, cuando habitualmente ya se ha establecido el control voluntario de la vejiga. La mayoría de los niños que tienen enuresis no tienen ningún trastorno mental. Se produce en el 5-10% de los niños de 5 años de edad, el 3-5% de los niños de 10 años de edad y aproximadamente el 1% de las personas mayores de 15 años.

Aproximadamente el 75% de los niños con enuresis tienen un familiar biológico en primer grado (progenitor o hermano) con el trastorno. Se deben descartar las causas físicas de incontinencia antes de hacer el diagnóstico de enuresis. La diabetes no tratada, una infección urinaria y trastornos neurológicos pueden producir incontinencia. Un niño debe tener un volumen vesical de 300-350 ml para aguantar la orina por la noche. Para valorar la capacidad de la vejiga el profesional de enfermería puede indicar al niño que orine en un recipiente graduado después de aguantar la orina lo más posible. Las técnicas terapéuticas en la enuresis incluyen las siguientes:

- Evitar los líquidos después de la cena
- Entrenamiento de la vejiga
- Despertar al niño por la noche para orinar (la enuresis nocturna habitualmente se produce en el primer tercio de la noche)
- Administrar fármacos que inhiben la micción o la contracción de la vejiga
- Crear una respuesta condicionada para despertar al niño con un dispositivo eléctrico cuando esté orinando
- Educar al niño y a sus progenitores sobre la enuresis y el plan terapéutico
- Ofrecer apoyo y estímulo constantes al niño y a sus padres.

#### **ENCOPRESIS**

La encopresis es la eliminación voluntaria o involuntaria de heces en lugares inadecuados. Habitualmente es involuntaria. Se diagnostica encopresis cuando un niño de al menos 4 años de edad ha eliminado heces en lugares inadecuados al menos una vez al mes durante al menos 3 meses. Cuando la eliminación de heces es involuntaria, con frecuencia se debe a estreñimiento, impactación y retención de heces, seguido por desbordamiento. El estreñimiento puede deberse a motivos psicológicos, como miedo a la defecación en un lugar particular, ansiedad o conducta negativista que lleva a evitar la defecación. La encopresis afecta al desempeño de funciones escolares y sociales del niño. Produce mucho sufrimiento a la familia. Debido al estigma y la vergüenza asociados a este trastorno, la familia o los cuidadores pueden sentir que son los únicos que tienen un problema como este. El personal de enfermería debe educar al niño y a sus padres o cuidadores sobre la encopresis. El primer tema que se debe enseñar es la función intestinal. Los padres con

frecuencia se sorprenden de saber que cuando un niño tiene estreñimiento avanzado la fuga de heces no está bajo el control del niño. Puede ayudar a las familias saber que otras familias también se enfrentan a la encopresis. El tratamiento de la encopresis debe comenzar con el diagnóstico de la causa del problema, seguido por un plan terapéutico. Los abordajes terapéuticos incluyen cambios de la dieta, resolución de la impactación fecal, prevención del estreñimiento futuro y terapia conductual.

### **TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN**

La ansiedad por separación es una ansiedad excesiva por la separación del hogar o de las figuras parentales. La ansiedad es más intensa de lo que cabría esperar para el nivel de desarrollo del niño. Dura más de 4 semanas, comienza antes de los 18 años de edad y produce un sufrimiento significativo o un deterioro de las funciones sociales, escolares o de otro tipo. Las características diagnósticas del manual de diagnósticos incluyen las siguientes:

- Estrés excesivo y recurrente cuando se produce la separación o se prevé la separación del hogar o de las figuras parentales
- Preocupación persistente y excesiva sobre la pérdida o el daño de las figuras parentales
- Preocupación excesiva de que algo dará lugar a la separación de las figuras parentales, como perderse o ser secuestrado
- Reticencia persistente a ir al colegio o a otros lugares debido al miedo a la separación
- Miedo o reticencia a estar solo sin una figura parental
- Reticencia persistente a ir a dormir sin estar cerca de una figura parental
- Pesadillas repetidas sobre la separación
- Quejas repetidas de síntomas físicos (cefalea, náuseas, dolor de estómago) cuando se produce la separación de las figuras parentales o se prevé que se va a producir

Se produce trastorno de ansiedad por separación en aproximadamente el 4% de los niños y adolescentes jóvenes. Puede aparecer después de algún agente estresante vital, como la muerte de un familiar o una mascota, una enfermedad, la inmigración o la mudanza a un nuevo vecindario. Típicamente hay períodos de exacerbación en los que el trastorno es más intenso, y remisiones en las que no es problemático.

### **RETRASO MENTAL**

El retraso mental se caracteriza por una función intelectual significativamente inferior a la media, que comienza antes de que el niño tenga 18 años de edad. Se acompaña de deterioro de la actividad adaptativa, que es la capacidad del individuo de afrontar las demandas de la vida cotidiana. Las demandas de la vida cotidiana incluyen comunicación, autocuidado, relaciones, vida en el hogar, uso de los recursos comunitarios, autonomía, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio y mantenimiento de la salud y la seguridad. El retraso mental puede variar en grado desde leve a profundo. Los niños con retraso mental raras veces reciben tratamiento en contextos psiquiátricos salvo que también tengan trastornos psiquiátricos. El retraso mental se puede deber a distintas causas.

#### **Causas principales de retraso mental**

- **Genéticas.** Alteraciones cromosómicas, como síndrome de Down y síndrome de X frágil; errores innatos del metabolismo, como fenilcetonuria (FCU); alteraciones monogénicas con expresión variable, como esclerosis tuberosa
- **Alteraciones del desarrollo embrionario.** Lesión prenatal debida a toxinas, como consumo materno de alcohol, e infecciones
- **Problemas durante la gestación y el período perinatal,** como malnutrición, prematuridad, hipoxia, infecciones víricas y traumatismo
- **Influencias ambientales,** como crianza o estimulación inadecuadas
- **Trastornos mentales,** como trastorno autista y otros trastornos generalizados del desarrollo
- **Enfermedades médicas generales adquiridas en la lactancia o la infancia,** como intoxicación por plomo, traumatismo o infección

En muchas personas afectadas se desconoce la etiología.

### **TRASTORNO AUTISTA**

El trastorno autista es el más frecuente de los trastornos generalizados de desarrollo. Aparece antes que los demás trastornos de este grupo y es evidente antes de los 3 años de edad. Este trastorno supone tres áreas de alteración:

- Deterioro de la interacción social (imposibilidad de desarrollar relaciones con sus iguales, ausencia de contacto ocular o de otras conductas interactivas no verbales, no busca compartir el disfrute con los demás o ausencia de respuestas sociales)
- Deterioro de la comunicación (retraso o ausencia de lenguaje, lenguaje estereotipado, repetición de las palabras que dicen los demás o ausencia de juego imaginativo)
- Conducta estereotipada (inflexibilidad, preocupación por intereses extraños, como los horarios de autobús, cumplimiento estricto de rutinas no funcionales o manierismos repetitivos, como agitar las manos o golpearse la cabeza).

Se han encontrado múltiples factores causales para el autismo. Hay una probabilidad de recurrencia de aproximadamente el 5% en una familia que tiene un hijo autista. No se ha identificado ningún gen único como causa.

La mayoría de los niños con autismo tiene cierto grado de retraso mental. La mayoría es incapaz de vivir independientemente de adultos. El pronóstico depende del nivel de desempeño de las funciones intelectuales y del desarrollo de habilidades del lenguaje. Algunos niños afectados muestran mejoría de las habilidades de socialización cuando llegan a la edad escolar. Algunos tienen un cambio importante, para mejor o para peor, en la pubertad. Están afectados por autismo más niños que niñas, aunque las niñas tienden a tener una afectación más grave.

### **Consideraciones de enfermería**

Los profesionales de enfermería que atienden a niños con autismo deben conocer las principales características del trastorno y cómo aplicar este conocimiento para individualizar su asistencia. Los pacientes con autismo tienen dificultades para relacionarse con los demás, especialmente con personas con las que no están familiarizadas.

### **ASISTENCIA AGUDA A CORTO PLAZO.**

Cuando un niño con autismo está grave e ingresa durante un período breve, un objetivo de la asistencia de enfermería puede ser reducir el nivel de estrés del paciente para que pueda colaborar con la asistencia. Hay varias formas de realizarlo:

Tocar al paciente lo menos posible, e incluso minimizar el tiempo en la habitación del paciente cuando sea posible.

Los pacientes con autismo deben tener habitaciones privadas para reducir los estímulos excesivos y el estrés. Animar a los padres a que le visiten en el hospital y le traigan objetos familiares. El niño puede ser capaz de relacionarse con un objeto familiar de su casa. Comunicarse de forma breve y concreta con estos niños.

En lugar de decir: «Haz el favor de venir aquí y siéntate en esta bonita silla azul», pruebe: «Siéntate en esta silla». Mantener un programa predecible.

Permitir que la familia repita las rutinas de su domicilio cuando sea posible. Las rutinas familiares son importantes. Podría ser útil llevar un pijama determinado, colocar los objetos en determinadas posiciones exactas, tomar algunos alimentos preparados de una manera determinada o beber de una taza específica. Si el niño desea cosas extrañas aunque inofensivas, como colocar objetos en una disposición extraña, el profesional de enfermería podría reducir el estrés permitiéndole que lo hiciera.

### **ENTORNOS ASISTENCIALES CRÓNICOS.**

En el entorno psiquiátrico de rehabilitación hay más oportunidad para fomentar el desarrollo del niño. El profesional de enfermería puede ayudar a los niños con autismo a alcanzar todo su potencial:

- Impulsando las interacciones sociales.
- Fomentando el desarrollo de habilidades del lenguaje. La figura muestra a una niña comunicándose con un niño sin expresión verbal que tiene autismo, utilizando sus hojas de símbolos e imágenes.
- Favoreciendo el desarrollo del autocontrol, incluyendo el retraso de la gratificación y el control de los impulsos.
- Ofreciendo oportunidades para el desarrollo de las habilidades psicomotoras (mediante el juego y las actividades de la vida diaria).



### **TRASTORNO DE ASPERGER**

El trastorno de Asperger es otro trastorno generalizado del desarrollo, aunque es diferente del trastorno autista. En comparación con los niños con trastorno autista, los niños con trastornos de Asperger tienen menos discapacidad. No tienen ningún retraso significativo del desarrollo cognitivo (pensamiento) ni del lenguaje. Este trastorno habitualmente se manifiesta entre los 3 y los 5 años de edad. Este trastorno se caracteriza por lo siguiente:

- Deterioro grave de las interacciones sociales (deterioro de las conductas no verbales, imposibilidad de desarrollar relaciones con sus iguales, ausencia de disfrute compartido o de intereses con otros, o ausencia de sentimientos compartidos)
- Conductas repetitivas y estereotipadas (cumplimiento rígido de rutinas no funcionales, manierismos repetitivos, como agitar las manos o balancearse, o preocupación intensa por un área de interés, como los números o la música, excluyendo todo lo demás)
- Deterioro significativo del desempeño de funciones sociales, escolares u ocupacionales

Los pacientes con trastorno de Asperger pueden ser capaces de desempeñar sus funciones independientemente como adultos. Siguen teniendo deterioro de la conducta social y tienen dificultad para comprender los sentimientos de los demás. Las consideraciones de enfermería para los niños hospitalizados con este trastorno son similares a las de los niños con autismo en las áreas de socialización y conducta. Como el nuevo entorno y los agentes estresantes sociales del hospital pueden generar ansiedad, el manejo de la ansiedad puede ser un objetivo importante en niños con trastorno de Asperger hospitalizados. Estos niños desarrollarán más habilidades de lenguaje que los niños con trastorno autista.

### **TRASTORNO DE RETT**

El trastorno de Rett es un trastorno generalizado del desarrollo que se observa sólo en niñas. La característica esencial es la aparición de múltiples defectos funcionales después de un período de desempeño normal de las funciones. Disminuye la velocidad de crecimiento de la cabeza, se pierden las habilidades manuales que se habían adquirido previamente, la marcha es lenta y descoordinada, y hay un grave deterioro del desarrollo del lenguaje. Las niñas afectadas pierden interés en la interacción social. El trastorno de Rett comienza antes de los 4 años de edad, aunque puede aparecer tan pronto como a los 5

meses. El patrón de regresión del desarrollo es muy distintivo. El trastorno persiste durante toda la vida, y la pérdida de habilidades es progresiva. Se asocia a retraso mental grave o profundo.

### **TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

El TDAH es un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad, que es suficientemente grave y frecuente para producir un deterioro del rendimiento académico, laboral o social. En el pasado se culpaba del TDAH a una mala crianza o a que los niños no intentaban comportarse en el colegio. Actualmente se sabe que es una alteración significativa del encéfalo. Hay datos de que el TDAH tiene potentes influencias de factores genéticos, como indican estudios de recurrencia en familias. En familias de niños con TDAH está afectado el 25% de los familiares próximos, mientras que la prevalencia de TDAH de la población general es de aproximadamente el 5%. La familia, la escuela y los iguales también influyen mucho en la magnitud del deterioro de los niños afectados.

Las tres características fundamentales del TDAH son falta de atención, hiperactividad e impulsividad. La falta de atención puede hacer que las relaciones sociales y el rendimiento académico sean más difíciles. Los niños afectados pueden no ser capaces de escuchar a los demás, seguir instrucciones o jugar de forma cooperativa. Tienen dificultad para realizar las tareas del colegio que precisan una concentración prolongada. La hiperactividad hace que el colegio sea más difícil. La mayoría de los contextos escolares precisa que los niños se sienten callados en un pupitre durante períodos prolongados. Los niños con TDAH se pueden levantar y caminar por el aula en momentos inadecuados. Pueden perturbar la clase golpeando lapiceros, moviéndose en los asientos, balanceando las piernas o haciendo otros ruidos. Los niños impulsivos pueden interrumpir a los demás y pueden no ser capaces de compartir ni de esperar su turno. La impulsividad incluso puede poner al niño en peligro. El niño impulsivo puede no considerar las consecuencias de correr por la calle, montar en bicicleta sobre el raíl del tren o subirse a la copa de un árbol.

#### **Crterios diagnósticos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)**

##### **A. (1) o (2):**

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de falta de atención han persistido por lo menos durante 6 meses y son maladaptativos:
  - a. A menudo no presta suficiente atención a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares u otras actividades
  - b. Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
  - c. Parece no escuchar cuando se le habla directamente
  - d. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, etc.
  - e. Tiene dificultades para organizar tareas y actividades
  - f. Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido
  - g. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades
  - h. Se distrae fácilmente por estímulos ambientales
  - i. A menudo es olvidadizo
2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses y son maladaptativos:

#### **Hiperactividad**

- a. A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- b. A menudo abandona su asiento en la clase de forma inapropiada
- c. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo
- d. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e. A menudo habla en exceso
- f. A menudo está más activo de lo esperado para su edad

#### **Impulsividad**

- a. A menudo precipita respuestas antes de que se hayan completado las preguntas
- b. Tiene dificultades para esperar
- c. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros

- B. Los síntomas están presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Los síntomas no están presentes sólo en la escuela.
- D. Debe existir un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.

*Fuente:* Reproducido con autorización de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision*, copyright 2000. American Psychiatric Association.

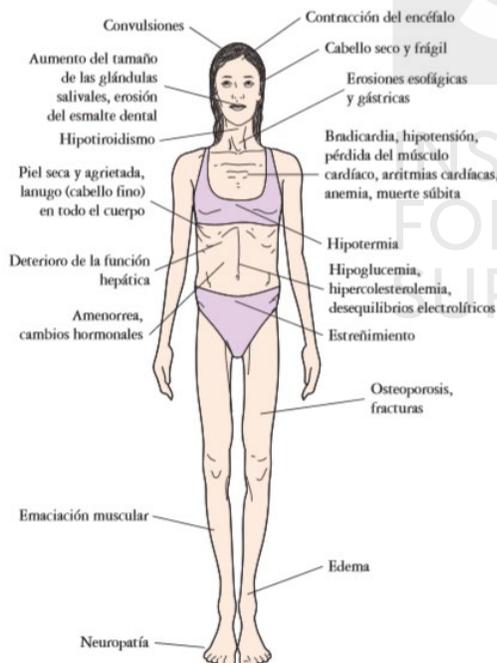
Los niños con TDAH con frecuencia tienen dificultad para formar relaciones con sus iguales y para tener buen rendimiento en el colegio. Los profesores y sus iguales perciben que los niños con TDAH son más agresivos, más mandones y menos agradables. Estos niños pueden ser rechazados por sus iguales, y los profesores les pueden tratar con severidad. Los niños afectados, sus familias, sus iguales y sus profesores se pueden sentir enfadados, frustrados o desesperanzados.

El TDAH habitualmente se diagnostica cuando el niño comienza el colegio, aunque muchos padres refieren problemas a una edad mucho más temprana. Las conductas asociadas al TDAH (impulsividad, atención escasa y aumento de la actividad física) están presentes en niños normales. El trastorno sólo se diagnostica cuando la gravedad y la frecuencia de estos hallazgos quedan fuera del intervalo normal.

Casi la mitad de los niños a los que se deriva a consultas para TDAH también tienen trastorno negativista desafiante o trastorno disocial. Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y los trastornos del aprendizaje también tienen mayor probabilidad de aparecer en pacientes con TDAH que en la población general. Algunas personas afectadas tienen disminución de la gravedad de los síntomas, especialmente la hiperactividad motora, al final de la adolescencia o el comienzo de la edad adulta. La mayoría sigue teniendo algunos síntomas de aumento de actividad, falta de atención e impulsividad de adultos. La mayoría de los adultos elaboran métodos de afrontamiento de los síntomas.

### **Trastornos Alimenticios**

Antes de empezar a atender a pacientes diagnosticados de trastornos de la conducta alimentaria, analice sus propias actitudes sobre la conducta alimentaria y el peso corporal. Los alimentos y la conducta alimentaria tienen significados que van mucho más allá de la nutrición. Contemple las preguntas siguientes. ¿Cómo se siente cuando ve una persona extremadamente delgada? ¿Cuáles son sus sentimientos sobre las personas muy obesas? ¿Es su cuerpo comparable al de las personas que ve en los anuncios y los medios de comunicación? ¿Cómo se siente en relación con su propio cuerpo? ¿Cómo se siente cuando tiene una comida especial con su familia? ¿Qué come cuando está sometido a estrés? ¿Ha tenido alguna vez problemas que pudieran resolver el chocolate o el helado? Estas preguntas se relacionan con actitudes personales sobre la conducta alimentaria y el peso corporal.



Nuestra cultura transmite creencias sobre el significado y la importancia de aspectos como estos. Aprendemos nuestros criterios de belleza y nuestras actitudes sobre el alimento a medida que aprendemos los valores y las conductas de nuestra cultura. Cuando los profesionales de enfermería llevan sus opiniones y sentimientos personales con ellos al trabajo, estos sentimientos pueden afectar a su conducta en la asistencia de los pacientes. Tal vez piense que las personas delgadas son débiles físicamente y se las debe proteger de las demandas que se les exigen. Tal vez piense que las personas obesas son débiles emocionalmente y se les debe poner a prueba para fortalecer su personalidad.

**Figura 14-1.** ■ Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria.



Las actitudes que hacen que el profesional de enfermería juzgue al paciente por adelantado pueden ser perjudiciales para la asistencia del paciente. Es importante que los profesionales de enfermería examinen sus propias actitudes para asegurarse de que no tienen sesgos sobre la conducta alimentaria y el peso que interfieran con su capacidad de atender a los pacientes de forma objetiva y profesional. Las personas que tienen trastornos de la alimentación sufren mucho emocional y físicamente. Estos trastornos producen autoestima baja, odio hacia sí mismos, miedo, desesperanza

y riesgo de diversos problemas fisiológicos. Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria con frecuencia también tienen otros trastornos mentales, como trastorno de ansiedad, abuso de sustancias y depresión. Los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser mortales.

Los cuidadores no deben infraestimar la importancia de estos trastornos. Hay algunos problemas que ocurren en la infancia y que hacen que las personas tengan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria o problemas de peso en la adolescencia y al comienzo de la edad adulta.

Estas experiencias infantiles incluyen las siguientes (son factores de riesgo, no factores predictivos de casos individuales):

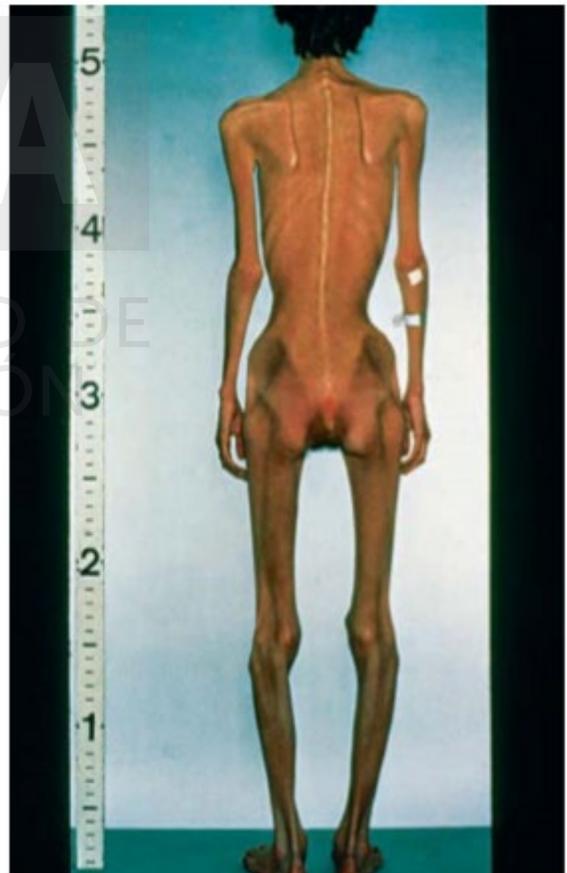
- Abandono físico
- Abuso sexual
- Bajo afecto o atención paternos, o poco tiempo pasado con el hijo
- Pobreza
- Bajo nivel educativo de los padres

### **Anorexia nerviosa**

Un paciente que tiene anorexia nerviosa se niega a mantener un peso corporal mínimamente normal, tiene un miedo intenso a ganar peso y tiene un trastorno significativo de la percepción del tamaño y la forma de su cuerpo. Las mujeres con anorexia nerviosa tienen amenorrea (ausencia de períodos menstruales). El criterio propuesto para determinar el peso insuficiente es menos de 85% de lo normal para la edad y la altura del paciente.

Los pacientes con anorexia nerviosa habitualmente consiguen perder peso restringiendo de forma intensa la ingesta de alimentos. Con frecuencia comienzan excluyendo lo que piensan que son alimentos ricos en calorías y pasan a una dieta muy limitada. Otros métodos de pérdida de peso incluyen purga (vómitos autoinducidos) o abuso de laxantes o diuréticos. Tienen un intenso miedo a ganar peso, aun cuando estén emaciados (excesivamente delgados, consumidos).

Caquexia es otro término que a veces se utiliza para describir a estos pacientes con una consunción muscular extrema. Otra característica de los pacientes con anorexia





nerviosa es la distorsión de cómo perciben el tamaño y la forma de su cuerpo. Algunos pacientes saben que están delgados, pero les preocupa que partes de su cuerpo, especialmente el abdomen, los muslos y las nalgas, sean demasiado grandes. La autoestima de los pacientes con anorexia nerviosa está estrechamente vinculada al tamaño y la forma corporales. Se considera que la pérdida de peso es una mejoría y un signo de autocontrol extraordinario.

El aumento de peso se convierte en un fracaso inaceptable del autocontrol. Algunos pacientes con el trastorno admiten que están delgados, aunque típicamente niegan las graves implicaciones médicas de su enfermedad. La tasa de mortalidad de la anorexia nerviosa es del 5-10%.

El término anorexia es un nombre inexacto para esta enfermedad. Significa «pérdida de apetito». De hecho, los pacientes con anorexia nerviosa siguen teniendo una sensación normal de hambre y de apetito. Habitualmente el paciente afectado es llevado a los profesionales sanitarios por sus padres. Debido a la negación del paciente o a su falta de introspección, los padres pueden ser mejor fuente de información sobre la historia de los síntomas del paciente.

Asegúrese de seguir la política de su institución sobre la confidencialidad y la comunicación de la información de los pacientes antes de discutir la enfermedad del paciente con sus padres. Los padres pueden dar información al personal de enfermería, aunque el profesional de enfermería debe tener cuidado sobre la información que da a los padres sin permiso del paciente.

El 90% de los pacientes con anorexia nerviosa son mujeres. El inicio antes de la pubertad es infrecuente. Típicamente comienza a mediados o finales de la adolescencia (14-18 años de edad), y raras veces empieza después de los 40 años. Algunas personas se recuperan completamente después de un único episodio. Otras tienen un patrón fluctuante que incluye aumento de peso seguido por una recaída. Otras tienen una evolución con deterioro crónico a lo largo de muchos años. Este trastorno se asocia con frecuencia a rasgos obsesivos y/o compulsivos, relacionados o no con los alimentos.

La mayoría de los pacientes con el trastorno están preocupados por pensamientos de comida. Pueden coleccionar recetas o almacenar alimentos. Estos síntomas, además de la depresión, se pueden deber a los efectos fisiológicos de la malnutrición. Los pacientes con anorexia nerviosa pueden tener preocupaciones sobre comer en público, una fuerte necesidad de controlar su entorno, pensamiento inflexible, perfeccionismo, escasa espontaneidad social, sentimientos de ineficacia, ausencia de iniciativa y expresión emocional tensa.

Muchos también tienen un trastorno de la personalidad. Los que tienen el tipo de atracones/ purga tienen mayor probabilidad de tener otros problemas del control de los impulsos, abusar del alcohol o de drogas, tener un estado de ánimo inestable, ser activos sexualmente, tener mayor frecuencia de intentos de suicidio y tener trastorno límite de la personalidad.

### **Bulimia nerviosa**

La bulimia nerviosa es más frecuente que la anorexia. Las características esenciales de este trastorno son atracones de comida y métodos compensadores inadecuados para evitar ganar peso. La autoevaluación de los pacientes con bulimia nerviosa depende mucho de la forma y peso corporales. El atracón de comida, al que habitualmente siguen vómitos inducidos, se produce al menos 2 veces a la semana. Se define un atracón como comer en un período escaso de tiempo (habitualmente dos horas) una cantidad de alimentos que es

claramente mayor de lo que la mayoría de las personas comería en circunstancias similares. El picoteo durante el día no constituye un atracón. El alimento típicamente incluye alimentos ricos en calorías y carbohidratos, como pasteles y helados.

La alimentación en atracones se caracteriza más por la cantidad de alimento consumido que por el tipo de alimento consumido. Un atracón puede o no estar planificado por adelantado, y el alimento habitualmente se come rápidamente. Un episodio de atracón se caracteriza por sensación de pérdida de control. Las personas con frecuencia están avergonzadas de su conducta alimentaria y habitualmente se dan los atracones en secreto. Un atracón puede estar desencadenado por un estado de ánimo triste, un episodio estresante, hambre por haber estado a dieta o sentimientos en relación con la imagen corporal, el aspecto o el peso. El atracón puede aliviar temporalmente el estrés o el estado de ánimo bajo, aunque la vergüenza y la autocrítica son recurrentes.

El método más frecuente de compensar los atracones es la purga mediante la inducción del vómito, habitualmente estimulando el reflejo nauseoso. Los pacientes refieren que el vómito alivia la sensación de molestia física y reduce el miedo a ganar peso. Algunos pacientes con bulimia nerviosa abusan de laxantes y diuréticos después de los atracones. Algunos utilizan erróneamente enemas después de los atracones. Los pacientes con bulimia nerviosa pueden realizar ejercicio excesivo en un intento de perder peso. El ejercicio se hace excesivo cuando interfiere significativamente con otras actividades importantes, cuando se realiza en momentos inadecuados o en situaciones inadecuadas, o cuando la persona sigue haciendo ejercicio a pesar de haber tenido lesiones. Para los pacientes con bulimia nerviosa, la forma corporal y el peso son los factores más importantes que determinan su autoestima.

Los pacientes con bulimia habitualmente están dentro del intervalo de peso normal, aunque pueden estar ligeramente por encima o por debajo. Los pacientes que tienen bulimia nerviosa tienen aumento de la prevalencia de depresión y ansiedad. Este grupo también tiene mayor prevalencia de abuso de sustancias, especialmente alcohol y estimulantes, y de trastorno límite de la personalidad. El 90% de los pacientes con bulimia nerviosa son mujeres.

La bulimia nerviosa habitualmente comienza al final de la adolescencia o al comienzo de la vida adulta. La evolución puede ser crónica o intermitente, y los síntomas de muchos pacientes disminuyen a lo largo del tiempo.

### **Trastorno de la conducta alimentaria por atracón**



Actualmente se está estudiando el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria por atracón. Se caracteriza por los episodios de atracones y las conductas compensadoras que se utilizan en la bulimia (vómitos, laxantes, enemas, ejercicio excesivo). Igual que en la bulimia nerviosa, los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria por atracón se sienten muy mal durante los episodios de atracón y después de los mismos. Tienen sentimientos de pérdida de control sobre la conducta alimentaria con atracones. También están preocupados por los posibles efectos de los atracones. Igual que

en la bulimia, se consumen rápidamente grandes cantidades de alimentos, cuando el paciente no tiene hambre.

La persona come hasta que se siente incómodamente llena, y come sola porque siente vergüenza, malestar y culpa por comer en exceso.

Al contrario que los pacientes con bulimia, los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria por atracón no se purgan habitualmente ni abusan de laxantes, diuréticos o enemas. Para justificar este diagnóstico, el paciente debe darse atracones al menos 2 veces a la semana durante 6 meses.

Los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria por atracón tienden a tener sobrepeso, mientras que los pacientes con bulimia con frecuencia tienen un peso normal o ligero sobrepeso. Los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria por atracón con frecuencia refieren que su conducta alimentaria o su peso interfieren con sus relaciones con los demás, con su trabajo y con su capacidad de sentirse bien consigo mismos. Tienden a tener más odio hacia sí mismos, malestar sobre su tamaño corporal, depresión, ansiedad y síntomas físicos que las personas del mismo peso que no tienen el trastorno. Las mujeres tienen aproximadamente 1,5 veces más probabilidad de tener este trastorno que los varones. Típicamente comienza al final de la adolescencia o al comienzo de la tercera década. El primer episodio puede producirse después de un episodio estresante.

#### **Varones con trastornos de la conducta alimentaria**

El 10% de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria son varones. Los criterios diagnósticos de los trastornos del tratamiento de los mismos son los mismos que en las mujeres. Una diferencia es que los varones con trastornos de la conducta alimentaria tienen más probabilidad de realizar atletismo. Los varones a veces comienzan un trastorno de la conducta alimentaria por un intento de «ganar peso» para un deporte como la lucha. Los varones tienen más probabilidad que las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de ser obesos antes del comienzo del trastorno de la conducta alimentaria, y tienen menos probabilidad de tener sentimientos de culpa en relación con los episodios de atracones y purgas.

Los varones con trastornos de la conducta alimentaria tienden a tener depresión y alcoholismo con mayor incidencia que los varones sin trastornos de la conducta alimentaria. Los problemas psicosociales en varones y mujeres con trastornos de la conducta alimentaria son similares.

Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria con frecuencia tienen dificultad para confiar en los demás, independientemente de que sean varones o mujeres. Los varones adolescentes pueden tener dificultad para expresar sus sentimientos sobre los problemas relacionados con la conducta alimentaria. Debido a esto, es especialmente importante que el profesional de enfermería establezca una relación profesional de enfermería-paciente de confianza. Está aumentando la presión sobre los varones adolescentes para que se comparen con un físico masculino ideal que se presenta en los anuncios, las películas y los atletas profesionales (muchos de los cuales se ven obligados a consumir esteroides anabólicos). Si este proceso continúa, también puede aumentar la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria en varones.

#### **Otros Trastornos Alimenticios**

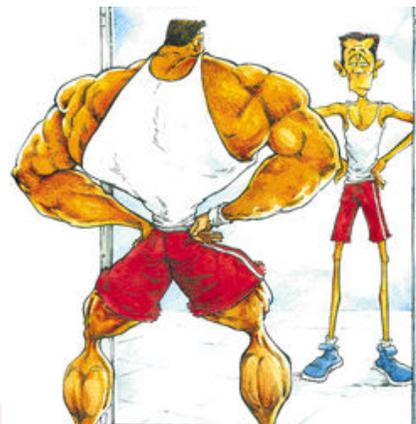
Mucho menos conocidas pero igual de importantes e incluso letales a la par de la anorexia y la bulimia, se encuentran otras patologías agrupadas en la misma categoría de trastornos alimentarios: Vigorexia, **Ebriorexia y Ortorexia.**

Estos trastornos surgen como derivados de la anorexia y la bulimia, y son formas que adoptan las personas para ocultar sus trastornos, es decir, surgen como producto de todas aquellas conductas poco típicas y conocidas que las personas sufrientes de anorexia y bulimia producen para poder ocultar su padecimiento.

En últimas puede llegar a ser formas agravadas de anorexia o bulimia pero de forma exclusivamente conductual.

Anteriormente he hablado sobre cómo la anorexia y bulimia presentan conductas dirigidas a ocultarse. Conductas que son voluntarias por la persona que lo padece, reforzadas socialmente por las personas que también lo padecen y que mantienen el trastorno sin ser identificado por parejas, padres o docentes.

**La Vigorexia**, primer trastorno a analizar en detalle de este grupo menos conocido, no necesariamente se presenta como una evolución de la anorexia o bulimia, es un trastorno que bien puede presentarse por sí solo o como evolución de los anteriores. Este trastorno describe a las personas que en extremo están obsesionadas con la tonificación de su cuerpo, el comportamiento típico se centra en pasar tiempos extremados en gimnasio con la obsesión de ganar más y más músculo. Lo peligroso se presenta cuando estas personas inician a degastar su cuerpo por el ejercicio excesivo e incluso tomar sustancias anaeróbicas para acelerar su propósito dañando así órganos vitales. La vigorexia puede presentarse como evolución de la anorexia o bulimia cuando la persona se refugia en el ejercicio para quemar al máximo las calorías consumidas e incluso quemar más calorías que las consumidas.



Otra forma de camuflar el consumo de alimentos se refiere al consumo excesivo de alcohol con el propósito de que el azúcar que contiene supla los nutrientes que el cuerpo necesita. La **ebriorexia** a diferencia con una alcoholemia es que la persona no necesariamente busca entrar en estado de ebriedad y tiene control de aquello que toma, se limita a beber alcohol por las propiedades alimentarias del mismo. De esta forma la persona siente que ingiere algún tipo de nutrientes aunque los mismo son lo menos calóricos posibles, llevando a su cuerpo a los daños típicos que se presentan cuando hay consumo crónico o excesivo de alcohol.

Tal vez el trastorno más saludable de este grupo sea la **ortorexia**, presentado en las personas obsesionadas con el consumo de alimentos sanos. Generalmente este trastorno se empieza a desarrollar cuando la persona se refugia en estos alimentos con el propósito de reducir la cantidad de alimentos y calorías que consumen, sin embargo este trastorno también se puede presentar en personas sin ninguna relación con la anorexia y bulimia. El sujeto que presenta ortorexia generalmente reduce su alimentos a alternativas vegetarianas o incluso veganas, e incluso alimentos orgánicos, sin embargo se diferencia de forma radical de cualquier vegetariano en que no hay una ideología detrás del comportamiento, no buscan salvar los animales, o compartir su dolor, sino que no toleran que su cuerpo ingiera alimentos poco saludables.

La ortorexia es tal vez el trastorno en el que la persona tiene menos posibilidades de incurrir en conductas mortales, sin embargo suele presentar fatiga, poca energía y los mismos



signos que muestra la persona que sufre anorexia o bulimia, ya que el control sobre los alimentos es tan estricto que la reducción de la cantidad de alimentos a consumir es en extremo limitada presentando así desnutrición y fallas hepáticas o renales.

Más allá de la anorexia y la bulimia, los trastornos alimentarios actualmente han mostrado que la conducta del ser humano al momento de alcanzar un propósito; el de ser delgado, puede llevar a extremos que es incluso difícil de identificar.

Al hablar de los trastornos alimentarios, se encuentra un enemigo poco conocido pero sufrido por muchas personas en su cotidianidad: el **trastorno dismórfico corporal**, también conocido como dismorfofobia o trastorno de fealdad imaginaria. Clasificado actualmente en los trastornos obsesivos por manifestar una preocupación obsesiva e irracional por una parte del cuerpo que la persona considera como fea o poco agradable y que incluso encaja poco en los cánones de belleza.

La alta relación que presenta este trastorno con los trastornos alimentarios radica en el hecho de que suele ser el origen de todo, si bien los comportamientos y pensamientos que tiene el paciente son relacionados con los criterios de los trastornos alimentarios, es común encontrar que el paciente decida bien sea dejar de comer, vomitar o hacer ejercicio excesivo para calmar los pensamientos obsesivos que le genera el imaginario de fealdad en torno a su cuerpo o una parte de este.

De esta forma, el trastorno dismórfico corporal se transforma en la base oculta de los trastornos alimentarios, generalmente se propende a atacar y leer recomendaciones sobre lo que se puede y no hacer con los trastornos alimentarios, llegando así a atacar los síntomas de estos trastornos: el vómito autoinducido, la resistencia a comer, el exceso de ejercicio, la ingesta de laxantes, etc. Es frecuente además que se logre un control de estos síntomas y la reducción de los mismos, asumiendo así que la persona está completamente curada de su trastorno. Este estado de cura suele durar algunos meses cuando vuelven a aparecer los síntomas o los mismos aparecen de otras formas, por ejemplo es frecuente que la persona cambie de anorexia a bulimia, o desarrolle vigorexia. Todo esto ocasionado porque el núcleo de lo que aqueja la persona no se ha solucionado.

Es igualmente frecuente que la persona no desarrolle trastornos alimentarios como consecuencia de un trastorno dismórfico y constantemente solucionan esta dificultad con cirugías estéticas, sin embargo esta conducta generalmente es imparable, suelen ser personas que nunca, por ninguna circunstancia, están conformes o muestran sentimientos agradables con alguna parte de su cuerpo llegando a acumular un historial enorme de procedimientos estéticos y cirugías en los que pocas veces están contentos y siempre están planeando o haciendo otra intervención para corregir alguna otra parte de sí mismos.

Hay muchos trastornos alimentarios que se atenúan cuando hay una intervención estética de por medio o simplemente se manifiestan porque la conducta o los síntomas como tal hablan de un trastornos alimentario, pero siempre se debe estar atento al hecho de estar vigilante a un potencial trastorno dismórfico, suelen estar en la raíz de gran parte de los trastornos alimentarios y alimentarlos; ya que la mejor forma de atacar el cuerpo que no es agradable para la persona es haciéndole daño, algo totalmente reflejado en el hecho de vomitar, dejar de comer, hacer ejercicio excesivo o un potencial alcoholismo.

### **Obesidad**

No se considera que la obesidad sea un trastorno mental. Muchas personas obesas están sanas desde el punto de vista mental. Sin embargo, se incluye aquí la obesidad porque produce mucho sufrimiento físico y emocional, y muchas de las personas a las que afecta son profesionales de enfermería.

Es evidente que la obesidad tiene efectos perjudiciales sobre la salud física. También afecta a la salud mental. Algunos pacientes con obesidad tienen autoestima baja, imagen corporal inadecuada, depresión y ansiedad. Algunos sienten culpa y se sienten molestos consigo mismos. Los pacientes con conducta alimentaria compulsiva comen en exceso por motivos emocionales y no físicos. El alimento puede ofrecer el mismo alivio

de la ansiedad y del estrés que la compañía y el afecto de los demás. El alimento se convierte en un mecanismo para afrontar el estrés.

La obesidad tiene un perfil similar a los trastornos de la conducta alimentaria. Se da en familias. Probablemente se deba a una combinación de factores predisponentes y conducta aprendida. Tiene aspectos conductuales (las personas aprenden a comer en exceso porque reciben algún refuerzo de los alimentos) y componentes cognitivos (distorsión del pensamiento). Factores culturales y sociales también llevan a la obesidad. Las personas cada vez están pasando más a actividades de ocio sedentarias (entretenimiento electrónico). La comida rápida está disponible fácilmente y sí, gracias, tomaré también patatas fritas.

La colaboración entre profesionales sanitarios y padres para ayudar a los padres a inspirar actitudes que hagan que los niños sean resilientes frente a los trastornos de la alimentación probablemente sea la mejor forma de prevenir los trastornos de la alimentación. La Asociación Nacional de Desordenes Alimenticios tiene 10 estrategias que pueden utilizar los padres para prevenir el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en sus hijos:

1. Considere cómo sus actitudes sobre su propio cuerpo han estado modeladas por el sexismo y el prejuicio contra las personas obesas. Después enseñe a sus hijos que las personas vienen en diferentes formas y tamaños, y la naturaleza y la fealdad del prejuicio. Intente mantener actitudes y conductas positivas y saludables, porque usted es un poderoso modelo de rol para sus hijos.
2. Examine con atención sus sueños y objetivos para sus hijos. ¿Estamos poniendo demasiado énfasis en la belleza y la forma corporal? Evite evitar un mensaje que diga: «Te querré más si pierdes peso, no comas mucho, tienes que ser más parecido a los delgados modelos de los anuncios, caber en ropa más pequeña, etc.». Decida lo que puede hacer para reducir las bromas, críticas, culpas, miradas fijas, etc., que refuerzan la idea de que mayor o más gordo es «malo» y menor o más delgado es «bueno».
3. Aprenda y discuta con sus hijos e hijas los riesgos de intentar alterar la forma corporal con dietas, el valor del ejercicio moderado para la salud y la importancia de tomar alimentos variados en comidas bien equilibradas que se deben tomar al menos 3 veces al día. Evite llamar a los alimentos «malos, peligrosos, engordan, buenos, seguros, con grasa buena o pobres en grasa». Sea un buen modelo de rol de aceptación de uno mismo, conducta alimentaria y ejercicio.
4. Comprométase a no evitar actividades (como nadar, tomar el sol, bailar, etc.) simplemente porque llaman la atención sobre su peso y su forma. Niéguese a llevar ropa incómoda o que no le guste, pero que lleva simplemente porque desvía la atención de su peso o su forma.
5. Comprométase a realizar ejercicio por la alegría de sentir que su cuerpo se mueve y ser más fuerte, no para eliminar la grasa del cuerpo ni para compensar las calorías que ha tomado.
6. Ponga en práctica tomar a las personas en serio por lo que dicen, sienten y hacen, no por lo delgadas o «en buena forma» que parezcan.
7. Ayude a los niños a apreciar y resistir las formas en la que la televisión, las revistas y otros medios distorsionan la verdadera diversidad de los tipos corporales humanos e implican que un cuerpo más delgado significa poder, excitación, popularidad o perfección.
8. Eduque a niños y niñas sobre diversas formas de prejuicio, incluyendo el perjuicio hacia las personas obesas, y ayúdeles a conocer sus responsabilidades para prevenirlas.
9. Anime a sus hijos a que sean activos y que disfruten con lo que sus cuerpos pueden hacer y sentir. No limite la ingesta calórica salvo que un médico le indique que lo haga debido a un problema médico.
10. Haga todo lo que pueda para fomentar la autoestima y el respeto por sí mismos de todos sus hijos en tareas intelectuales, atléticas y sociales. Dé a niños y niñas las mismas oportunidades y el mismo estímulo. Tenga cuidado de no indicar que las mujeres son menos importantes que los varones,

como no dejando que los varones hagan las tareas del hogar o cuiden a los niños. Un sentido sólido del propio yo y una autoestima positiva sólida son los mejores antidotos frente a las dietas y los trastornos de la conducta alimentaria.

### **Causas de los trastornos de la conducta alimentaria**

¿Qué produce los trastornos de la conducta alimentaria?

Es una buena pregunta. Un aumento de la incidencia en los familiares indica una influencia genética. Se ha descubierto una cepa de ratas que tiene un gen recesivo para la obesidad. Este descubrimiento muestra que el tamaño corporal o el contenido de grasa se pueden heredar.

Una influencia biológica también está indicada por el hecho de que la reducción de la serotonina (que produce depresión) reduce la sensación de saciedad (repleción) y aumenta la ingesta de alimentos. Los síntomas depresivos son frecuentes en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Los teóricos psicológicos indican que los conflictos de separación tempranos, la sensación de indefensión, la dificultad para interpretar los sentimientos, la intolerancia a las emociones intensas y el miedo a la madurez pueden predisponer a una persona a un trastorno de la conducta alimentaria. Las mujeres que se dan atracones refieren estado de ánimo bajo, vergüenza, culpa y mayores fluctuaciones de la autoestima.

Los factores ambientales y las experiencias también pueden predisponer a una persona a tener un trastorno de la conducta alimentaria. El abuso sexual aumenta la probabilidad de que una mujer tenga vergüenza y culpa en relación con su cuerpo, desprecie su cuerpo y tenga un trastorno de la conducta alimentaria.

Se han propuesto los problemas del control como posible factor que contribuye a la anorexia nerviosa. La idea es que la persona tiene pérdida de control sobre el entorno vital (tal vez por una familia perfeccionista con expectativas inalcanzables). La persona busca el control y la satisfacción donde la puede encontrar, en negarse a consumir alimentos. El control del entorno también es importante para los profesionales de enfermería.

Los teóricos conductistas piensan que los niños aprenden a relacionarse con los alimentos en fases tempranas de la vida. Pueden aprender que cuando no pueden obtener afecto de las personas que les rodean, el alimento puede ofrecer cierta satisfacción y sensación de tranquilidad y compostura. Aprender a utilizar el alimento como mecanismo de afrontamiento o sustituto del afecto puede dar lugar a obesidad. Un abordaje conductual de la anorexia indica que evitar los alimentos alivia la densidad. El tratamiento conductual incluiría practicar y aprender nuevas formas de controlar la ansiedad. Los padres que ponen demasiado énfasis en el rendimiento atlético, recompensan la delgadez o expresan desaprobación de las personas con sobrepeso hacen que sus hijos tengan riesgo. Los padres que actúan como modelo de conductas alimentarias poco saludables también hacen que sus hijos estén en situación de riesgo, porque los niños aprenden la conducta que ven.

Algunos ejemplos de conducta alimentaria poco saludable son comer en exceso en situaciones de estrés, no comer en situaciones de estrés y utilizar el alimento como recompensa.

Las expectativas de perfección y mantenimiento de una forma corporal más delicada aumentan la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria en algunos grupos. Esta presión, y la competición con los demás para ser el mejor o el más delgado, puede ser la fuerza subyacente al aumento de la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria en personas que participan en gimnasia y danza (especialmente ballet). Los teóricos cognitivos proponen que los trastornos de la conducta alimentaria se deben a distorsiones cognitivas (distorsión del pensamiento).

Los pacientes con anorexia nerviosa tienden a tener reacciones catastróficas, lo que significa que consideran que un pequeño acontecimiento es una gran catástrofe. Por ejemplo, «Si gano medio kilo, no cabré en la ropa». También tienden a utilizar pensamiento dicotómico, que es similar al pensamiento en blanco y negro. Para alguien con pensamiento dicotómico, algo es o todo de una manera o todo de la contraria. Los ejemplos

son: «Si no estoy delgado, estaré inmensamente gordo», y: «Si como algo, perderé el control y ganaré 50 kilos». La terapia cognitiva se centra en modificar el pensamiento distorsionado.

Las personas aprenden sus sentimientos sobre los alimentos y la conducta alimentaria cuando aprenden sobre su cultura. La conducta alimentaria puede simbolizar el afecto paterno. Simboliza la celebración de las fiestas. También puede simbolizar la pérdida de control.

Los trastornos de la conducta alimentaria suponen actitudes y mecanismos de afrontamiento que son percibidos por los pacientes como partes importantes de sí mismos. Por lo tanto, es muy difícil modificar los patrones alimentarios maladaptativos. Muchas personas con trastornos de la conducta alimentaria se sienten amenazadas por la idea de la terapia. Son incapaces de ver alternativas a su conducta que les permitan afrontar sus agentes estresantes. Por estos motivos, el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria es difícil. Precisa un esfuerzo prolongado por parte de los pacientes, sus familias y el equipo sanitario. Se debe utilizar una combinación de estrategias para tratar los trastornos de la conducta alimentaria.

### **Trastorno confusional (delirium)**

¿Alguna vez ha tenido confusión por fiebre elevada o después de una conmoción cerebral?

Podría haber estado inquieto y haber farfullado palabras carentes de lógica. Podría no haber sabido dónde estaba. En caso positivo, entonces ha tenido un trastorno confusional.

El trastorno confusional (delirium) es una situación temporal que puede alterar el nivel de conciencia. Puede afectar a la capacidad de una persona de enfocar sus pensamientos, recordar acontecimientos pasados, comprender y utilizar el lenguaje o tener una percepción exacta de los estímulos ambientales.

El trastorno confusional puede producir otras complicaciones y, en consecuencia, aumentar la tasa de morbilidad, por lo que es importante su reconocimiento temprano. El trastorno confusional no reconocido y no tratado puede avanzar hasta el punto en que los pacientes necesiten asistencia de enfermería en un centro de cuidados crónicos o asistencia de enfermería domiciliaria a tiempo completo después del alta.

El trastorno confusional se puede confundir con la demencia, porque los síntomas y los signos son similares. En consecuencia, si una persona ya está diagnosticada de demencia, se pueden pasar por alto los síntomas del trastorno confusional y se pueden atribuir a la demencia.

El trastorno confusional habitualmente aparece más rápidamente que la demencia. Se puede deber a una enfermedad médica. También se puede deber a una respuesta psicológica o a un cambio súbito de la propia situación vital, como el traslado desde el alojamiento habitual hasta un contexto no familiar. El personal de las residencias de ancianos con frecuencia encuentra confusión temporal en pacientes a los que se traslada incluso de una habitación a otra.

### **ENFERMEDADES QUE PRODUCEN TRASTORNO CONFUSIONAL**

Muchas enfermedades pueden producir trastorno confusional. Cuando se hace un diagnóstico de trastorno confusional, es muy importante que los médicos evalúen todos los datos de confusión en el anciano para descartar causas reversibles. Sería triste transmitir a los familiares la devastadora noticia de que un familiar tiene demencia cuando el familiar realmente tiene una enfermedad médica tratable. En esta situación, una asistencia adecuada podría llevar a la reversión total de la pérdida cognitiva. Además de las pruebas diagnósticas, al paciente se le debe realizar una evaluación psicológica completa. Algunos pacientes con depresión grave han sido diagnosticados de enfermedad de Alzheimer.

### **MANIFESTACIONES DEL TRASTORNO CONFUSIONAL AGUDO**

Los profesionales de enfermería están en una posición óptima para reconocer cambios significativos de la cognición y la conducta del paciente. En el caso de los pacientes quirúrgicos, usted estará en una situación

mejor para evaluar los cambios cognitivos si tiene la suerte de atender al paciente tanto antes como después de la operación. Considere el caso de un anciano que ingresó en el hospital varios días antes de que los médicos determinaran que era necesaria una operación. En el preoperatorio el paciente estaba tranquilo, era colaborador y estaba mentalmente sano. Un día después de la operación se arrancó la vía intravenosa, la sonda nasogástrica y la sonda de Foley. Estaba agresivo con el personal, totalmente desorientado, confuso y nada colaborador. Cuando se interrumpió la prometacina (un fármaco antiemético), el estado mental del paciente volvió a la situación preoperatoria. Este es un ejemplo de trastorno confusional inducido por sustancias. Como muchos pacientes quirúrgicos ingresan en el centro el día de la operación, los profesionales de enfermería con frecuencia no ven la conducta basal preoperatoria para poder comparar. Por lo tanto, el profesional de enfermería se debe basar en los comentarios de la familia o los amigos del paciente sobre los cambios de las capacidades cognitivas del paciente.

Los síntomas tempranos de trastorno confusional también podrían incluir ansiedad, distraibilidad y trastornos del sueño. La situación puede progresar hasta un trastorno confusional completo en 1 a 3 días; después se puede resolver en varias horas o puede continuar durante varias horas a varios días. Un paciente ingresó en la residencia de ancianos por confusión que apareció mientras estaba ingresado por una fractura de la pierna. La confusión no desapareció, y después de varias semanas la familia se lo llevó a casa. En un entorno familiar, rodeado por su familia, el trastorno confusional desapareció finalmente, aunque tardó varios meses.

Los síntomas más graves de trastorno confusional podrían simular una psicosis. Los pacientes pueden tener alucinaciones, ideas delirantes, trastornos del lenguaje y agitación. La ansiedad y las variaciones del estado de ánimo se pueden confundir con un trastorno psicótico. La fluctuación de los síntomas distingue el trastorno confusional de otros posibles trastornos mentales.

El trastorno confusional puede manifestarse en tres subtipos: hiperactivo, hipoactivo y mixto. Los síntomas varían dependiendo del tipo de trastorno confusional que presenta el paciente.

Cuando los pacientes corren riesgos en su seguridad podemos recurrir a métodos de sujeciones físicas o químicas. Los médicos pueden prescribir sujeciones físicas o químicas por la seguridad del paciente con confusión. Sin embargo, la estadística indica que no siempre mejora la seguridad. Los pacientes sometidos a sujeciones físicas tienen una probabilidad ocho veces mayor de morir que los que no lo están, y el 47% de los pacientes sometidos a sujeciones físicas sufre lesiones mientras intenta liberarse de las sujeciones. La inmovilidad que se produce aumenta el riesgo de que el paciente tenga úlceras por decúbito, estreñimiento y neumonía. El personal de enfermería también debe recordar que las propias sujeciones pueden producir confusión además de producir ira, depresión y agresividad. Las sujeciones químicas también pueden aumentar la confusión debido a los efectos adversos de los fármacos.

Las sujeciones se deben utilizar sólo si el paciente es un peligro para sí mismo o para los demás, o si la sujeción del paciente es la única forma de realizar la asistencia de enfermería necesaria. Las directrices de los CMS especifican lo siguiente:

- No se deben utilizar sujeciones por comodidad del personal ni para castigar al paciente.
- Se debe incluir a la familia del paciente en la elaboración del plan asistencial y se la debe incluir en cualquier decisión de utilizar sujeciones. (El centro debe notificar a los pacientes y sus familias las políticas de sujeción en el momento del ingreso.)
- Las sujeciones se deben prescribir específicamente para el tipo y el momento, y nunca deben ser «a demanda».
- Las sujeciones se pueden aplicar en caso de emergencia después de una evaluación cuidadosa de la situación, pero se debe establecer contacto con el médico y se debe recibir la prescripción en la hora siguiente a la aplicación de la sujeción.

- Los pacientes a los que se apliquen sujeciones necesitan una monitorización y reevaluación continuas en relación con la necesidad continua de la sujeción. No deben transcurrir más de 4 horas antes de que se reevalúe al adulto.
- La documentación debe ser completa en relación con las circunstancias, el tipo, el tiempo utilizado y los datos de monitorización del paciente durante su uso.

El centro sanitario debe tener reglas y políticas específicas para el tratamiento de los pacientes sometidos a sujeciones físicas. Como con todos los pacientes, el personal de enfermería debe saber que la utilización de una sujeción debería ser el último recurso después de haber probado otras alternativas menos restrictivas. Habitualmente es el profesional de enfermería el que solicita una orden de sujeción del médico. Un profesional de enfermería puede aplicar una sujeción física en caso de urgencia, como un ataque súbito a otro paciente o al personal, aunque el profesional de enfermería debe comenzar inmediatamente a contactar con el médico para notificar la conducta y obtener una prescripción. De la misma forma, hay directrices para el uso de sujeciones químicas.

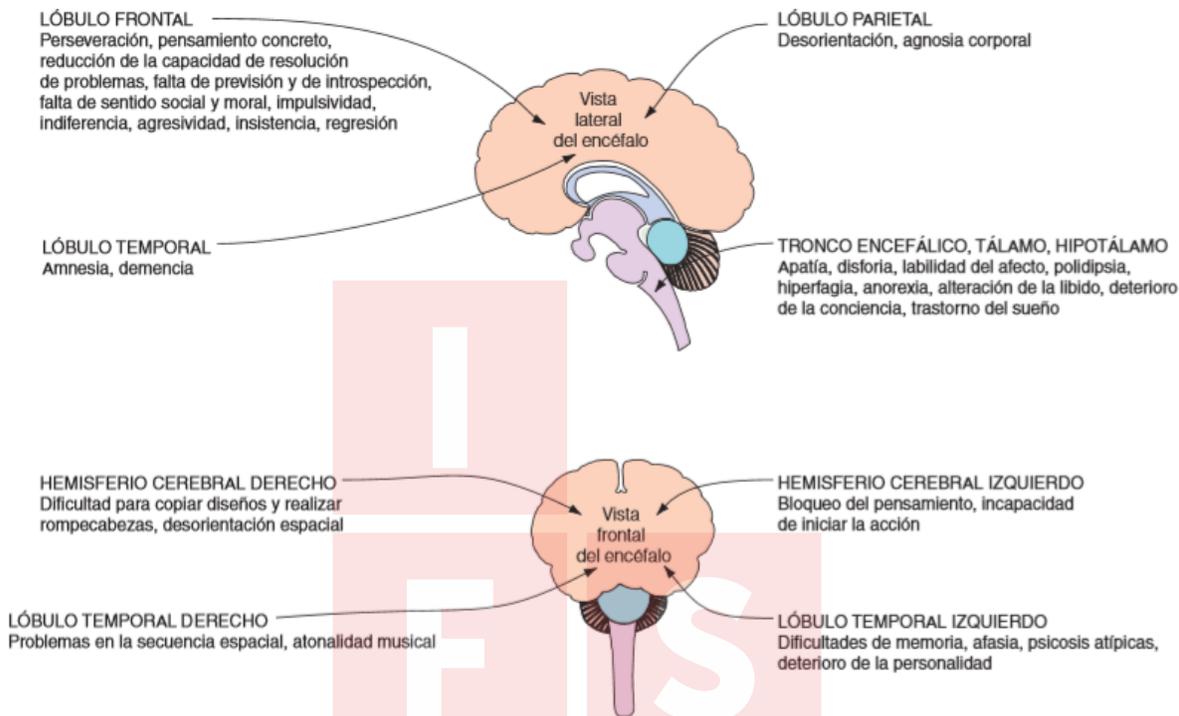
En una residencia de ancianos se deben documentar todas las ocasiones en las que se administre un fármaco psicotrópico (un fármaco que afecte a la mente). Además, el médico debe revisar sistemáticamente las prescripciones de fármacos psicotrópicos para determinar si se podrían interrumpir los fármacos o se podrían reducir las dosis. Independientemente de que el paciente esté en el hospital o en una residencia de ancianos, el personal de enfermería debe ser consciente de que los fármacos psicotrópicos podrían empeorar la confusión del paciente y también intensificar el riesgo de caídas al aumentar la inestabilidad del paciente. Los fármacos que se prescriben con más frecuencia en la forma hiperactiva del trastorno confusional son los antipsicóticos. Se considera que la utilización de sujeciones físicas y sujeciones químicas en un paciente es una doble sujeción y no se permite en la mayoría de los centros.

### **Demencia**

La demencia habitualmente se define como una pérdida progresiva e irreversible de las funciones cognitivas que produce un deterioro de la capacidad de una persona de desempeñar sus funciones en situaciones sociales o laborales. La demencia describe un grupo de síntomas; no es una enfermedad específica en sí misma. Debe ser suficientemente grave como para producir deterioro del desempeño de funciones sociales o laborales y se debe identificar claramente como un deterioro respecto a un nivel de desempeño de funciones previo mayor.

Todas las demencias se caracterizan por múltiples defectos cognitivos. Al contrario que el trastorno confusional, en la demencia hay un deterioro progresivo de la función cognitiva a medida que empeora el trastorno. Para diagnosticar la demencia debe haber deterioro de la memoria más otros datos de disfunción cognitiva. Estas disfunciones incluyen afasia (deterioro de la función del lenguaje), apraxia (deterioro de la

Salud Mental



**Figura 15-2.** ■ Cambios de conducta relacionados con áreas específicas de lesión del encéfalo. La lesión de cada una de las partes del encéfalo produce alteraciones y defectos específicos de la conducta y las habilidades del paciente. Fuente: *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing* by Kneisl/Wilson/Trigoboff (p. 240), © Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, NJ.

capacidad de realizar actividades motoras aun cuando las capacidades motoras y las funciones sensitivas estén intactas), agnosia (imposibilidad de reconocer o identificar objetos comunes familiares a pesar de tener las funciones sensitivas intactas) o trastorno de las funciones ejecutivas (imposibilidad de pensar de forma abstracta o de utilizar el pensamiento crítico para planificar, iniciar, establecer la secuencia, monitorizar y tener una conducta compleja).

**Alzheimer**

La demencia de tipo Alzheimer afecta a las partes del encéfalo que afectan al pensamiento, la memoria y el lenguaje, por lo que produce los síntomas que ya se han enumerado.

**Factores de riesgo**

Los científicos están de acuerdo en algunos factores que hacen que una persona tenga riesgo de presentar enfermedad de Alzheimer.

El factor de riesgo definitivo más frecuente es la edad de una persona. El número de pacientes con la enfermedad aumenta al doble cada 5 años por encima de los 65 años. A los 85 años la probabilidad de tener enfermedad de Alzheimer aumenta hasta el 50%.

Otro factor de riesgo definitivo es el antecedente familiar, especialmente si el familiar es un familiar en primer grado, como un progenitor o un hermano. Los que tienen un familiar de primer grado con EA tienen una probabilidad de 1,5 a 2 veces mayor de tener la enfermedad que aquellas personas que no tienen antecedentes familiares. El 5% de los casos de enfermedad de Alzheimer son EA familiar de inicio temprano, un tipo infrecuente de la enfermedad que habitualmente se produce entre los 30 y los 60 años de edad.

Otros factores de riesgo definitivos que se han propuesto incluyen antecedente de síndrome de Down, antecedente de traumatismo craneal y nivel educativo y nivel laboral bajos.

Actualmente se sabe que el diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL) aumenta mucho el riesgo de presentar demencia. Se debe evaluar y monitorizar de cerca a los pacientes con este diagnóstico, porque este diagnóstico aumenta la probabilidad de presentar EA en fases posteriores. Se estima que casi la mitad de los pacientes diagnosticados de DCL llegará a tener EA en un plazo de 5 años.

Ser mujer es un posible factor de riesgo. Aun cuando considere que las mujeres viven más que los varones y que la edad avanzada es un factor de riesgo, las mujeres siguen teniendo mayor probabilidad que los varones de tener la enfermedad.

Otros posibles factores de riesgo incluyen antecedente de accidentes cerebrovasculares pequeños, antecedente de enfermedad de Parkinson, origen afroamericano, toxinas ambientales, dieta rica en grasas, falta de ejercicio y estrés. Los factores de riesgo que se están investigando incluyen el estudio de una correlación entre EA e hipertensión, colesterol elevado y tabaquismo.

El Dr. William H. Thies, vicepresidente de la Alzheimer's Association, indica que estos estudios demuestran que **«lo que es bueno para su corazón es bueno para su salud»** (Alzheimer's Association, 2005).

Una nueva teoría que se está estudiando es el vínculo entre la EA y la diabetes. La teoría es que se producen alteraciones la función de las células del encéfalo y muerte celular por la forma en la que las células del encéfalo utilizan la glucosa. Los pacientes con diabetes que tienen un control muy malo de la glucosa sanguínea tienen el máximo riesgo de presentar demencia. Por lo tanto, los científicos consideran que es necesario detectar precozmente la diabetes límite para retrasar de forma proactiva su avance hasta una diabetes de tipo 2 real y una posible demencia. Se están realizando investigaciones para determinar el efecto del fármaco antidiabético rosiglitazona. Se espera que el fármaco pueda prevenir la aparición de EA mediante la reducción de las respuestas inflamatorias a la presencia de la proteína beta-amiloide que aparece en la EA.

### **Etiología de la Enfermedad de Alzheimer (EA)**

Los cromosomas 21, 14, 1 y 19 contienen genes que se pueden relacionar con la aparición de la EA, especialmente la variedad de inicio temprano. De ellas, la alteración más importante parece estar asociada a un tipo determinado de gen, localizado en el cromosoma 19, que controla la producción de apolipoproteína E (ApoE). La ApoE es una proteína que transporta el colesterol en la sangre. Los genes responsables de la producción de ApoE son ApoE2, ApoE3 y ApoE4. Uno de estos tipos de genes se hereda de cada uno de los progenitores biológicos. Las personas con el gen conocido como ApoE4 tienen mayor riesgo de presentar EA que las personas con los otros tipos. Sin embargo, no todas las personas que tienen el gen ApoE4 presentan enfermedad de Alzheimer (Petersen, 2002). Aunque los otros genes producen EA de inicio temprano, heredar variantes del gen ApoE4 aumenta la probabilidad de tener EA de inicio tardío y también puede reducir la edad de inicio.

Aunque los científicos no han podido descubrir la causa última de la enfermedad de Alzheimer, sí saben lo que encuentran en el encéfalo de los pacientes a los que se ha realizado la autopsia después de la muerte por la enfermedad: la presencia de placas de beta-amiloide y marañas neurofibrilares. Las placas de beta-amiloide son la acumulación de fragmentos producidos cuando determinadas enzimas del cuerpo actúan sobre la proteína amiloide. Se podría comparar esto con la acumulación de cera vieja sobre los suelos o sobre los muebles. Finalmente se tiene una sustancia sucia y pegajosa que ya no deja que brille la belleza de la madera a su través.

De forma muy similar, el encéfalo de la persona con enfermedad de Alzheimer está recubierto por placas que ya no permiten que el encéfalo funcione normalmente, y se pierde la capacidad de «brillar».

Se interrumpe la comunicación entre neuronas, disminuye el transporte de nutrientes hasta las células, y las células mueren. Imagine que tuviera cables eléctricos enmarañados con zonas fusionadas entre sí. Usted no podría transportar una corriente desde la salida eléctrica hasta el equipo que quisiera manejar. De la misma forma, estas marañas eliminan las vías sin interrupciones en el encéfalo. No se pueden producir

pensamientos claros cuando el encéfalo está lleno de marañas. Las marañas y placas habitualmente aparecen en las áreas del encéfalo que son más importantes para la memoria, con placas en el exterior y marañas en el interior de las neuronas. Los estudios siguen determinando si las marañas y las placas producen EA o si son la consecuencia de la enfermedad.

Otro hallazgo ha sido la deficiencia del neurotransmisor acetilcolina. Esta sustancia química es un mensajero del sistema nervioso. Cuando falta esta sustancia, no se pueden transmitir todos los mensajes. Una vez más no está claro si la deficiencia de acetilcolina es una causa o un efecto de la enfermedad.

Otras hipótesis que existen sobre la causa de la EA tienen en consideración los procesos inflamatorios dentro del encéfalo o la presencia de radicales libres. (Los radicales libres son moléculas inestables y libres que son «productos de desecho» debidos a los procesos oxidativos del cuerpo.) Se ha propuesto la teoría de que las células inmunitarias del cuerpo consideran que las placas o las neuronas lesionadas del cuerpo son sustancias extrañas. Cuando las células intentan eliminarlas se produce un proceso inflamatorio. Este proceso inflamatorio precipita una producción excesiva de radicales libres, y de esta forma continúa el ciclo.

Algunos científicos han propuesto que la pérdida de estrógenos después de la menopausia hace que una mujer sea más susceptible a la enfermedad a medida que envejece. Se piensa que los estrógenos protegen al encéfalo de la EA.

Otra propuesta es que la presencia de placas desencadena una entrada excesiva de calcio en las neuronas, produciéndose la muerte celular.

## **UNIDAD IV**

### **Esquizofrenia**

La esquizofrenia es un trastorno grave del encéfalo que altera la percepción, los pensamientos, los sentimientos y la conducta de la persona afectada.

Los síntomas habitualmente se dividen en síntomas positivos (también llamados psicosis), como alucinaciones, ideas delirantes y pensamiento desorganizado; síntomas negativos, como apatía emocional, ausencia de motivación, retraimiento social y abandono de uno mismo, y síntomas desorganizados, como conducta sin finalidad, datos de que los pensamientos del paciente están desorganizados y expresión plana o inadecuada de las emociones.

Hay varios tipos de esquizofrenia que se definen por los síntomas predominantes en el momento de la evaluación.

Se diagnostica el tipo catatónico siempre que haya síntomas catatónicos. La manifestación de la catatonía puede ser un paciente que está despierto pero no responde y permanece en una posición fija durante períodos de tiempo prolongados, con imposibilidad de moverse y de hablar. El paciente puede tener catatonía agitada, en la que tiene movimientos repetitivos extraños. Los pacientes pueden repetir lo que dicen otras personas (ecolalia) o pueden copiar los movimientos de los demás (ecopraxia).

El tipo desorganizado se diagnostica si el paciente no tiene catatonía y tiene desorganización del habla y de la conducta, y expresión inadecuada de las emociones (como risa que no se relaciona con el contenido del habla de la persona, o afecto plano, en el que no se expresa ninguna emoción en absoluto).

Se diagnostica esquizofrenia de tipo paranoide cuando los pacientes tienen alucinaciones auditivas frecuentes o pensamiento delirante llamativo (las ideas delirantes son creencias falsas; se analizará con más detalle más adelante) y el pensamiento del paciente sigue siendo activo. Las ideas delirantes habitualmente son de persecución o de grandeza.

Algunos pacientes con esquizofrenia tienen una combinación de síntomas de más de un subtipo y se les diagnostica del tipo indiferenciado.

El diagnóstico del subtipo de esquizofrenia tiene poca utilidad en relación con el tratamiento clínico y la investigación.

Hay otros trastornos que producen psicosis, y que incluyen trastorno esquizoafectivo (una combinación de esquizofrenia con un trastorno del estado de ánimo), manía bipolar y depresión con rasgos psicóticos.

Aunque la esquizofrenia es una enfermedad relativamente frecuente y devastadora, está representada de forma insuficiente en la financiación de la investigación y en los servicios que se prestan a los pacientes y a sus familias. Sólo el 60% de los pacientes con esquizofrenia recibe tratamiento en cualquier momento dado. Hay más pacientes con esquizofrenia en la cárcel que en el hospital. Las personas con esquizofrenia con frecuencia no tienen hogar y suelen ser víctimas de crímenes. Las personas no tratadas con el trastorno tienen mayor probabilidad de ser violentas (especialmente si consumen drogas), y esta es la principal causa del estigma al que se enfrenta todo el grupo de personas afectadas.

Los servicios públicos de tratamiento psiquiátrico, el alojamiento y los servicios de rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia son claramente inadecuados. La esquizofrenia es un importante problema de salud pública, y todavía se dispone de recursos inadecuados para los que sufren de esta enfermedad, sus familias y las comunidades.

Causas de la esquizofrenia

Actualmente se piensa que la esquizofrenia está producida por una combinación de influencias genéticas y ambientales. Hay muchos genes implicados en el código genético de la estructura y la función del encéfalo. Estudios recientes muestran que algunos genes comienzan a funcionar de forma normal, aunque se pueden hacer anormales en situaciones de estrés. E. Fuller Torrey ha investigado y escrito mucho sobre la esquizofrenia. Describe 10 hallazgos relacionados con las posibles causas y consecuencias del trastorno:

1. La enfermedad es familiar. La esquizofrenia «se da en familias». Es más probable que haya una recurrencia en una familia que ya tiene un miembro con esquizofrenia, aunque no es un trastorno puramente genético. Los gemelos idénticos no siempre son concordantes (iguales) en relación con la esquizofrenia. Si fuera puramente genética, los gemelos idénticos siempre tendrían o no tendrían los dos la enfermedad, y esto no es cierto. Los hermanos de una persona con el trastorno tienen una probabilidad nueveveces mayor de tener esquizofrenia que la población general. Hay un componente genético, aunque la genética no es lo único que influye.
2. Cambios neuroquímicos. Es casi seguro que hay diferencias neuroquímicas en los encéfalos de personas con esquizofrenia, especialmente en el hipocampo y el lóbulo frontal. Las principales sustancias neuroquímicas que se han estudiado son los neurotransmisores y sus receptores, especialmente dopamina, noradrenalina, serotonina, GABA (ácido gamma-aminobutírico) y glutamato. Es probable que la eficacia de los fármacos antipsicóticos se deba al hecho de que afectan a la función y la disponibilidad de los neurotransmisores.
3. Cambios de la estructura y la función del encéfalo. De forma repetida se han encontrado en estudios de imagen cambios estructurales en el encéfalo de pacientes con esquizofrenia. Las alteraciones estructurales incluyen dilatación de los ventrículos cerebrales, disminución del tamaño del sistema límbico y cambios de la estructura celular del hipocampo, la amígdala, la circunvolución parahipocámpica, la corteza entorrínica y la corteza del cíngulo.
4. Deterioros cognitivos. La esquizofrenia afecta a cuatro tipos de función cognitiva (pensamiento): atención, función ejecutiva (pensamiento abstracto y resolución de problemas), conciencia de la enfermedad (introspección) y memoria a corto plazo. Estos deterioros del pensamiento forman parte de la esquizofrenia. Aparecen incluso en personas que no han tomado fármacos, por lo que no se

- deben a efectos colaterales de los fármacos. Es importante señalar que aunque la enfermedad afecta a algunos aspectos del pensamiento, otros aspectos del pensamiento están intactos, como las habilidades del lenguaje, el conocimiento de la información y las capacidades visuales y espaciales.
5. Alteraciones neurológicas. La enfermedad puede producir reflejos anormales (como el reflejo de prensión que se encuentra normalmente sólo en lactantes). Puede producir confusión entre la derecha y la izquierda e imposibilidad de percibir dos estímulos táctiles simultáneos en el cuerpo. La enfermedad se ha asociado a movimientos oculares anormales (movimiento ocular rápido y parpadeo con una frecuencia excesiva o insuficiente). También es importante señalar que los movimientos corporales anormales pueden estar producidos tanto por la propia enfermedad como por los fármacos que se utilizan para tratarla.
  6. Alteraciones eléctricas del encéfalo. En el electroencefalograma (EEG) se ha observado que los pacientes con esquizofrenia tienen mayor probabilidad de tener actividad eléctrica anormal en el encéfalo.
  7. Alteraciones inmunitarias e inflamatorias. Se ha encontrado disminución de la función inmunitaria y aumento de citocinas (interleucina-6) en pacientes con esquizofrenia. También se han descrito alteraciones de los leucocitos y las inmunoglobulinas. La dificultad en el estudio de este aspecto de la enfermedad es que los fármacos antipsicóticos también pueden afectar a la función inmunitaria, por lo que es difícil determinar las alteraciones producidas por la enfermedad y por los fármacos.
  8. Estación de nacimiento. Los pacientes con esquizofrenia nacen con más frecuencia en invierno y primavera que en verano y otoño. Más de 100 estudios de 34 países han mostrado un aumento del 5-8% de la frecuencia de natalidad de los pacientes con esquizofrenia durante los meses de diciembre a abril. Se desconoce el motivo de esta estacionalidad. Algunos investigadores han planteado la hipótesis de que una infección vírica materna, especialmente durante el segundo trimestre de la gestación, puede ser un factor causal. Apoya esta hipótesis el hecho de que la infección gripal es más frecuente en invierno y en zonas con hacinamiento de personas.
  9. Hábitat urbano. Las personas nacidas o criadas en un medio urbano tienen mayor riesgo de tener esquizofrenia. La tasa de natalidad de las personas afectadas en la ciudad es el doble que en las zonas rurales. Los barrios residenciales tienen una incidencia intermedia. Además, las personas con el trastorno tienden a mudarse a las ciudades.
  10. Otras alteraciones. La gestación y las complicaciones del parto, malformaciones físicas leves y artritis reumatoide se asocian a la esquizofrenia.

Se han hecho muchas investigaciones para averiguar la causa de este trastorno debilitante. La respuesta actual es que la esquizofrenia es un trastorno producido por alteraciones de la estructura y la función del encéfalo.

Es probable que la esquizofrenia sea más que un único trastorno. Las personas pueden tener síntomas similares con causas diferentes. Hay muchos genes diferentes que codifican las funciones del encéfalo, algunos de los cuales pueden producir únicamente una función anormal en situación de estrés. Se conocen algunos factores de riesgo, aunque todavía no se ha dicho la última palabra.

### **Diagnóstico y características clínicas**

El diagnóstico se basa en los síntomas y signos del paciente. La práctica de la enfermería se refiere a la respuesta del paciente a la enfermedad, por lo que los síntomas y signos de la esquizofrenia tienen interés para los profesionales de enfermería. Los síntomas asociados a la esquizofrenia se pueden encuadrar en tres categorías principales: síntomas positivos, desorganizados y negativos.

### **SÍNTOMAS POSITIVOS**

Los síntomas positivos (o psicóticos) parecen ser un exceso o una distorsión de las funciones normales. Los síntomas positivos (también llamados psicóticos) incluyen alucinaciones, ideas delirantes y pensamiento desorganizado.

- Las alucinaciones son percepciones sensitivas que parecen reales pero que se producen sin un estímulo externo. El paciente puede no darse cuenta de que no son experiencias sensitivas reales. Las alucinaciones auditivas son el tipo más frecuente en la esquizofrenia, y el paciente con frecuencia las percibe como voces. Aproximadamente el 75% de los pacientes con esquizofrenia oye voces en algún momento de la enfermedad. Las alucinaciones visuales son las siguientes en frecuencia. Las alucinaciones también puede ser táctiles (tacto), gustativas (gusto), olfatorias (olfato) o somáticas (referidas a sensaciones corporales, como electricidad).
- Las ideas delirantes son creencias falsas fijas. Estas creencias persisten a pesar de los datos que indican que no son verdaderas. Una creencia delirante no es aceptada habitualmente por los miembros de la cultura o la religión de la persona.

### **Criterios diagnósticos de esquizofrenia**

#### **A. Síntomas característicos:**

Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado
4. Conducta catatónica o gravemente desorganizada
5. Síntomas negativos (v. su descripción en el texto)

#### **B. Disfunción social/laboral:**

Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracasó en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

#### **C. Duración:**

Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes los síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito).

#### **D. Exclusiones:**

Los síntomas no se pueden deber a otros trastornos psicóticos, drogas o alcohol, ni a una enfermedad médica general.

*Nota:* Sólo se requiere un síntoma del criterio A si las Ideas delirantes son extrañas o si las alucinaciones consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

*Fuente:* Reproducido con autorización de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision*, copyright 2000, American Psychiatric Association.

Tipos de Ideas delirantes		
TIPO DE IDEA DELIRANTE	CONTENIDO	EJEMPLOS
De grandeza	La persona afectada tiene creencias de aumento de poderes, conocimiento o identidad, o relación con una deidad o una persona famosa.	«Soy Spiderman.»
Delirio de referencia	Los acontecimientos, objetos o personas en el entorno inmediato tienen un significado personal particular y poco habitual.	«El locutor me habla a través de la televisión.»
De persecución	La creencia central es que hay una conspiración contra la persona afectada, se la está acusando, engañando o persiguiendo.	«La comida de aquí está envenenada.»
Somática	El contenido de la idea delirante se relaciona con la estructura o la función del cuerpo del paciente.	«Tengo una máquina dentro del cuerpo.»
Extraña	Ideas claramente improbables que no derivan de experiencias de la vida real.	«Mi vecino plantó un pez en mi cerebro que me dice cuándo tengo que beber agua.»
Emisión del pensamiento	Los pensamientos propios se transmiten en voz alta, por lo que otras personas pueden oírlos.	«No quiero ir a la tienda. Tal vez hiera los sentimientos de alguien si pienso que está gordo.»
Inserción del pensamiento	Los sentimientos de la persona no son suyos propios, sino que son insertados en su mente.	«Usted cree que soy malo, pero no soy yo. El diablo pone esas ideas ahí.»

### **SÍNTOMAS DESORGANIZADOS**

Los síntomas desorganizados incluyen pensamiento desorganizado y conducta desorganizada.

- El pensamiento desorganizado es una característica fundamental de la esquizofrenia. El habla es una demostración observable del pensamiento de una persona. El habla del paciente (velocidad, organización, intensidad y contenido) es una buena forma de evaluar el pensamiento. El habla desorganizada indica pensamiento desorganizado. La esquizofrenia puede generar imposibilidad de clasificar e interpretar la información entrante. En consecuencia, los pacientes con esquizofrenia no pueden responder adecuadamente. Los pacientes pueden tener habla incoherente (con cambio de tema cada pocas palabras). En el peor de los casos esto se convierte en una «ensalada de palabras», en la que las palabras se emiten sin ninguna relación entre ellas, como «Perros, bicicleta, lucha, puerta, suceder, máquina, rápidamente». Puede haber asociaciones laxas (también llamadas descarrilamiento); es un patrón del habla en el que las ideas de una persona pasan de una a otra con frecuencia. Un ejemplo de asociaciones laxas es: «Ya sabe que vivo en el zoo, me gustan los animales, tengo previsto llevar los zapatos nuevos cuando vaya de paseo, ¿me acompaña?».
- La conducta desorganizada carece de orientación a unos objetivos. La ausencia de orientación a unos objetivos dificulta las actividades de la vida diaria (higiene personal o preparar las comidas). El paciente puede tener conductas inadecuadas o sin finalidad, como caminar en círculos o dar zancadas. Las personas afectadas a veces visten de formas extrañas, tal vez llevando varios sombreros en un día de calor o llevando collares en las orejas. La esquizofrenia produce una alteración de la sensación del propio yo, y afecta a los movimientos y la conducta. La conducta desorganizada puede incluir agitación impredecible (dar zancadas, gritar, blasfemar) o una conducta

personal inadecuada, como masturbarse en público. Puede incluir también conducta catatónica (una marcada reducción de la respuesta al entorno). Los pacientes con catatonía pueden tener una postura rígida, y se resisten a los esfuerzos de moverlas. Pueden tener un movimiento sin finalidad excesivo o pueden adoptar posturas extrañas.

### **SÍNTOMAS NEGATIVOS**

Los síntomas negativos de la esquizofrenia representan otra fuente importante de discapacidad para los pacientes. Al contrario de los síntomas positivos, los síntomas negativos suponen un déficit o una disminución de las funciones normales. Los síntomas negativos incluyen los siguientes:

- **Afecto plano.** El afecto es la expresión no verbal de la emoción. La persona que tiene esquizofrenia puede tener disminución de la expresión emocional no verbal (embotamiento) o ausencia de la misma. La ausencia de expresión emocional se denomina afecto plano. Esta persona no tiene ninguna expresión facial ni ningún otro lenguaje corporal que indique sentimientos.
- **Alogia.** La alogia es la disminución de la cantidad y la riqueza del lenguaje. También se denomina pobreza del lenguaje. Se piensa que esta reducción del lenguaje refleja una reducción del pensamiento. Una persona con alogia tiene respuestas verbales leves, con poca expresión emocional. El lenguaje también puede ser concreto, lo que significa que se limita a objetos prácticos y acontecimientos, careciendo de ideas abstractas.
- **Avoliación.** La avoliación es la ausencia de motivación. Los pacientes con avoliación tienen dificultad para iniciar y mantener actividades dirigidas a objetivos. Este síntoma puede hacer que las personas afectadas tengan dificultad para trabajar o cuidar de sí mismas.
- **Anhedonia.** Anhedonia significa ausencia de la capacidad de sentir placer.

### **Evolución de la enfermedad**

El inicio de la esquizofrenia habitualmente se produce en la edad adulta joven, aunque puede afectar a personas de cualquier edad. La mayoría de los casos aparece entre los 16 y los 30 años. Además de los síntomas del pensamiento y los síntomas neurológicos, la esquizofrenia afecta a la capacidad de la persona de relacionarse con el propio yo y con los demás, y de desempeñar sus funciones en la sociedad. Los síntomas positivos tienden a estabilizarse en los 5 a 10 años siguientes al diagnóstico, y los síntomas negativos tienden a empeorar con el paso del tiempo. La mayoría de los pacientes con esquizofrenia no se casa, y tiene mayor probabilidad que sus progenitores de estar desempleados. Sin embargo, otras muchas personas con esquizofrenia viven vidas satisfactorias en la comunidad, especialmente cuando están en fase de remisión o cuando se están recuperando de la enfermedad.

Al igual que otras muchas enfermedades crónicas, la esquizofrenia se caracteriza por exacerbaciones (recurrencias), en las que el paciente tiene síntomas psicóticos y de otro tipo, y después períodos en los que los síntomas desaparecen. Muchos pacientes tienen una fase prodrómica en la que se producen síntomas tempranos, antes de que tengan un episodio psicótico completo.

Los síntomas pueden incluir conducta peculiar, habla o afecto poco habituales, e ideas extrañas, como pensar que se pueden comunicar con objetos inanimados. Algunas personas saben que se acerca un episodio psicótico cuando no pueden dormir durante varias noches. Si las personas reconocen los síntomas que constituyen su fase prodrómica (o de alerta), puede ser posible prevenir o reducir con tratamiento el episodio psicótico que se produce después. Para muchas personas, la fase prodrómica comienza con síntomas negativos. Con frecuencia los familiares pueden mirar retrospectivamente y recordar que el paciente pasaba mucho tiempo en la cama, o se hizo más distante o se aisló antes de un episodio psicótico.

El tratamiento y el control de la esquizofrenia se han dividido en tres fases para que coincidan con los principales aspectos de la evolución de la enfermedad:

- Inicio del tratamiento en el primer episodio

- Fase aguda
- Fomento de la recuperación

En la fase aguda del trastorno la persona afectada puede tener síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes, habla o conducta desorganizada) y síntomas negativos (alogia, afecto aplanado, aislamiento social, pérdida de motivación y anhedonia).

La persona afectada habitualmente no puede mantener el trabajo, ir al colegio, realizar las tareas del hogar o incluso realizar las actividades de la vida diaria (AVD) durante un episodio agudo.

Los fármacos parecen mejorar el pronóstico a largo plazo de muchos pacientes con esquizofrenia. Después de 10 años de tratamiento, el 25% de los pacientes con esquizofrenia se ha recuperado por completo (los síntomas de la esquizofrenia desaparecen y nunca vuelven), el 25% ha mejorado considerablemente y el 25% ha mejorado moderadamente. El 15% no ha mejorado, y el 10% ha fallecido.

Los pacientes con esquizofrenia mueren a una edad más temprana que otras personas. Las mujeres tienen un riesgo de muerte temprana 5,6 veces mayor que la población general. Los varones tienen un riesgo de muerte temprana 5,1 veces mayor.

El suicidio es el principal factor que contribuye a este exceso de la tasa de mortalidad. Los pacientes con esquizofrenia no tratada que tienen depresión y psicosis son los que tienen mayor probabilidad de consumir el suicidio.

Otros riesgos que están aumentados en esquizofrenia son accidentes, enfermedades (diabetes, cardiopatías, infecciones y cáncer de mama) e indigencia. La indigencia probablemente contribuya a la incidencia de accidentes y enfermedades.

El trastorno del encéfalo que hay en la esquizofrenia hace que muchas personas afectadas sean incapaces de darse cuenta de que tienen una enfermedad mental. Es una ironía cruel que las personas con esquizofrenia evitan los tratamientos eficaces porque carecen de la introspección para utilizarlos. Algunos profesionales sanitarios culpan a la negación del hecho de que los pacientes con esquizofrenia no se toman en serio su enfermedad. La negación no es el problema. De hecho, la ausencia de introspección forma parte del trastorno de la esquizofrenia.

El diagnóstico y tratamiento tempranos de la esquizofrenia son importantes para la prevención de las frecuentes recaídas y reingresos hospitalarios. La intervención temprana puede prevenir los peores resultados a largo plazo (indigencia y muerte).

Diagnóstico dual significa que coexisten una enfermedad mental y abuso de sustancias. El abuso de sustancias es particularmente frecuente en pacientes con esquizofrenia. Cuando se combinan, estos problemas producen incluso más indigencia, y enfermedad, violencia, encarcelamiento y muerte. Los pacientes con esquizofrenia pueden utilizar drogas y alcohol para tratar los síntomas intolerables de la enfermedad. El capítulo sobre abuso de sustancias aborda con más profundidad este problema.

### **PSICOFARMACOLOGÍA**

Los fármacos no son el único tratamiento, aunque son un pilar del tratamiento de la esquizofrenia. Los fármacos antipsicóticos ayudan a aliviar las alucinaciones, las ideas delirantes y el pensamiento desordenado que se asocian al trastorno. Los fármacos antipsicóticos (también llamados neurolépticos), se utilizan para tratar trastornos como la esquizofrenia que se caracterizan por psicosis. También se utilizan para tratar los trastornos del pensamiento que a veces se asocian a la demencia, la manía y la depresión mayor con rasgos psicóticos.

Como la esquizofrenia afecta a las personas de diferentes formas, cualquier paciente individual puede tener que probar varios antipsicóticos diferentes antes de encontrar uno que sea eficaz. Este proceso de ensayo puede ser desmoralizador. Cada fármaco antipsicótico puede tardar de 3 a 6 semanas en producir el efecto

deseado. El profesional de enfermería debe explicar esto a los pacientes, diciéndoles que el médico trabajará con el paciente hasta que se encuentre el fármaco correcto, y que nadie abandonará la esperanza.

El cumplimiento del tratamiento es un problema importante en el contexto psiquiátrico. Aproximadamente el 80% de los pacientes que dejan de tomar el tratamiento después de un episodio agudo tendrá una recaída de la psicosis en un plazo de 1 año. Incluso los pacientes que siguen tomando el tratamiento tienen recaídas con una incidencia de aproximadamente el 30% al año. Los fármacos mejoran claramente la calidad y la cantidad de la vida de las personas con enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia.

Lamentablemente, los pacientes que necesitan tratamiento farmacológico la mayoría de las veces no se dan cuenta de ello. Además, los fármacos producen efectos colaterales que reducen aún más el cumplimiento en pacientes que tienden a tener una introspección inadecuada.

Los objetivos del tratamiento con fármacos antipsicóticos son los siguientes:

- Aliviar los síntomas de la psicosis
- Mejorar los síntomas negativos
- Prevenir los episodios posteriores de psicosis
- Mejorar la función y la calidad de vida de los pacientes

La psicosis es una enfermedad complicada que afecta a todos los aspectos de la vida de una persona. El equipo sanitario debe valorar y evaluar diversos aspectos de la conducta, el pensamiento, los sentimientos y la capacidad funcional del paciente para determinar la eficacia de los fármacos.

#### Antipsicóticos típicos (de primera generación)

Los antipsicóticos típicos tienden a ser eficaces en el tratamiento de la psicosis o de los síntomas positivos de la esquizofrenia. Los antipsicóticos típicos son especialmente eficaces en el tratamiento de las psicosis agudas con agitación.

Los síntomas negativos no responden bien a los fármacos antipsicóticos típicos. Los pacientes pueden tardar entre 2 días y 2 semanas en experimentar los efectos sedantes de los fármacos antipsicóticos típicos. El efecto completo (eficacia) puede tardar 4 semanas o más. Los fármacos atípicos pueden tardar varios meses en alcanzar el efecto beneficioso completo. Se debe informar a los pacientes y a las familias de que la espera hasta que se produzca la respuesta esperada al tratamiento puede ser larga. Sin ese conocimiento pueden abandonar la esperanza y dejar de tomar el tratamiento demasiado pronto.

#### **Antipsicóticos atípicos**

Los fármacos atípicos influyen sobre diversos puntos receptores dopamínicos, serotoninínicos, muscarínicos, alfa-adrenérgicos e histamínicos. Los fármacos atípicos difieren de los antipsicóticos típicos en varios aspectos importantes.

Los fármacos atípicos:

- Son más eficaces en el tratamiento de los síntomas negativos de la esquizofrenia
- Producen menos efectos colaterales extrapiramidales.
- Son eficaces frente a los síntomas de la esquizofrenia en algunos pacientes que no responden a los fármacos típicos

#### **Antipsicóticos de tercera generación**

El primer antipsicótico de tercera generación es un estabilizador del sistema dopamínico llamado aripiprazol. Al contrario de los demás fármacos antipsicóticos, el aripiprazol tiene efecto estabilizador y modulador de la dopamina del encéfalo. Este fármaco tiene como objetivo reducir la transmisión dopaminérgica cuando está demasiado elevada y mantenerla cuando está demasiado baja, manteniendo de esta forma el equilibrio

dopaminérgico-colinérgico. El fármaco produce una incidencia muy baja de movimientos involuntarios anormales, aunque puede producir acatisia.

### **Inyección de depósito y otras formas farmacéuticas**

Actualmente se dispone de varios fármacos antipsicóticos en forma de decanoato de acción prolongada (inyección de depósito).

La inyección de depósito es una forma medicamentosa con el fármaco con una base oleosa que se inyecta por vía intramuscular con la finalidad de tener una liberación lenta del fármaco a lo largo de varias semanas.

El haloperidol y la flufenacina se encuentran entre los fármacos típicos que están disponibles en forma de depósito. Se presentan en una solución en aceite de sésamo.

El haloperidol se repite cada 4 semanas, y la flufenazina cada 1 a 4 semanas.

La risperidona es un fármaco antipsicótico atípico disponible en forma inyectable de acción prolongada. Se presenta en un polvo de microesferas que está suspendido en una solución salina y se administra por vía i.m. cada 2 semanas.

La olanzapina también está disponible en forma i.m. Su duración de acción es de 4 semanas, con un máximo de 2 semanas después de la inyección.

Las ventajas de la forma de acción prolongada de los fármacos antipsicóticos se relacionan con el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Un paciente puede ser capaz de cumplir una visita a la consulta una vez cada varias semanas con más facilidad y constancia que tomar fármacos orales todos los días.

Se dispone de varios fármacos antipsicóticos en formas orales líquidas concentradas. La forma líquida se puede utilizar para prevenir las situaciones en las que los pacientes pueden dejar los comprimidos en las mejillas en lugar de tragarlos, y después escupirlos. También es útil cuando el paciente tenga dificultad para tragar, o cuando prefiera un líquido a los comprimidos. Los concentrados líquidos deben mezclarse con una pequeña cantidad de zumo o de otro líquido para mejorar el sabor del fármaco.

### **Depresión**

Como todo el mundo ha experimentado tristeza y un estado de ánimo bajo en algún momento, parece que sería fácil que una persona refiriera cómo se siente cuando está deprimida. La dificultad es que la depresión lleva la tristeza y la falta de energía a un nivel menor que habitualmente no está en la experiencia habitual de las personas no afectadas.

El trastorno depresivo mayor es una enfermedad en la que hay uno o más episodios depresivos mayores. Los episodios depresivos pueden variar desde leves hasta graves, con una amplia gama de deterioro funcional asociado.

### **CAUSAS**

El trastorno depresivo mayor tiene un componente genético y un componente psicosocial. Cada uno de ellos contribuye, pero ninguno de ellos explica el trastorno por sí solo. Como múltiples factores causan el trastorno e influyen en el mismo, los tratamientos eficaces habitualmente incluyen los abordajes psicosocial (educación y asesoramiento) y fisiológico (fármacos o psicofármacos).

El trastorno depresivo mayor es de 1,5 a 3 veces más frecuente en familiares biológicos en primer grado de las personas afectadas que en la población general. Una predisposición genética puede interactuar con factores ambientales para crear el trastorno. Las personas pueden heredar la tendencia a responder a los agentes estresantes vitales con el desarrollo de depresión. Se ha encontrado una variante génica de un transportador para el neurotransmisor serotonina que, cuando se combina con estrés, aumenta el riesgo de depresión.

Las mujeres tienen el doble de probabilidad de tener depresión que los varones. Los niños no muestran diferencia de sexo en cuanto al riesgo, pero en la pubertad las mujeres tienen mayor probabilidad de estar afectadas. Una proporción significativa de las mujeres afectadas refiere empeoramiento de los síntomas depresivos en los días previos a la menstruación. El riesgo de tener un episodio depresivo mayor a lo largo de toda la vida es del 10-25% en mujeres y del 5-12% en varones.

El trastorno depresivo mayor es una enfermedad incapacitante que afecta al desempeño de funciones laborales y personales. Una persona afectada tendrá estado de ánimo deprimido o bajo todos los días. Una lista de síntomas nunca puede describir por completo las consecuencias para el ser humano de una enfermedad.

En Comprobación de la realidad sobre la depresión aparece una lista de cómo describen sus sentimientos los pacientes con depresión.

La depresión produce sufrimiento y discapacidad (pérdida de función) a las personas que padecen el trastorno. También produce dificultad en las relaciones que tienen con otras personas. La depresión hace que las personas pierdan la capacidad de disfrutar de las cosas de la vida que solían hacerlas feliz. Las personas deprimidas faltan al trabajo, pierden el trabajo o tienen una reducción de la eficacia y la productividad en el trabajo.

Las personas afectadas con frecuencia no pueden continuar asumiendo las responsabilidades familiares y laborales. Pueden no ser capaces de realizar las actividades de la vida diaria. La mayoría de las personas que se suicidan tiene depresión en ese momento. La depresión tiene un elevado coste en cuanto a sufrimiento humano, además de un coste económico para los negocios, que pierden productividad. Cuando una persona tiene depresión además de un trastorno médico general (como diabetes o accidente cerebrovascular), es probable que la enfermedad médica sea peor que si no hubiera depresión.

La depresión se asocia a aumento de la discapacidad e incluso disminución de la esperanza de vida en pacientes hospitalizados con enfermedades médicas graves.

### Suicidio

La Organización Mundial de la Salud instó a los estados miembros a que crearan estrategias para la prevención de suicidio. Cada día muere por suicidio un promedio de 85 estadounidenses. La tasa de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes ha aumentado mucho. Entre los ancianos, las tasas de suicidio son las más elevadas. Los varones ancianos blancos son el grupo con mayor riesgo de suicidio. La tasa de suicidio en varones blancos ancianos con depresión es seis veces mayor que en la población general. No ha habido ningún cambio reciente en la tasa en esta población. La mayoría de los ancianos víctimas de un suicidio es atendida por su médico de atención primaria en las semanas previas al suicidio y tiene un primer episodio de depresión leve a moderada. Esto demuestra una oportunidad perdida para identificar el riesgo de suicidio y prevenir el suicidio.

### Trastorno bipolar

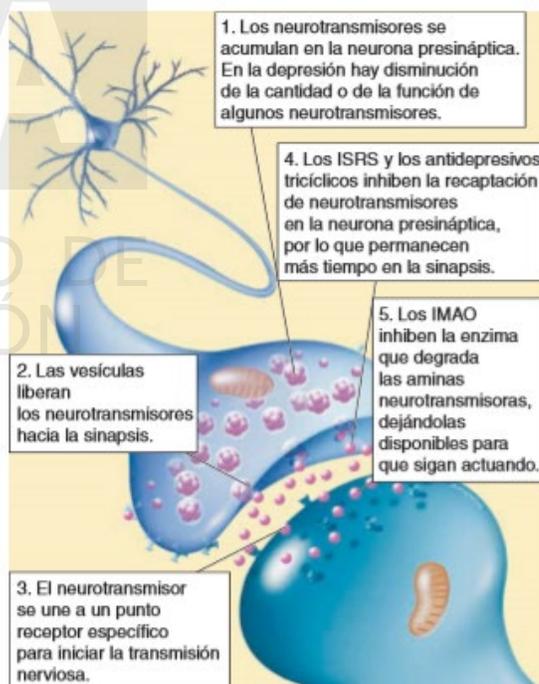


Figura 9-7. ■ Los fármacos antidepresivos aumentan la disponibilidad o la función de los neurotransmisores. Fuente: Phototake NYC.

El trastorno bipolar es el otro prototipo de trastorno del estado de ánimo que vamos a analizar. Los pacientes con trastorno bipolar, también llamado trastorno maníaco depresivo, han tenido al menos un episodio maníaco o un episodio mixto del estado de ánimo (con ciclado rápido de depresión y manía en el mismo día). Con frecuencia estos pacientes también han tenido uno o más episodios depresivos mayores. Bipolar se refiere a la experiencia de los dos polos del estado de ánimo: manía y depresión.

### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

El estado de ánimo que percibe un paciente mientras está en un episodio maníaco se puede describir como alegre, eufórico, elevado o anormalmente bueno. El estado de ánimo se caracteriza por un entusiasmo constante e indiscriminado.

Con frecuencia la persona alterna entre alegría e irritabilidad. Una persona afectada puede jugar al baloncesto con entusiasmo durante 24 horas, enfadándose cuando alguien intenta quitarle el balón. Puede ir a una larga expedición por diversas tiendas, comprando regalos para todo el mundo a crédito, o jugarse el sueldo de 1 mes. El frenesí de actividad le parece productivo al paciente, pero puede ser realmente desorganizado e improductivo. Son frecuentes las ideas delirantes de grandiosidad.

El paciente puede creer que es un músico famoso o un novelista de éxito, sin tener ninguna habilidad para la música ni la escritura. El paciente se puede sentir capacitado para dar consejos sobre cualquier tema, sobre cómo realizar una operación cerebral o cómo enviar un cohete a Marte. El paciente puede pensar que es un superhéroe. Durante el episodio de manía, los pacientes casi siempre tienen disminución de la necesidad de sueño. Se pueden despertar varias horas antes de lo habitual, sintiéndose alerta y enérgicos. Cuando la manía es grave, la persona afectada puede pasarse días sin dormir y sin sentirse cansada.

El habla apresurada y maníaca es un habla rápida, lo que significa que es tan rápida y determinada que es difícil de interrumpir. Las expresiones del paciente pueden ser dramáticas o se pueden relacionar más con sonidos que con palabras, como en la asociación de sonidos.

Si hay irritabilidad, la persona puede pronunciar discursos largos sobre personas enfadadas, como por qué alguien iba a querer hacer planes asistenciales de enfermería. El hablar rápida refleja un pensamiento rápido. El pensamiento de la persona puede ir tan rápido que los pensamientos son desorganizados e incoherentes. Es probable que la persona afectada se pueda distraer con facilidad. La distraibilidad se manifiesta por la imposibilidad de seleccionar los estímulos sensitivos excesivos. La persona puede no ser capaz de distinguir qué pensamientos se refieren a la situación y cuáles no. Muchos pacientes se pueden distraer de una conversación por la ropa de alguien, los colores, los sonidos o incluso los muebles de una habitación. Una actividad excesiva dirigida a los objetivos puede suponer la planificación y realización de múltiples actividades, como tener encuentros sexuales con múltiples parejas, producir grandes volúmenes de trabajo que posteriormente resultan ser confusos, o verse implicado en múltiples negocios económicos. Las personas afectadas pueden mantener varias conversaciones al mismo tiempo, en persona y por teléfono. Pueden comenzar muchos proyectos diferentes sin poder terminarlos.

El optimismo injustificado, la grandiosidad y un juicio escaso caracterizan la conducta de la manía. Los pacientes pueden gastarse el sueldo de todo el mes en décimos de lotería, pueden jugar, conducir de forma imprudente y realizar conductas sexuales inseguras ignorando las posibles consecuencias negativas. Las personas afectadas pueden gastar un dinero que no tienen, participar en actividades ilegales que tienen penalizaciones graves, o herirse a sí mismos o herir a los demás en el momento sin prever las consecuencias futuras. Lo que puede parecer una experiencia atractiva al comienzo puede ser devastador para las personas afectadas y sus familias. Los episodios maníacos reducen la capacidad de los pacientes afectados de desempeñar sus funciones y pueden amenazar a sus vidas. El exceso del consumo de energía sin un reposo adecuado puede producir agotamiento. Con frecuencia durante un episodio maníaco los pacientes están demasiado ocupados como para comer, lo que reduce aún más su aporte energético.

## Trastornos de la personalidad

Aunque la gama normal de conductas, sentimientos y pensamientos humanos es amplia, es posible que la personalidad esté fuera de la gama normal. Un trastorno de la personalidad es un patrón duradero de experiencia interna y conducta que tiene las siguientes características:

Se desvía de forma marcada de las expectativas de la cultura del individuo.

- Es permanente e inflexible.
- Comienza en la adolescencia o en la edad adulta joven.
- Es estable a lo largo del tiempo.
- Produce sufrimiento al individuo o deterioro del desempeño de las funciones.

La personalidad de un individuo afecta significativamente a cómo responde este individuo a los episodios vitales, incluyendo la enfermedad. La respuesta que tiene un paciente a un trastorno mental se verá afectada también por la personalidad de ese paciente. La cultura del paciente también afecta a la conducta y la personalidad del paciente.

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

No se considera que los trastornos de la personalidad sean lo mismo que los trastornos o enfermedades mentales. El eje I incluye los trastornos mentales graves como esquizofrenia, trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar. El diagnóstico de los trastornos de la personalidad exige una evaluación de los patrones de desempeño de funciones a largo plazo de la persona. Los patrones de la personalidad deben ser persistentes para que sean significativos. Para que esté presente un trastorno de la personalidad, los síntomas del individuo no deben estar producidos por un trastorno médico general ni por abuso de sustancias. Las características de la personalidad que se utilizan para el diagnóstico deben haber persistido desde que el individuo era adolescente o adulto joven. Finalmente, deben ser constantes en situaciones diferentes. Actualmente se está investigando si hay signos tempranos de trastornos de la personalidad en niños. Se ha encontrado que los rasgos de la personalidad y las experiencias ambientales en la infancia parecen contribuir al desarrollo de los trastornos de la personalidad en la edad adulta. No hay correlación directa, aunque los niños que tienen trastornos de conducta tienen una probabilidad estadísticamente mayor de presentar trastorno antisocial de la personalidad de adultos. Los niños con conducta de automutilación y problemas con el control de los impulsos tienen mayor probabilidad de presentar trastorno límite de la personalidad. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad parece tener una base genética más evidente. Los adultos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad con frecuencia tienen antecedentes de comienzo de los síntomas en la infancia. La Asociación Americana de Psiquiatría describe 11 tipos de trastornos de la personalidad. Estos trastornos se encuadran en tres grupos por sus similitudes. Los grupos se basan en conductas observadas similares. Estos grupos incluyen los siguientes:

- Raro y excéntrico
- Dramático y emocional
- Trastornos de la personalidad basados en la ansiedad y el miedo

Los trastornos de la personalidad que no cumplen los criterios diagnósticos de ninguno de los trastornos anteriores se pueden diagnosticar como trastorno de la personalidad no especificado (el 11.º trastorno). En algunos pacientes habrá rasgos pertenecientes a más de un trastorno de personalidad; en este paciente se puede realizar un diagnóstico de trastorno «mixto» de la personalidad.

<b>Trastornos de la personalidad por grupo</b>	
<b>GRUPO</b>	<b>TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD</b>
<b>A: Raro-excéntrico</b>	Trastorno paranoide de la personalidad Trastorno esquizoide de la personalidad Trastorno esquizotípico de la personalidad
<b>B: Dramático-emocional</b>	Trastorno antisocial de la personalidad Trastorno límite de la personalidad Trastorno histriónico de la personalidad Trastorno narcisista de la personalidad
<b>C: Ansioso-temeroso</b>	Trastorno de la personalidad por evitación Trastorno de la personalidad por dependencia Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS COMUNES**

La alteración de la sensación del propio yo es un problema fundamental de los trastornos de la personalidad. La identificación del propio yo es una parte del desarrollo normal de la personalidad. Comienza en la lactancia, cuando el niño comienza a diferenciarse de la madre o del cuidador. La identidad incluye la capacidad de diferenciar el propio yo de los demás, la integración de los roles social y laboral, los valores y conductas elegidos, los roles de sexo, las creencias sobre la sexualidad y la intimidad, los objetivos y las creencias políticas y religiosas. El sentido de identidad con frecuencia no se forma adecuadamente en pacientes con trastornos de la personalidad. El sentido del propio yo, o identidad, es necesario para una conducta dirigida a unos objetivos y para satisfacer las relaciones interpersonales.

Los patrones del pensamiento están distorsionados en los trastornos de la personalidad. La capacidad del individuo de descodificar los estímulos y de interpretar los acontecimientos ambientales está alterada. Los patrones maladaptativos del pensamiento hacen que las personas interpreten erróneamente las acciones de los demás. Estas interpretaciones erróneas dan lugar a respuestas maladaptativas por parte de la persona afectada. Las emociones parecen estar afectadas por los trastornos de la personalidad, tanto en su intensidad como en sus características.

Las personas afectadas por trastornos de la personalidad tienen una experiencia emocional atenuada o distorsionada. Tienden a tener más experiencias emocionales negativas. Está afectada su capacidad de desempeñar sus funciones en la vida diaria e incluso de aprender cosas. La conducta es una parte de la personalidad. Primero, los trastornos de la personalidad producen conducta impulsiva. Estos trastornos parecen hacer que las personas tengan mayor dificultad para prever las consecuencias de sus acciones o para

controlar sus impulsos a pesar de las consecuencias negativas. Segundo, estos trastornos producen inflexibilidad de la conducta.

Las personas afectadas tienden a ser rígidas. Son incapaces de cambiar su conducta habitual cuando las circunstancias indican que está indicado un cambio. Habitualmente las personas aprenden a modificar su conducta cuando prueban nuevas acciones y reciben refuerzo positivo con el nuevo abordaje. La inflexibilidad de los trastornos de la personalidad hace que los pacientes tengan dificultad para aprender nuevas formas de comportarse o de afrontar las situaciones. Esta inflexibilidad atrapa al paciente en un círculo vicioso de conducta que es contraproducente. Son rígidos e inflexibles en las funciones de rol y en las interacciones personales. La inflexibilidad provoca apuros y problemas. Cuanto más inflexibles son, más problemas tienen. Cuantos más problemas tienen, más inflexibles son. Este círculo vicioso reduce las oportunidades de aprender y aliena a otras personas.



Figura 10-1. ■ Círculo vicioso de los trastornos de la personalidad.

Trastornos de la personalidad del grupo A: raros-excéntricos

### **TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD**

El trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y sospecha de que otras personas están actuando de forma maliciosa hacia el individuo afectado. Los pacientes con este trastorno asumen automáticamente que los demás les van a hacer daño o les van a engañar, aun cuando no haya datos que confirmen que esto es cierto. Basándose en una evidencia imaginada, pueden pensar que las personas están conspirando contra ellos o que les pueden atacar sin. Pueden defenderse luchando cuando su víctima nunca

les ha atacado primero. Los pacientes con trastorno paranoide de la personalidad con frecuencia imaginan mensajes amenazantes o despreciativos ocultos en comentarios o acciones inocentes. Tienen dificultad para perdonar y guardan rencor. Perciben que los demás atacan a su carácter o su reputación aun cuando no les parezca así a los demás.

La dificultad con las relaciones interpersonales es un dato fundamental de este trastorno. Las personas afectadas tienden a sospechar tanto de las intenciones maliciosas de los demás que no pueden formar relaciones satisfactorias mutuamente. Pueden formar relaciones en las que detentan el poder o el control. Evitan confiar en los demás debido a su sospecha persistente.

El trastorno paranoide de la personalidad hace que las personas interpreten las acciones de los demás como engaño y traición. Desconfían especialmente de la lealtad o la confianza de un compañero o amigo. Este trastorno da lugar a una naturaleza hostil y defensiva. Cuando la hostilidad del paciente genera una respuesta hostil en los demás, se confirma la sospecha de que los demás están contra la persona afectada. Como este trastorno aparece en aproximadamente el 0,5-2,5% de la población general, y en el 10-30% de los pacientes ingresados en el contexto psiquiátrico, los profesionales de enfermería entran en contacto con pacientes con trastorno paranoide de la personalidad en diversos contextos.

### **TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD**

Los rasgos más importantes del trastorno esquizoide de la personalidad son un patrón persistente de desapego de las relaciones sociales y una gama restringida de expresión emocional (afecto). Las personas con este trastorno de la personalidad evitan las relaciones. Parecen recibir poca satisfacción de formar parte de una familia o de un grupo. Prefieren estar solos e incluso eligen actividades que pueden realizar aislados de otras personas. Tienen poco interés en las relaciones sexuales y otras relaciones íntimas. No tienen amigos y parecen indiferentes a las opiniones de los demás. Los pacientes con trastorno esquizoide de la personalidad tienen una gama de emociones aplanada y reducida. Raras veces tienen emociones intensas como ira o alegría. Pueden confiar sólo en sus progenitores o hermanas y hermanos. El trastorno esquizoide de la personalidad puede producir deterioro del desempeño de funciones laborales y sociales salvo que la persona afectada pueda encontrar un trabajo adecuado en el que trabaje sola. Los pacientes afectados encuentran placer en pocas actividades, o en ninguna.

Trastornos de la personalidad del grupo B: dramáticos-emocionales

### **TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD**

La característica esencial del trastorno antisocial de la personalidad es un patrón permanente de desconsideración y violación de los derechos de los demás. Para recibir este diagnóstico los pacientes deben tener al menos 18 años de edad. Deben haber tenido trastorno de la conducta en la infancia antes de los 15 años. El trastorno de la conducta incluye crueldad dirigida a personas o animales, mentiras o robo, destrucción de la propiedad y violaciones graves de las reglas.

Los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad tienden a ignorar las expectativas de la sociedad quebrantando la ley. De forma repetida cometen actos ilegales, independientemente de que sean o no arrestados. Por ejemplo, pueden destruir la propiedad de los demás, acusar a los demás, robar o participar en actividades ilegales (tráfico de drogas, peleas de perros, venta de objetos robados).

Las personas con este trastorno son con frecuencia mentirosas. Manipulan a los demás por su ganancia personal o por su placer (por dinero, sexo y poder). Ignoran los derechos, sentimientos y seguridad de los demás. Mienten de forma repetida y pueden utilizar nombres falsos u otros métodos para engañar a los demás.

La impulsividad es una característica fundamental del trastorno antisocial de la personalidad. Los pacientes con este trastorno toman decisiones de forma súbita, sin planificación. No consideran cómo se verán

afectados los demás, o ni siquiera cómo se verán afectados ellos mismos. Esto lleva a cambios frecuentes de trabajo, residencia y relaciones.

Las personas con este trastorno tienden a ser agresivas e irritables. Pueden luchar de forma repetida o asaltar con frecuencia a los demás, incluyendo sus parejas y sus hijos. Las personas afectadas pueden ser amistosas y agradables hasta que están frustradas. Este trastorno produce desconsideración por su propia seguridad y la de los demás. Este aspecto del trastorno se puede ilustrar por conducción rápida y temeraria, consumo de sustancias o conducta sexual irresponsable.

La irresponsabilidad constituye otro aspecto de este trastorno de la personalidad. Las personas afectadas son irresponsables en la totalidad de los aspectos de sus vidas: la familia, el trabajo, las relaciones interpersonales y la economía. Son capaces de ignorar las promesas y responsabilidades personales y económicas. Viven el momento y no tienen preocupaciones por el pasado ni el futuro. Las reglas están hechas para los demás, no para ellos.

Las personas con trastorno antisocial de la personalidad tienen pocos remordimientos por las consecuencias negativas de su conducta. Pueden creer que deben hacer todo lo que sea necesario para asegurarse de que los demás no les van a controlar. Estos pacientes con frecuencia culpan a sus víctimas de debilidad o estupidez, sin ninguna culpa ni pesar por su sufrimiento o su pérdida.

El trastorno antisocial de la personalidad afecta a los varones con más frecuencia que a las mujeres. Está afectado aproximadamente el 1% de las mujeres, mientras que el 3% de los varones tiene el trastorno. La diferencia en la prevalencia por sexos se puede deber al hecho de que los síntomas son diferentes en varones y mujeres. Los profesionales de enfermería encontrarán pacientes con este trastorno con mucha más frecuencia en el contexto de abuso de sustancias o en contextos forenses (legales), como las prisiones.

### **TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

Un psicoanalista llamado Stern utilizó por primera vez el término trastorno límite de la personalidad en 1938. Estaba describiendo a pacientes que parecen estar en el límite entre la neurosis (un término antiguo para referirse a la ansiedad) y la psicosis. Marsha Linehan es una importante teórica contemporánea sobre el trastorno límite de la personalidad. Ella y sus colaboradores piensan que el trastorno está producido por la interacción entre las influencias biológicas y las influencias del aprendizaje social (naturaleza y crianza). Su investigación se centra en los patrones de conducta del trastorno, que incluyen los siguientes:

- Vulnerabilidad emocional. Patrón de dificultad para manejar las emociones negativas; elevada sensibilidad a los estímulos emocionales negativos, y vuelta más lenta de lo normal (que la persona media) al nivel emocional inicial.
- Autoinvalidación. Imposibilidad de reconocer las propias emociones, pensamientos y conductas; establecimiento de expectativas elevadas de forma poco realista para el propio yo, lo que hace imposible que el propio yo tenga éxito; intensa culpa e ira dirigida contra uno mismo, y culpar a los demás por expectativas no realistas porque el paciente no tiene introspección.
- Crisis implacables. Experimenta acontecimientos negativos y estresantes frecuentes, algunos producidos por el propio paciente y otros no.
- Duelo inhibido. El paciente intenta controlar en exceso los sentimientos negativos, especialmente los que se asocian al duelo, como culpa, tristeza, vergüenza y ansiedad.
- Pasividad activa. La persona afectada deja de trabajar de forma activa en la resolución de los problemas de su propia vida, y busca activamente ayuda de los demás para la resolución de problemas, lo que da lugar a indefensión y desesperanza.
- Competencia aparente. Tiende a parecer que es más competente de lo que realmente es; puede no ser capaz de aplicar lo que ha aprendido en una situación a otras situaciones; puede no mostrar los datos no verbales de las primeras fases del sufrimiento emocional.

El trastorno límite de la personalidad también se caracteriza por inestabilidad de la autoimagen o del sentimiento del propio yo. Los objetivos vitales, los planes, los valores, la identidad sexual y los amigos pueden cambiar de forma súbita e impulsiva. La autoimagen de las personas afectadas se basa en el sentimiento de que son malas. También pueden tener la sensación de que no existen en absoluto, o de que no tienen sentimientos. Esto tiene mayor probabilidad de ocurrir cuando sienten una falta de apoyo. Los pacientes con este trastorno responden mejor a un entorno predecible y estructurado.

La impulsividad es otro dato fundamental del trastorno límite de la personalidad. El diagnóstico precisa impulsividad en al menos dos áreas que sean potencialmente contraproducentes (como juego, gastar dinero de forma irresponsable, atracones de comida, prácticas sexuales inseguras, abuso de sustancias o conducta autolesiva).



Las autolesiones son un fenómeno frecuente en este trastorno. Se produce suicidio consumado en el 8-10% de las personas afectadas. Las autolesiones sin intención de suicidio (también denominadas conducta parasuicida), como cortarse, rascarse o quemarse a uno mismo, se producen con mucha más frecuencia. La conducta autolesiva con frecuencia comienza cuando el paciente está preocupado por el abandono o el rechazo, cuando se espera que el paciente asuma más responsabilidad (como inmediatamente antes de la graduación o de una promoción en el trabajo). La conducta

autolesiva puede producirse durante experiencias disociativas o de despersonalización.

La despersonalización (disociación) es una alteración de la percepción del propio yo en la que el paciente se siente como si se estuviera mirando a sí mismo desde fuera de su cuerpo y no siente dolor por las lesiones. Algunos pacientes afirman que el dolor de los cortes o las quemaduras les reafirma que están vivos. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad también tienen emociones inestables. El estado de ánimo es muy reactivo. Esto significa que tienen episodios intensos de estado de ánimo bajo, irritabilidad o ansiedad que duran sólo varias horas (o como mucho varios días) en reacción a diversos agentes estresantes. Su estado de ánimo bajo basal está interrumpido con frecuencia por episodios de ira, angustia o desesperación. Raras veces tienen períodos de bienestar de satisfacción.

Estos pacientes con frecuencia expresan ira intensa o inadecuada, o tienen dificultad para controlar la ira. Pueden tener explosiones sarcásticas o amargas. Las explosiones de ira inadecuada con frecuencia son seguidas por vergüenza y culpa y contribuyen a los sentimientos de la persona afectada de que es mala o malvada. Durante los episodios de estrés extremo pueden tener episodios transitorios de paranoia o despersonalización.

El trastorno límite de la personalidad es mucho más frecuente en mujeres que en varones, de modo que las mujeres suponen el 75% de los casos. Se estima que está afectado el 2% de la población general y el 20% de los pacientes psiquiátricos ingresados. El trastorno límite de la personalidad es cinco veces más frecuente en los familiares en primer grado de los pacientes afectados que en la población general. También hay un aumento de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, el trastorno antisocial de la personalidad y los trastornos del estado de ánimo entre los familiares.

### **TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD**

Los rasgos más importantes del trastorno histriónico de la personalidad son una emocionalidad excesiva y una conducta dirigida a llamar la atención. Los pacientes con trastorno histriónico de la personalidad deben ser el centro de atención. Cuando no lo son, se sienten incómodos o infelices. Con frecuencia harán una escena para llamar la atención sobre ellos mismos.

El aspecto de las personas afectadas es inadecuadamente provocativo desde un punto de vista sexual. Las personas afectadas con frecuencia se comportan de forma seductora en el contexto social, laboral y en otros. Su conducta seductora queda más allá de lo que es socialmente adecuado para el contexto. Su expresión emocional puede ser superficial y mudable. Las personas afectadas utilizan el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismas. Gastan mucho tiempo, energía y dinero en ropas, joyas y acicalamiento. Los comentarios poco halagadores con frecuencia molestan a las personas con este trastorno.

Los pacientes con trastorno histriónico de la personalidad son muy sugestionables e influenciables por los demás. Pueden ser excesivamente confiados, especialmente en relación con figuras de autoridad. Con frecuencia consideran que las relaciones son más íntimas de lo que realmente son. Tienen dificultad para tener relaciones estrechas. Pueden actuar de forma dependiente, a la vez que intentan controlar a sus parejas con manipulación emocional.

### **TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD**

El trastorno narcisista de la personalidad se caracteriza por un patrón permanente de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía por los demás. Las personas afectadas tienen un sentimiento exagerado de superioridad. De forma sistemática sobreestiman sus capacidades y exageran sus logros. Estas personas esperan que los demás tengan la misma opinión elevada de ellos. Se pueden sorprender si no reciben la fama y fortuna que creen que merecen. A la vez que estos pacientes exageran sus propias capacidades, tienden a infraestimar las capacidades de los demás.

Los pacientes con trastorno narcisista de la personalidad con frecuencia tienen fantasías de éxito ilimitado, poder, belleza o amor ideal y se comparan con personas famosas. Las personas afectadas se ven a sí mismas como superiores a los demás y esperan que se les reconozca así. Prefieren asociarse con otras personas «especiales» como ellas mismas, y pueden pedir ver al cirujano jefe, el profesional de enfermería jefe o el peluquero jefe. Sólo lo mejor es suficientemente bueno. Los pacientes con este trastorno exigen una admiración excesiva y tienen la sensación de tener todos los derechos. Se sienten con derecho a un tratamiento especialmente favorable y al cumplimiento automático de sus deseos.

Las personas afectadas tienden a explotar a los demás y tienen poca empatía por los sentimientos de los demás. Asumen que los demás están preocupados por sus sentimientos y necesidades. Presentan frialdad emocional y ausencia de interés recíproco.

El trastorno narcisista de la personalidad hace que los pacientes tengan conductas y actitudes arrogantes y engreídas. Estas personas con frecuencia envidian a los demás, o creen que los demás les envidian a ellos. Son rápidos para criticar, aunque odian ser criticados. Sus relaciones interpersonales con frecuencia están alteradas debido a su insensibilidad a los sentimientos de los demás, su necesidad de admiración constante y los problemas con su derecho a todo. Su desempeño de funciones como empleados puede estar alterado cuando son incapaces de asumir los riesgos debido al miedo a la humillación por el fracaso.

Muchas personas con este trastorno también tienen depresión, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos relacionados con consumo de sustancias. El trastorno narcisista de la personalidad se produce en menos del 1% de la población general, y con más frecuencia en varones que en mujeres.

Trastornos de la personalidad del grupo C: ansiosos-temerosos

### **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN**

Los pacientes con trastorno de la personalidad por evitación tienen un patrón permanente de timidez social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa. Como tienen miedo a la desaprobación o al rechazo, evitan las actividades laborales o escolares que suponen un contacto significativo con otras personas. Pueden rechazar ofertas de promoción laboral para evitar la posible crítica de los compañeros. Evitan hacer nuevos amigos salvo que estén seguros de ser aceptados sin críticas. Asumen que otras personas serán críticas y les desaprobarán.

Las personas afectadas quisieran tener relaciones sociales, pero dudan si participar en actividades sociales. Están preocupadas con los pensamientos de ser criticadas o

rechazadas. Se ven a sí mismos como ineptos desde el punto de vista social, poco atractivos o inferiores. Su autoestima es muy baja. Se limitan a sí mismos en las relaciones íntimas debido al miedo a la vergüenza o el ridículo. Habitualmente son reacios a realizar nuevas actividades debido a la posibilidad de verse avergonzados. Pueden tener unos modales temerosos y tensos.

Al contrario de otros trastornos de la personalidad, en los que las personas afectadas no tienen deseo de relacionarse con los demás, los pacientes con trastorno de la personalidad por evitación quieren tener contacto con otras personas pero se encuentran incapaces de asumir el riesgo de rechazo. Este trastorno se puede asociar a otros trastornos de la personalidad.

Este trastorno afecta a mujeres y varones por igual. Aparece con una prevalencia estimada del 0,5-1% de la población general

### **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA**

El trastorno de la personalidad por dependencia se caracteriza por la necesidad de ser atendido. Los pacientes con este trastorno tienen una conducta sumisa y pesada; temen la separación y el abandono. Tienen dificultad para tomar las decisiones cotidianas sin ayuda excesiva y consejo de los demás. Son pasivos y permiten que los demás asuman la responsabilidad de áreas importantes de sus vidas. Tienen dificultad para expresar desacuerdo debido al miedo a la pérdida de apoyo o de aprobación.

Estos pacientes tienen dificultad para hacer cosas de forma independiente porque tienen muy poca confianza en sí mismos. Creen que los demás pueden hacer las cosas mejor que ellos, por lo que no toman ninguna iniciativa y permiten que los demás inicien los proyectos.

Los pacientes afectados pueden temer tanto el abandono que actuarán como si fueran incompetentes y necesitaran ayuda simplemente para mantener el apoyo de los demás. Se someten a la voluntad de los demás, aun cuando las demandas no sean razonables. Hacen grandes sacrificios y se someten al maltrato, aun cuando dispongan de otras opciones. Cuando están solos, los pacientes afectados se sienten temerosos e indefensos porque se sienten incapaces de cuidarse a sí mismos.

### **TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD (no TOC)**

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se caracteriza por preocupación por el orden, perfeccionismo y el control mental y personal. Los pacientes afectados son tan ordenados y controladores que no pueden ser flexibles, abiertos ni eficientes. Los pacientes con este trastorno intentan mantener la sensación de control mediante una atención exagerada a las reglas, detalles triviales, listas y programas, hasta que se pierde el aspecto fundamental del proyecto. Se presta una atención extraordinaria al detalle y a las comprobaciones repetidas para detectar posibles errores.

Los pacientes afectados olvidan el hecho de que otras personas encuentran que los retrasos que produce su conducta son perjudiciales. Esperan de sí mismos la perfección. Cuando esto no es posible, les produce un

estrés y una disfunción significativos. Pueden estar tan implicados en hacer que todos los detalles de un trabajo sean perfectos que nunca lo acaban. Están dedicados excesivamente al trabajo, hasta excluir por completo otras actividades como la familia, los amigos y la diversión. Si tienen aficiones, tratan la afición como si fuera un trabajo, con unos requisitos meticulosos y detallados. Si juegan, siempre siguen las reglas, y el juego se convierte en un trabajo o una lección.

Son excesivamente concienzudos e inflexibles en temas de moralidad. Cumplen reglas muy estrictas de desempeño de funciones y pueden obligar a los demás a hacerlo también. Los pacientes con este trastorno actúan en deferencia a la autoridad e insisten en seguir las reglas sin excepción por ningún motivo. Pueden criticarse a sí mismos sin piedad por sus propios errores.

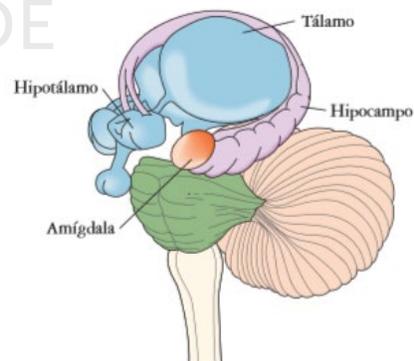
Los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad pueden ser incapaces de tirar cosas que están gastadas o son inútiles, incluso cuando no tengan valor sentimental. Son reacios a delegar tareas en los demás. Insisten en que todo se haga a su estilo, porque sólo ellos pueden hacer bien las cosas. De forma testaruda y poco razonable esperan que los demás hagan las cosas según sus instrucciones detalladas, y se sorprenden y se irritan con las alternativas creativas de los demás. Los pacientes afectados pueden ser avaros. Pueden acaparar sus recursos por la actitud de que el gasto debe estar limitado para suplir las futuras emergencias. Pueden vivir muy por debajo de sus medios. Se les conoce por ser rígidos, indecisos y testarudos. Planifican por adelantado con un detalle meticuloso y no se plantearán la inclusión de cambios en sus planes. Es difícil que las personas con este trastorno tengan en consideración las perspectivas de los demás. Su expresión de la emoción está controlada de forma estricta y con frecuencia se sienten incómodos con personas que son expresivas emocionalmente.

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad no es lo mismo que el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). El TOC se caracteriza por obsesiones (deseos incontrolables de seguir pensando en una idea o un sentimiento) y compulsiones (actos estereotipados y repetitivos para aliviar la ansiedad que son una respuesta a los pensamientos obsesivos) verdaderas. Otra diferencia es que los pacientes con TOC reconocen las limitaciones que les impone su trastorno, mientras que los pacientes con TOC no lo hacen, porque su conducta está muy engranada en su personalidad.

### **Trastornos de la Ansiedad**

La ansiedad es uno de los sentimientos más habituales de la humanidad. Todo el mundo ha experimentado ansiedad. Usted podría sentirse ansioso ahora si estuviera preocupado por el examen del capítulo de los trastornos de ansiedad. La ansiedad es un sentimiento de incomodidad que activa el sistema nervioso autónomo en respuesta a una amenaza vaga e inespecífica.

La ansiedad difiere del miedo en que el miedo es una respuesta a una amenaza conocida. Si un cocodrilo persigue a una persona, ese sentimiento incómodo es miedo. Si la persona tiene la sensación de fatalidad inminente estando sentada en el aula (sin que haya cocodrilos), ese sentimiento es ansiedad.



**Figura 11-1.** ■ El sistema límbico. El sistema límbico está rodeado por la corteza cerebral. Participa en la motivación, la emoción y la memoria. Está formado por el tálamo, la amígdala, el hipocampo y el hipotálamo. Fuente: *Psychology 3/E* by Kassir, Saul, © 2001. Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, NJ.

### Base biológica de la ansiedad

La experiencia de la ansiedad parece originarse en el encéfalo subcortical o primitivo, específicamente en el sistema límbico. Durante la ansiedad hay un aumento del flujo sanguíneo al sistema límbico y la corteza cerebral.

El sistema límbico transmite estímulos al sistema nervioso autónomo. La estimulación del sistema nervioso simpático (que es parte del sistema autónomo) produce los síntomas que reconocemos como ansiedad. Desde el sistema límbico, los mensajes neurales también son transmitidos hasta la corteza cerebral. En las áreas de asociación de la corteza cerebral el individuo tiene pensamientos sobre la ansiedad. Así, los sentimientos, las respuestas fisiológicas y los pensamientos forman todos ellos parte de la experiencia de la ansiedad. El miedo tiene utilidad para la supervivencia. Cuando una persona ve un cocodrilo, el miedo motiva a la persona a alejarse.

Funciones del sistema límbico	
ESTRUCTURA LÍMBICA	FUNCIÓN Y DISFUNCIÓN
Tálamo	Transmite las aferencias sensitivas desde la médula espinal. Regula los aspectos emocionales de las experiencias sensitivas. Su disfunción está implicada en el TOC, los trastornos del estado de ánimo y la esquizofrenia.
Amígdala	Coordina las acciones del sistema nervioso autónomo y del sistema endocrino. Participa en el control de las emociones, la conducta de crianza, el condicionamiento al miedo. Controla el recuerdo de las experiencias de miedo. Su disfunción contribuye a miedo e ira inadecuados, ansiedad y TEPT.
Hipocampo	Procesa la información entre partes del encéfalo que reciben aferencias sensitivas y las que traducen las aferencias en acción. Regula el sistema inmunitario y el almacenamiento de memoria. Su disfunción produce trastornos de memoria y del aprendizaje.
Hipotálamo	Formado por neuronas que producen hormonas. Centro de integración. Concentra la dopamina. Convierte el pensamiento y los sentimientos en hormonas que producen cambios en todo el cuerpo a través del sistema nervioso autónomo. Su disfunción puede producir sed y hambre excesivas. Puede participar en los trastornos de la conducta alimentaria y la esquizofrenia. Está implicado en los efectos colaterales de los fármacos psicotrópicos.

La ansiedad no está tan centrada y con frecuencia no tiene ningún origen realista. Aun cuando la persona que experimenta ansiedad conozca el motivo de la misma, el sentimiento disfórico (incómodo e insatisfecho) habitualmente es desproporcionado al peligro real. Niveles bajos de ansiedad pueden estimular la atención y la alerta del individuo, e incluso facilitar que aprenda nuevas cosas, pero cuando la ansiedad se hace más intensa produce deterioro funcional. La ansiedad y el miedo tienen las mismas respuestas fisiológicas relacionadas con la estimulación del sistema nervioso simpático.

Igual que otras emociones, pensamientos y conductas, la ansiedad es una experiencia humana frecuente y normal en condiciones habituales. Sólo se hace anormal cuando su frecuencia o su intensidad interfiere con el desarrollo o la función del individuo.

### Manifestaciones de la estimulación simpática

- Aumento de la frecuencia cardíaca
- Aumento de la presión arterial
- Pupilas dilatadas
- Piel fría
- Piloerección (pelos «de punta»)
- Disminución de la motilidad digestiva

### NIVELES DE ANSIEDAD

Hildegard Peplau describió cuatro grados de ansiedad (O'Toole y Welt, 1989). La tabla muestra los cuatro niveles y las conductas que podría observar el profesional de enfermería en un paciente en cada uno de los niveles.

Cuatro grados de ansiedad		
GRADO DE ANSIEDAD	EFECTOS SUBJETIVOS	CONDUCTA OBSERVABLE
Leve	El campo perceptual se amplía ligeramente. Aumento de la capacidad de ver relaciones entre datos.	Alerta, más perceptivo, capaz de reconocer la ansiedad. Fomenta la motivación y el desarrollo.
Moderada	El campo perceptual se estrecha ligeramente. Se concentra en el foco inmediato, ignorando los estímulos periféricos. Puede cambiar la atención si se le dirige.	Capaz de mantener la atención en un punto focal. No presta atención a estímulos fuera de este foco. Puede hablar más rápidamente. Los signos vitales empiezan a aumentar (excepto la temperatura). Capaz de reconocer y expresar la ansiedad.
Intensa	Marcada reducción del campo perceptual. No se da cuenta de los acontecimientos externos. Incapaz de redirigir el foco incluso con dirección externa.	La atención está centrada en una parte pequeña de un área específica. Las suposiciones realizadas pueden ser erróneas debido a la percepción incompleta. Puede no darse cuenta de la ansiedad. Aumentan los signos vitales. Se utilizan medidas de afrontamiento/alivio.
Angustia	La percepción está reducida hasta un detalle. Hay distorsión de la percepción. Puede saltar de un detalle a otro, como en la fuga de ideas. Se experimenta como amenaza a la supervivencia. La persona afectada siente miedo y terror.	Sentimientos de irrealidad, confusión, terror, ensimismamiento. Se puede expresar con violencia hacia uno mismo o hacia los demás. Pérdida de control. Puede incluir caminar deprisa o correr. Se utilizan conductas automáticas de afrontamiento/alivio. Puede producir agotamiento si se prolonga.

### Trastornos de ansiedad

Lista de trastornos de la ansiedad aprobados

- Trastorno de ansiedad generalizada

- Trastorno de angustia con o sin agorafobia
- Agorafobia sin trastorno de angustia
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno de estrés agudo
- Trastorno de estrés postraumático
- Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica general
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

### **CAUSAS**

Estudios de gemelos y de familias, y estudios genéticos humanos, confirman que los trastornos de ansiedad tienen una base genética. Como ocurre en otros trastornos mentales, la genética no es la única etiología (causa) de los trastornos de ansiedad. Las experiencias vitales también tienen una importancia muy grande (una vez más, naturaleza y crianza). Los investigadores están analizando cómo interactúan la genética y la experiencia en los trastornos de ansiedad. Esperan encontrar datos para la prevención y el tratamiento de estos incapacitantes trastornos.

Los trastornos de ansiedad tienen probabilidad de tener comorbilidades (otros trastornos que aparecen con ellos). Los tres de los siguientes:

Inquietud

- Astenia
- Dificultad para concentrarse
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Alteraciones del sueño

Para realizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada en niños sólo sería necesario que tuvieran uno de los síntomas anteriores además de la ansiedad persistente. Los pacientes con TAG refieren que tienen estrés significativo, dificultad para controlar la preocupación o deterioro del desempeño de funciones sociales o laborales relacionado con la ansiedad.

En este trastorno la intensidad, la frecuencia y la duración de la ansiedad están desproporcionadas con la probabilidad realista o las consecuencias del episodio temido. Los pensamientos del episodio temido se entrometen en el pensamiento del individuo, distrayéndole de otras tareas. El objetivo de la preocupación puede desplazarse de un problema a otro. Algunos ejemplos de preocupaciones en estos pacientes son llegar tarde, rendimiento personal, enfermedad, familia, responsabilidades laborales, responsabilidades económicas y tareas del hogar.

Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada habitualmente reconocen que su ansiedad es más intensa de lo que sería lógico en su situación, pero a pesar de todo pueden controlar sus preocupaciones. Su ansiedad se acompaña por síntomas físicos, especialmente astenia, cefalea, tensión muscular, dolor muscular, irritabilidad, sudoración, náuseas, dificultad deglutoria, temblor y sofocos. La relajación parece imposible. Al contrario que los pacientes con otros trastornos de ansiedad, los pacientes con este trastorno habitualmente no evitan las situaciones que producen ansiedad como consecuencia de su trastorno. Cuando el trastorno es leve las personas afectadas pueden desempeñar sus funciones, aunque cuando está en su peor momento tienen un deterioro funcional importante.

El trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad más frecuente y afecta a aproximadamente el doble de mujeres que de varones en la población general. En los contextos asistenciales el profesional de enfermería puede esperar ver números aproximadamente iguales de mujeres y varones que solicitan tratamiento. En cualquier año dado aproximadamente el 3% de la población tendrá este trastorno. A lo largo

de toda la vida cualquier individuo tiene una probabilidad de tenerla de aproximadamente el 5%. Este trastorno con frecuencia se asocia a trastorno depresivo mayor.

### **TRASTORNO DE ANGUSTIA**

Los pacientes con trastorno de angustia tienen crisis de angustia recurrentes e inesperadas seguidas por al menos 1 mes de preocupación persistente por volver a tener otra. Se pueden preocupar por las posibles complicaciones de las crisis o pueden tener un cambio significativo de conducta asociado a las crisis. Una crisis de angustia se caracteriza por un episodio de miedo o malestar intenso. Durante este episodio están presentes cuatro o más de los datos siguientes:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o aumento de la frecuencia cardíaca
- Sudoración
- Temblores o sacudidas
- Sensación de dificultad respiratoria o falta de aliento
- Sensación de atragantamiento ————— Q Dolor o malestar torácico
- Náuseas o molestias abdominales
- Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- Miedo a perder el control o volverse loco
- Miedo a morir
- Parestesias (entumecimiento u hormigueo)
- Escalofríos o sofocos

Los pacientes con trastorno de angustia tienen crisis de angustia sin previo aviso. A veces las crisis se asocian a un agente estresante y a veces no. Puede tener dificultad para respirar, dolor torácico y sensación de que va a morir. No hay forma de predecir cuándo se producirá una crisis, por lo que los pacientes con frecuencia pasan la mayor parte del tiempo preocupándose por cuándo se producirá la próxima. Las crisis de angustia se pueden producir en cualquier momento, incluso durante el sueño.

### **AGORAFOBIA**

La agorafobia se caracteriza por ansiedad por estar en lugares o situaciones en las que puede ser difícil (o vergonzosa) la salida, o cuando no se podría disponer de ayuda en caso de que se produjera una crisis de angustia. Los miedos agorafóbicos típicamente incluyen situaciones que suponen estar solo y lejos del domicilio en una multitud o guardando cola, en un puente o viajando en avión, un tren, un autobús o un automóvil. La persona evita las situaciones que producen miedo, las soporta con mucha ansiedad y sufrimiento o precisa la presencia de otra persona.

La agorafobia se asocia con frecuencia a trastorno de angustia. Los pacientes que solicitan tratamiento por el trastorno casi siempre tienen también trastorno de angustia.

### **TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)**

Las obsesiones son pensamientos recurrentes e intrusivos que producen un sufrimiento marcado. La persona afectada reconoce que los pensamientos proceden de su propia mente e intentan ignorarlos o suprimirlos. Las compulsiones son conductas o actos mentales repetitivos que la persona afectada se siente impulsada a realizar en respuesta a los pensamientos obsesivos. El objetivo de estas conductas es reducir el estrés o prevenir algún episodio temido. Las conductas compulsivas no están conectadas de forma realista con las situaciones que se supone que van a neutralizar, o son claramente excesivas.

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por compulsiones u obsesiones que la persona afectada reconoce como excesivas o poco razonables. Las obsesiones y las compulsiones producen

sufrimiento importante y ocupan más de 1 hora al día, o interfieren significativamente con el desempeño de funciones laborales, académicas o personales a diario.

Los pensamientos obsesivos habituales incluyen suciedad y gérmenes, números o recuentos, simetría y orden, ideas que están en contra de las creencias religiosas del individuo, o pensamientos sexuales que son molestos para la persona afectada. Algunos ejemplos de rituales compulsivos que se realizan para controlar los pensamientos obsesivos son limpieza, lavarse las manos, contar, tocar o hacer cosas en un orden determinado, o rezar.

La persona afectada no obtiene placer de la realización de los rituales compulsivos, sino tan sólo el alivio transitorio de la ansiedad que produce no realizarlos. Muchos pacientes sin TOC pueden identificarse con alguna conducta compulsiva, como comprobar varias veces que el horno está realmente apagado antes de salir de casa. Esta conducta no se convierte en TOC hasta que produce sufrimiento, consume más de 1 hora al día o interfiere con la vida diaria.

El TOC habitualmente comienza en la adolescencia o el principio de la edad adulta. Puede comenzar en la infancia. Tiende a afectar a los varones a una edad más temprana que a las mujeres. Los niños afectados con frecuencia no se dan cuenta de que su conducta no es razonable. La mayoría de las personas afectadas tiene TOC con una evolución con mejorías y empeoramientos. El trastorno se hace más intenso cuando el paciente tiene estrés. Se produce TOC con más frecuencia en familiares de primer grado de pacientes con TOC y con síndrome de Tourette que en la población general.

El TOC se produce en muchas culturas de todo el mundo. Afecta a aproximadamente el 1-2% de las personas en algún momento de sus vidas.

Cuando se diagnostican trastornos de la personalidad o de ansiedad, se debe tener en consideración la cultura del paciente. Algunas prácticas religiosas precisan la repetición de algunas oraciones y conductas una y otra vez, tal vez varias veces al día. La conducta que se origina en expectativas religiosas o culturales de otro tipo no forma parte de un TOC, aun cuando los participantes que realizan la conducta afirmen que realmente no quieren hacerla. Algunos pacientes con TOC también tienen depresión u otros trastornos de ansiedad. Algunos tienen trastornos de la conducta alimentaria además de TOC.

El trastorno puede afectar con tanta gravedad a los pacientes que se modifica su desarrollo y su capacidad de desempeñar sus funciones en sus vidas diarias.

### TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se reconoció por primera vez en veteranos de guerra. Es una enfermedad debilitante que se produce después de un agente estresante traumático extremo. El agente estresante traumático puede ser un episodio que amenaza la vida del individuo, que puede producir una lesión grave o que pone en peligro la integridad personal. Puede ser presenciar un acontecimiento, como la muerte o una lesión grave de otra persona. Puede ser haber descubierto un episodio, como la muerte inesperada o violenta o una lesión grave en un familiar o en otra persona importante. La respuesta de la persona al acontecimiento debe incluir miedo intenso, desesperanza u horror. Los niños responden con conducta agitada o desorganizada. Los síntomas característicos del TEPT, que están presentes durante más de 1 mes, incluyen los siguientes:

- Repetición persistente de la experiencia del acontecimiento traumático
- Evitación de los estímulos asociados al trauma
- Embotamiento de la reactividad general (también llamado «embotamiento psíquico» o «anestesia emocional»)
- Aumento de la activación (dificultad para dormir, pesadillas, respuesta de sorpresa exagerada e hipervigilancia o alerta para detectar peligros)

Los episodios traumáticos que producen TEPT incluyen, entre otros, agresión personal violenta (agresión sexual, agresión física, robo), combate militar, retención como rehén, ataque terrorista, tortura,

aprisionamiento como prisionero de guerra o en un campo de concentración, desastres, accidentes de medios de transporte o diagnóstico de enfermedad potencialmente mortal.

Los niños pueden presentar TEPT como consecuencia de abuso sexual aunque no haya ninguna lesión real o amenaza de lesión. El trastorno tiene mayor probabilidad de producirse y de ser más duradero cuando el agente estresante es una acción humana intencionada, como violación o tortura.

Los pacientes con TEPT pueden revivir el episodio traumático de diversas maneras. Con frecuencia la persona tiene recuerdos intrusivos o sueños repetidos del acontecimiento. Algunas personas experimentan escenas retrospectivas (flashbacks) en las que reviven el acontecimiento, pensando que realmente se está produciendo. Una escena retrospectiva puede incluir imágenes, sonidos, olores o sentimientos del episodio traumático.

Las personas afectadas se sienten angustiadas por situaciones que les recuerdan el episodio y evitan estas situaciones. Por ejemplo, una persona que fue violada en un ascensor puede evitar todos los ascensores. Una persona que estuvo en un campo de prisioneros con vigilantes militares puede evitar a cualquier persona que lleve uniforme. Los acontecimientos habituales pueden desencadenar recuerdos y una escena retrospectiva en personas susceptibles.

Los pacientes con TEPT pueden tener dificultad para las relaciones interpersonales. Pueden tener dificultad para confiar o para manifestar afecto. Las cosas de las que previamente disfrutaban pueden no ofrecerles ya placer. Pueden expresar irritabilidad, agresión e incluso violencia, aun cuando estas características no formaban parte del carácter de la persona antes del incidente. A veces se produce depresión en los pacientes con TEPT. Como en los pacientes afectados por otros trastornos de ansiedad, los pacientes con TEPT pueden utilizar alcohol u otras sustancias para tratar sus síntomas de ansiedad.

El trastorno sólo se diagnostica si los síntomas persisten durante más de 1 mes. Si una persona va a desarrollar TEPT, habitualmente se produce en los 3 meses siguientes a la experiencia traumática. El TEPT se puede producir a cualquier edad. Aproximadamente la mitad de las personas afectadas tiene resolución completa de los síntomas en un plazo de 3 meses. Los factores más importantes que afectan a la probabilidad de presentar este trastorno son la intensidad del episodio traumático, la duración del trauma y la proximidad de la exposición del individuo.

## **UNIDAD V**

### **Consumo de problemático de sustancias**

Es natural que los animales busquen un estado mental alterado. Los cerdos comen grano fermentado y los elefantes comen fruta fermentada hasta que se emborrachan. Las personas alteran su estado mental viendo películas de terror, yendo a cabalgatas de carnaval, subiendo montañas, corriendo maratones, meditando, relajándose, rezando y en ocasiones tomando sustancias. Las personas utilizan sustancias por diversos motivos: para alterar sus percepciones, para elevar el estado de ánimo, para aliviar el dolor, el miedo, la ansiedad o el aburrimiento, para mejorar la socialización con sus amigos, o como ayuda en ceremonias religiosas. Aunque no todo consumo de sustancias es problemático, el abuso de sustancias puede destruir las vidas de las personas. El consumo de sustancias se convierte en un problema cuando:

- Interfiere con la capacidad de desempeñar las funciones en el trabajo o en el hogar.
- Hace que una persona esté en peligro.

- Continúa a pesar de sus consecuencias negativas.

### **Diagnóstico tardío**

La negación es el motivo por el que se desconoce el número exacto de personas con abuso y dependencia de sustancias. La negación es un mecanismo de afrontamiento frecuente en personas con trastornos por abuso de sustancias. Irónicamente, la negación también es frecuente en los profesionales sanitarios que trabajan con estos pacientes. Piense en ello: ¿dos de cada 10 pacientes de los centros en los que usted trabaja o en los que realiza las prácticas clínicas han sido diagnosticados de abuso o dependencia de sustancias? Los profesionales sanitarios no lo valoran ni diagnostican, aun cuando el abuso y la dependencia de sustancias son frecuentes y producen efectos significativos para la salud. Otro factor en los muchos casos no diagnosticados es que las personas con trastornos relacionados con sustancias no tienden a consultar con sus profesionales sanitarios. Las personas habitualmente esperan hasta que tienen el deterioro físico grave de la dependencia de sustancias en fases avanzadas antes de solicitar ayuda.

El estigma sobre el abuso de sustancias es muy intenso. Los profesionales sanitarios con frecuencia dudan si hacer las preguntas que podrían determinar quién está afectado por consumo de sustancias. A veces los profesionales sanitarios no saben cómo pueden ayudar.

### **Abuso y dependencia de sustancias**

Hay dos niveles diferentes de consumo de sustancias:

- El abuso de sustancias es un patrón mala-adaptativo de consumo de sustancias a pesar de las consecuencias desfavorables. Las personas que tienen abuso de sustancias sufren las consecuencias perjudiciales de su uso repetido.
- La dependencia de sustancias es más grave. Incluye tolerancia, síndrome de abstinencia y uso compulsivo. Las sustancias de las que se abusa con más frecuencia son las que modifican rápidamente el estado mental de una persona, ya sea mediante estimulación o mediante depresión del sistema nervioso central (SNC).

Enumeraremos 11 sustancias de abuso:

1. Alcohol
2. Opioides
3. Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos (fármacos contra la ansiedad)
4. Cocaína
5. Anfetaminas y drogas similares
6. Alucinógenos
7. Fenciclidina (PCP) y drogas similares
8. Inhalantes
9. Cannabis (marihuana)
10. Cafeína
11. Nicotina

### **ALCOHOL**

La sustancia de la que se abusa con más frecuencia en todo el mundo es el alcohol de beber (etanol o alcohol etílico). El alcohol se absorbe rápidamente hacia la sangre y actúa como depresor del SNC. Los síntomas iniciales de la intoxicación (un conjunto reversible de síntomas físicos, psicológicos y conductuales producidos por el uso de la sustancia alcohólica) son relajación, pérdida de inhibición, euforia (sensación exagerada de bienestar) y disminución de la concentración mental. Con dosis mayores los síntomas

progresan hasta habla arrastrada, ataxia (marcha vacilante), estado de ánimo lábil (cambiante), conducta agresiva, habla incoherente, vómitos, coma, depresión respiratoria y muerte.

### **Tolerancia y síndrome de abstinencia**

Con el uso continuo el consumidor presenta tolerancia. Cuando una persona bebe con frecuencia grandes cantidades de alcohol, el SNC se deprime de forma repetida. Para mantener el equilibrio (homeostasis) para la supervivencia, el SNC aumenta su propia estimulación para mantener a la persona consciente y desempeñando sus funciones.

Como el SNC de esta persona se ve obligado continuamente a producir una estimulación química excesiva, la persona necesitará más alcohol para alcanzar la intoxicación. Finalmente, después de varios años de dependencia alcohólica, el individuo debe beber casi constantemente para evitar los molestos síntomas de estimulación del SNC. Cuando un individuo dependiente del alcohol (alcohólico) deja de beber, el mecanismo homeostático que equilibraba los efectos depresores del alcohol tarda en volver a la normalidad. El SNC sigue estando estimulado, y el individuo sufre síntomas de síndrome de abstinencia.

Los síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica incluyen elevación de los signos vitales, ansiedad, temblor, diaforesis, habla arrastrada, trastornos digestivos (vómitos, dolor cólico, diarrea), ataxia, nistagmo, desorientación y, en los casos más graves, alucinaciones, convulsiones y muerte.

Adicción se refiere a la dependencia psicológica y física y a la conducta de búsqueda de la droga. El trastorno confusional por abstinencia alcohólica (delirium tremens o DT) se diagnostica cuando la abstinencia produce síntomas cognitivos graves como confusión, ideas delirantes y alucinaciones aterradoras. Este trastorno confusional se produce en personas con una historia prolongada (de 5 a 15 años) de alcoholismo.

#### **ALERTA clínica**

El trastorno confusional por abstinencia alcohólica es una urgencia médica. Cuando se acompaña de convulsiones puede ser mortal.

Observe que los síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica son en general los contrarios a los de intoxicación alcohólica. El individuo toma repetidamente la sustancia depresora del SNC; el SNC se estimula a sí mismo para mantener la homeostasis. Cuando se retira la sustancia, el SNC sigue estando estimulado. El individuo tiene síntomas de estimulación del SNC hasta que finalmente el SNC recupera el equilibrio sin alcohol, y los síntomas desaparecen. El síndrome de abstinencia alcohólica habitualmente dura aproximadamente 4 días. Los individuos dependientes del alcohol (alcohólicos) pueden tener muchos episodios de síntomas de abstinencia que tratan con alcohol. La afirmación: «Me siento mal (nervioso, cansado, enfadado, solo, etc.), necesito una bebida», puede ser un dato de síntomas de abstinencia. Los síntomas de abstinencia de sustancias con frecuencia subyacen al deseo de un paciente de salir del hospital frente al consejo médico.

### **Patrón de consumo**

Las personas varían en su patrón de consumo de alcohol. Algunas personas empiezan a beber alcohol en la infancia o la adolescencia, y algunas en la ancianidad. Algunas beben a diario, comenzando con «una o dos bebidas con la cena» y progresando hasta cantidades y frecuencias mayores. Algunas personas beben muchos fines de semana o se van a una orgía de bebida después de un prolongado período «seco». La dependencia del alcohol (alcoholismo) es una enfermedad progresiva. Comienza con el abuso del alcohol.

El abuso del alcohol supone beber alcohol aun cuando produzca problemas. Una persona puede violar la ley conduciendo bajo la influencia del alcohol, o perder el trabajo debido a múltiples ausencias, o sufrir una lesión mientras estaba intoxicado, o dañar las relaciones familiares debido a la conducta de beber y sus consecuencias (o incluso puede hacer todas estas cosas), y a pesar de todo seguir bebiendo posteriormente. La persona que abuso del alcohol niega que el alcohol sea un problema. A medida que el trastorno progresa

hasta dependencia alcohólica, la persona necesita cada vez más alcohol para sentir su influencia. Si la persona deja de beber, se producen síntomas de abstinencia.

La persona con dependencia del alcohol puede tener episodios de amnesia transitoria (olvidar lo que ocurre cuando están bebidos), ira, agresión, aislamiento social, pérdida de interés en actividades agradables y malnutrición. Los alcohólicos pueden perder el trabajo, la familia y la autoestima. A pesar de todo, siguen negando que el alcohol sea un problema para ellos. Finalmente, los pacientes con dependencia alcohólica no pueden controlar la bebida. No tienen la opción de si beben o no. Se desintegran física y emocionalmente. Todos los sistemas del cuerpo sufren lesiones y efectos potencialmente mortales después de años de dependencia del alcohol.

La abstinencia del alcohol produce la tortura de una abstinencia potencialmente mortal. En esta fase las personas con frecuencia contemplan el suicidio. El aparato digestivo es con frecuencia el primero que muestra los efectos del alcoholismo crónico. El alcohol produce gastritis por inflamación del revestimiento gástrico. Lesiona la cubierta mucosa protectora del estómago, lo que permite que el ácido clorhídrico erosione la pared gástrica. Se puede producir hemorragia. Se pueden formar úlceras en el estómago (muestra una úlcera gástrica). Los síntomas incluyen molestia gástrica, náuseas, vómitos, deposiciones negras y distensión abdominal. El alcohol produce esofagitis (inflamación del esófago) por irritación del esófago y por la producción de vómitos frecuentes. El síntoma principal es dolor esofágico. La pancreatitis, aguda o crónica, puede estar producida también por el consumo crónico de alcohol. La pancreatitis crónica produce malnutrición, pérdida de peso y diabetes mellitus. La pancreatitis aguda se produce 1 o 2 días después de un atracón de beber alcohol. Los síntomas incluyen dolor epigástrico intenso y constante, náuseas, vómitos y distensión abdominal. La hepatitis alcohólica afecta a un hígado ya lesionado. Habitualmente se produce después de un atracón prolongado o de un consumo excesivo de alcohol. El paciente tiene dolor en el cuadrante abdominal superior derecho, ictericia, aumento del tamaño del hígado y el bazo, vómitos, debilidad, astenia intensa y posiblemente ascitis (acumulación de líquido en el abdomen debido a un deterioro del retorno venoso a través del hígado). El eritema palmar está producido por la acumulación de productos químicos que no puede metabolizar el hígado lesionado. La cirrosis hepática es la fase terminal de la hepatopatía alcohólica. En la cirrosis las células hepáticas destruidas son sustituidas por tejido cicatricial, lo que hace que esta enfermedad sea irreversible. La cirrosis produce hipertensión portal, ascitis, varices esofágicas (venas varicosas del esófago que se pueden romper y sangrar) y encefalopatía hepática.

La encefalopatía hepática está producida por la acumulación de amoníaco (debido a la incapacidad del hígado lesionado de metabolizar las proteínas). Produce alteración de la función mental y avanza hasta la muerte. A medida que aumenta la concentración de amoníaco del paciente, tiene inquietud y agitación y también pérdida de la capacidad de comprender qué es una conducta adecuada. Cuando el hígado está demasiado lesionado para eliminar el amoníaco de la sangre, se administra lactulosa. Reduce la concentración de amoníaco aumentando su excreción a través del intestino (y habitualmente produce diarrea). A medida que disminuye la concentración de amoníaco, mejora la función cognitiva del paciente.

El sistema cardiovascular también está afectado por el consumo crónico de alcohol. Se puede producir miocardiopatía (debilitamiento y aumento del tamaño del corazón), insuficiencia cardíaca y arritmias cardíacas. Hay aumento del riesgo de accidente cerebrovascular hemorrágico. También se puede producir hipertensión (especialmente elevación de la diastólica), taquicardia y edema. El consumo crónico de alcohol produce también cambios neurológicos. Los episodios de amnesia transitoria son un signo temprano de alcoholismo.

El individuo afectado sigue estando consciente y parece estar desempeñando normalmente sus funciones, aunque es completamente incapaz de recordar algo que ocurrió mientras estaba intoxicado. Después de muchos años de abuso del alcohol, una persona puede presentar síndrome de Wernicke y síndrome de Korsakoff, que afectan a todo el sistema nervioso.

El síndrome de Wernicke (encefalopatía alcohólica) es la consecuencia de una deficiencia grave de vitamina B1 producida por malnutrición. Se caracteriza por ataxia, parálisis de los músculos oculares, nistagmo (movimiento involuntario rápido de los globos oculares) y confusión mental. Si se trata precozmente, esta disfunción del encéfalo puede responder bien a dosis elevadas de tiamina parenteral. Si no se trata precozmente, el síndrome de Wernicke progresa hasta una enfermedad irreversible y mortal.

El síndrome de Korsakoff es un conjunto de síntomas producidos por una deficiencia de las vitaminas B, como tiamina, riboflavina y ácido fólico. Los pacientes tienen amnesia, desorientación en cuanto a tiempo y lugar, neuropatía periférica grave y fabulación (una respuesta a la pérdida de memoria en la que el paciente inventa información para rellenar las lagunas de su memoria).

Los síntomas de la neuropatía incluyen hormigueos, debilidad muscular, dolor y quemazón musculares, sensibilidad anormal y dolor con el movimiento. Las extremidades están afectadas, especialmente las de las piernas. Debido al dolor extremo, se debe tener cuidado cuando se mueva a estos pacientes. El aparato reproductor también se ve afectado por el consumo crónico de alcohol. Los hombres pueden llegar a ser impotentes. Las mujeres pueden dejar de tener la menstruación y llegar a ser infértiles. Además, el hijo no nacido de una mujer gestante que abusa del alcohol se puede ver afectado gravemente. El síndrome alcohólico fetal (SAF) produce bajo peso al nacimiento, microcefalia (encéfalo pequeño y circunferencia de la cabeza pequeña), malformaciones faciales y trastornos del desarrollo (retraso mental, distraibilidad y poca coordinación).

El abuso del alcohol puede afectar al sistema osteomuscular por la aparición de osteoporosis. Además, se puede producir miopatía aguda o crónica, que se caracteriza por calambres musculares de inicio súbito y posterior aparición de dolor, sensibilidad y edema de los músculos esqueléticos, especialmente de las piernas. En la miopatía crónica hay emaciación y debilidad de los músculos esqueléticos.

### **OTROS DEPRESORES DEL SNC**

Otros depresores del SNC son similares al alcohol en sus efectos sobre el SNC, síntomas de intoxicación, efectos de tolerancia y síntomas de abstinencia.

### **OPIACEOS**

Los opiáceos son sustancias que aparecen de forma natural como derivados del opio (como la morfina), sustancias semisintéticas (como la heroína) y fármacos similares a dichas sustancias (como metadona, metilina, oxicodona y codeína). Estos fármacos han aliviado un inconmensurable dolor humano, aunque cuando se abusa de ellos producen también un inmenso sufrimiento.

### **EFECTOS DE LOS OPIÁCEOS.**

Los fármacos opiáceos (narcóticos) se prescriben para aliviar el dolor o la diarrea y para reducir la tos. Los opiáceos pueden producir dependencia física (tolerancia y síndrome de abstinencia). Los síntomas de intoxicación son similares a los del alcohol. Los efectos frecuentes incluyen mareo, analgesia, euforia, cambios del estado de ánimo, náuseas, estreñimiento y contracción pupilar. A dosis elevadas los opiáceos producen hipotensión porque reducen la resistencia vascular.

Los profesionales de enfermería deben conocer especialmente los efectos depresores respiratorios de los opioides. Estos fármacos, que se pueden utilizar para suprimir la tos, deprimen el centro respiratorio del bulbo raquídeo. Es poco probable que se produzca depresión respiratoria a las dosis terapéuticas. Sin embargo, dosis elevadas pueden producir depresión respiratoria potencialmente mortal. La depresión respiratoria crónica predispone al paciente a neumonía y otras infecciones respiratorias.

Los pacientes que toman opiáceos por dolor persistente e intenso, como el dolor canceroso, se pueden hacer tolerantes a las dosis terapéuticas habituales de los narcóticos. Esto precisará un aumento de las dosis para

conseguir el alivio del dolor. Se espera que se produzca esta tolerancia, y el aumento de la dosis es adecuado. Estos pacientes tienen menor riesgo de depresión respiratoria que los pacientes que nunca han tomado narcóticos.

Los profesionales de enfermería pueden dudar si administrar o no fármacos opiáceos/narcóticos a los pacientes que los necesitan, por miedo a hacer que los pacientes se hagan adictos. Este miedo no está fundado en realidad. Los pacientes que toman opiáceos para el dolor no tienen probabilidad de presentar dependencia como consecuencia.

Los opioides también afectan a la función sexual. Los pacientes que toman opioides con frecuencia a dosis elevadas tienen disminución de la libido (impulso sexual) y pueden tener ausencia de orgasmo. Los varones pueden tener alteraciones de la eyaculación e impotencia. Las mujeres con frecuencia tienen irregularidad menstrual e infertilidad. La sobredosis de opiáceos es una urgencia médica. El paciente puede tener pupilas puntiformes, respiración deprimida (lenta y superficial), convulsiones y coma. Se puede producir la muerte por parada respiratoria. El tratamiento de la sobredosis de opiáceos es un fármaco antagonista de los narcóticos, como hidrocloreuro de naloxona. Este fármaco compite por los receptores de los opiáceos y bloquea la acción de los narcóticos.

### **PATRONES DE CONSUMO**

Al contrario que el alcohol, los opiáceos están disponibles sólo mediante prescripción o son ilegales en todas las circunstancias (como la heroína). Por tanto, la dependencia de opiáceos se asocia con frecuencia a un antecedente de crímenes cometidos para obtener las drogas o el dinero para comprarlas. L

os profesionales sanitarios con dependencia de opiáceos pueden robar los fármacos a sus pacientes o sus empleadores, pueden escribir recetas para ellos mismos o pueden manipular a los médicos para que les hagan recetas.

Aunque la dependencia de opioides puede comenzar a cualquier edad, los problemas se observan la mayoría de las veces al final de la segunda década o el comienzo de la tercera. La dependencia se produce en un período de varios años, con períodos de abstinencia (ausencia completa de consumo de la droga). La recaída (vuelta al consumo de la droga después de la abstinencia) es muy frecuente. Los varones se afectan con más frecuencia que las mujeres. Los pacientes con dependencia de opiáceos tienen aumento del riesgo de presentar hepatitis B o C, infección por el VIH u otras enfermedades transmitidas por la sangre por el uso de agujas. La mortalidad en las personas dependientes de opiáceos puede ser del 2% al año. La muerte con frecuencia se produce por sobredosis, accidentes o lesiones.

**Comparación de los depresores y estimulantes del SNC de los que se abusa habitualmente**

DRUGA	EFECTOS DE SU CONSUMO	SÍNTOMAS DE SOBREDOSIS	SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA Y SU INICIO (DESPUÉS DE LA ÚLTIMA DOSIS)
<b>Depresores del SNC</b>			
Alcohol, cerveza, vino, licor	Euforia, pérdida de inhibición, ataxia, falta de coordinación, reducción de la cognición, deterioro del juicio, náuseas, tolerancia con el uso prolongado	Depresión respiratoria, confusión mental, inconsciencia, muerte	6-8 horas  Irritabilidad del SNC, ansiedad, aumento de los signos vitales (T, P, R, PA), temblor, ataxia, diaforesis, habla arrastrada, trastornos digestivos, desorientación, alucinaciones, convulsiones, muerte
Opioides  Derivados del opio naturales (morfina)  Semisintéticos (metadona, metilina, oxicodona, codeína, heroína)	Analgesia, supresión de la tos, euforia, pérdida de inhibición, falta de coordinación, apatía, deterioro del juicio, náuseas, estreñimiento, pupilas contraídas, tolerancia con el consumo prolongado	Sedación, depresión respiratoria, confusión mental, inconsciencia, muerte	12-72 horas  Ojos llorosos, irritabilidad del SNC, aumento de los signos vitales, temblor, diaforesis (similar al síndrome de abstinencia alcohólica, aunque menor probabilidad de producir la muerte)
Sedantes, hipnóticos, ansiolíticos (benzodiazepinas, barbituratos)	Sedación, relajación muscular, apatía, reducción de la cognición; los ansiolíticos producen menos sedación a dosis bajas, tolerancia con el consumo prolongado	Debilidad muscular, depresión respiratoria, confusión mental, inconsciencia, muerte; las sobredosis de ansiolíticos habitualmente sólo son mortales cuando se combinan con otros depresores del SNC	El inicio depende del tipo de sedante (de acción corta o prolongada). Irritabilidad del SNC, aumento de los signos vitales, temblor, habla arrastrada, diaforesis, convulsiones; la abstinencia de barbituratos puede ser mortal
<b>Estimulantes del SNC</b>			
Cocaína	Vasoconstricción local (uso terapéutico), acceso súbito de euforia, alegría, energía, locuacidad, deterioro del juicio, anorexia, pérdida de peso, elevación de los SV, grandiosidad, ira, agresión	Dolor torácico, habla arrastrada, confusión mental, vómitos, alucinaciones, infarto de miocardio, elevación grave de la PA y del P, shock, muerte	Depresión aguda, deseo incontrolable de tomar la droga, astenia, irritabilidad, pensamientos suicidas, pérdida de placer (anhedonia), no es potencialmente mortal
Anfetaminas y metanfetaminas	Las amfetaminas producen euforia, alegría, locuacidad, anorexia, pérdida de peso, elevación de los SV, grandiosidad; las metanfetaminas están muy relacionadas, aunque producen más habito, tienen acción más prolongada y son más tóxicas para el SNC; el consumo de metanfetamina puede producir pérdida de memoria, conducta repetitiva de forma compulsiva, como apretar los dientes o pellizcarse la piel (las lesiones cutáneas se llaman «bultos de speed»), el consumo prolongado produce problemas dentales graves	La sobredosis puede producir confusión mental y agresión, arritmias cardíacas (potencialmente mortales), alucinaciones, ideas confusionales; puede producir la muerte por colapso cardiovascular	Síntomas de abstinencia similares a los de la cocaína; la gravedad de la abstinencia depende de la magnitud del consumo de la droga

### **TRASTORNOS RELACIONADOS CON SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS**

En este grupo se incluyen los hipnóticos y la mayor parte de los ansiolíticos de venta con receta. Al igual que el alcohol y los opiáceos, estas sustancias deprimen el SNC.

#### **Sobredosis**

Es importante que los profesionales de enfermería sepan que los fármacos depresores del SNC tienen efectos aditivos cuando se toman juntos. Por tanto, cuando las personas consumen alcohol y un fármaco sedante al mismo tiempo, el efecto depresor del SNC es mayor que el que produciría cualquiera de ambas sustancias por sí sola. Aunque la cantidad del sedante puede ser una dosis habitual y la cantidad de alcohol puede ser lo que la persona bebe habitualmente, las dos sustancias juntas pueden producir una depresión respiratoria mortal. No es infrecuente que las personas mueran como consecuencia de este efecto aditivo.

Muchos de los fármacos psicotrópicos producen depresión del SNC y son peligrosos cuando se toman con alcohol debido a la depresión aditiva del SNC.

Los profesionales de enfermería deben enseñar a los pacientes a los que se recetan fármacos psicotrópicos a que eviten por completo el alcohol.

La persona con dependencia de sustancias habitualmente tiene una droga de elección, aunque utiliza otras diversas sustancias, incluyendo el alcohol. Esta combinación de abuso de varias sustancias se denomina abuso de múltiples sustancias.

### **ESTIMULANTES DEL SNC: ANFETAMINAS, METANFETAMINAS Y COCAÍNA**

La única utilidad clínica de las anfetaminas es en el tratamiento del trastorno de hiperactividad con déficit de atención.

La **cocaína** se utiliza como potente vasoconstrictor tópico en la cirugía en las membranas mucosas de la nasofaringe. La cocaína es una droga popular por que produce euforia inmediata.

El ciclo del consumo de la cocaína, que también se aplica a las otras drogas estimulantes. Actualmente hay una epidemia internacional de abuso de metanfetamina.

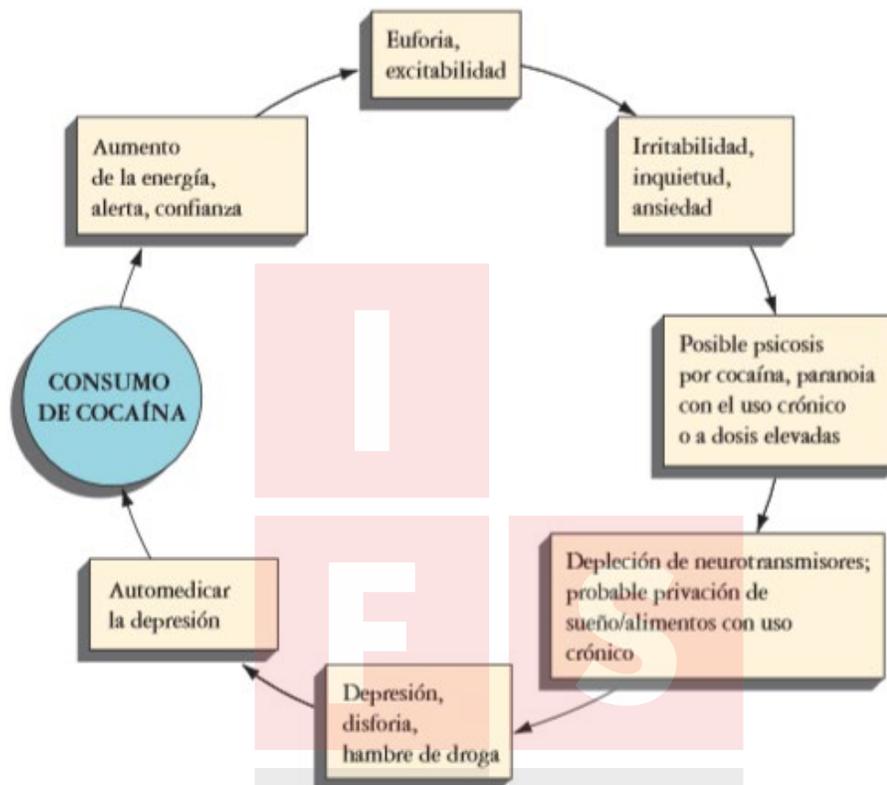
La **metanfetamina** implicada en esta epidemia es fabricada fundamentalmente en pequeños laboratorios ilegales en los que su producción pone en peligro al personal de los laboratorios, sus vecinos y el entorno. Es más potente, duradera y perjudicial para el SNC que las sustancias relacionadas anfetaminas.

Su consumo prolongado produce lesión de las terminales de las neuronas del encéfalo en los sistemas serotoninicos y dopaminicos, y se producen problemas en la memoria, la cognición y el estado de ánimo. La transmisión de patógenos transmitidos por la sangre (como el VIH y la hepatitis) se asocia al consumo de cualquier droga que se utilice por vía intravenosa. Las metanfetaminas se pueden utilizar por vía oral, intranasal, intravenosa o mediante inhalación (fumar).

Los adultos jóvenes de 18 a 25 años de edad son los que mayor probabilidad tienen de haber consumido metanfetamina en el último año. La mejor arma de los profesionales de enfermería para luchar contra la epidemia es dar a los pacientes el conocimiento que necesitan para tener la capacidad de resistir al consumo de metanfetamina.

#### **Síndrome de abstinencia**

De la misma forma que el encéfalo eleva su estimulación para equilibrar el uso habitual de los depresores, también deprime su función para equilibrar el uso habitual de un estimulante. Cuando la persona dependiente de un estimulante se abstiene de las drogas estimulantes, el síndrome de abstinencia incluye depresión del SNC. La persona está letárgica y deprimida. La abstinencia de los estimulantes es incómoda pero no es potencialmente mortal y puede durar varios días.



Ciclo del consumo de cocaína. Fuente: Reproducido con autorización de Mim Landry, Danya International, Silver Spring, Maryland.

## ALUCINÓGENOS

Los alucinógenos distorsionan la percepción de la realidad del consumidor. Los alucinógenos más habituales son LSD (dietilamida del ácido lisérgico), mescalina y PCP (fenciclidina). Los efectos sobre el SNC son impredecibles y pueden depender de las expectativas del consumidor. Algunas personas tienen experiencias psicóticas aterradoras. Cuando pacientes con enfermedades mentales toman alucinógenos, el resultado es menos predecible. La combinación de esquizofrenia y drogas alucinógenas puede producir alucinaciones que son prolongadas y aterradoras.

Los alucinógenos no producen síndrome de abstinencia. Sin embargo, se pueden producir escenas retrospectivas durante varios meses después de haber consumido la última dosis. Durante las escenas retrospectivas el individuo tiene síntomas similares a los que se asociaron al consumo de la droga. Las drogas sintéticas o «de diseño» son cada vez más populares.

El éxtasis, deriva de la anfetamina y la metanfetamina, por lo que actúa como estimulante y como alucinógeno.

## INHALANTES

Habitualmente se abusa de dos tipos de inhalantes: hidrocarburos y nitritos. Los hidrocarburos (disolventes, cola y aerosoles) producen euforia, pérdida de las inhibiciones, alteración de la sensibilidad y alucinaciones. Los hidrocarburos pueden producir depresión cardíaca, lesión renal, depresión respiratoria y muerte por arritmias cardíacas, aspiración de vómitos o accidentes durante la intoxicación.

Como estos inhalantes están disponibles fácilmente en tiendas (en forma de pintura en aerosol, algunas colas e incluso gasolina), son la droga de elección para muchos jóvenes que tienen dificultades para comprar alcohol.

La segunda fuente de abuso de inhalantes es el grupo de los nitritos. Se incluye el nitrito de amilo, el nitrito de butilo y el óxido nitroso. Los nitritos se utilizan para prolongar la erección peniana y mejorar las relaciones sexuales. Pueden producir euforia y alteraciones de la percepción. Algunas personas experimentan angustia, náuseas, confusión, cefalea e hipotensión por su consumo.

### **CANNABIS**

Se piensa que el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) es la sustancia química responsable de los efectos psicoactivos de la marihuana y el hachís.

Los efectos del cannabis incluyen euforia, sensación de serenidad y cambios perceptuales de la visión, el oído, el gusto, el tacto o el olfato.

El cannabis es la sustancia ilegal más utilizada en el mundo. Se ha utilizado terapéuticamente para tratar la anorexia, las náuseas y los vómitos asociados al sida y el cáncer.

### **CAFÉINA Y NICOTINA**

Puede ser sorprendente encontrar la cafeína y la nicotina enumeradas como sustancias de abuso.

Las dos sustancias producen tolerancia y abstinencia.

La cafeína, que es la droga estimulante más utilizada, es principalmente una sustancia que mejora el rendimiento. Prolonga el tiempo que puede seguir trabajando el consumidor (lo que hace que sea popular en los profesionales de enfermería), mejora la alerta mental y eleva el estado de ánimo. Sin embargo, también aumenta la ansiedad y puede producir insomnio, irritabilidad, diuresis, temblor y taquicardia.

La cantidad y la frecuencia del consumo de cafeína determinan sus efectos y si se produce o no tolerancia y síndrome de abstinencia. Los síntomas de abstinencia incluyen cefalea, astenia, irritabilidad y nerviosismo. El bebedor de café adulto medio consume 360-450 mg de cafeína al día. Se considera que es excesiva una ingesta de más de 600 mg de cafeína al día.

La dependencia de la nicotina es la dependencia de sustancias más frecuente en EE. UU. Los síntomas de su consumo incluyen aumento del rendimiento, disminución del apetito, reducción de la ansiedad y aumento de la alerta inicialmente, seguido por relajación. El tabaquismo es especialmente frecuente en personas que consumen alcohol y otras sustancias.

Las consecuencias del tabaquismo también se deben a otras sustancias del tabaco. El cáncer de pulmón, cavidad oral, esófago, páncreas y próstata está aumentado significativamente en fumadores. El riesgo de enfermedad cardiovascular (accidente cerebrovascular, infarto del miocardio y arteriopatía periférica) también aumenta por el tabaco. Son preocupantes los accidentes relacionados con el fuego (fumar en la cama o mientras se bebe alcohol puede ser mortal). Los síntomas de abstinencia incluyen irritabilidad, intranquilidad, somnolencia, ansiedad, deseo intenso de consumir la droga y aumento transitorio del apetito. Los pacientes que consumen drogas o alcohol con frecuencia tienen riesgo de síndrome de abstinencia. Los que han consumido drogas o alcohol recientemente tienen riesgo de los efectos aditivos cuando se les prescriben fármacos.

Los pacientes hospitalizados con frecuencia experimentan abstinencia de cafeína o de nicotina. Los profesionales de enfermería pueden encontrar que la cefalea que tienen los pacientes después de una operación responde mejor a una taza de café que a los fármacos. Algunos pacientes pueden plantearse marcharse del hospital en contra del consejo médico para poder fumar. Estas situaciones precisan las habilidades de resolución de problemas del profesional de enfermería.

### Alucinógenos, Inhalantes, cannabis, cafeína y nicotina

DRUGA	EFFECTOS DE SU CONSUMO	SINTOMAS DE SOBREDOSIS	SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA
<b>Alucinógenos</b>			
LSD, DMT, mescalina, MDMA (éxtasis)	Alucinaciones y distorsión de las percepciones, distorsiones del tiempo y el espacio, ilusiones, labilidad emocional, temblor, náuseas y vómitos	Angustia (puede ser reacción a la droga, no sobredosis), convulsiones (infrecuentes)	No hay abstinencia, puede tener escenas retrospectivas durante varios meses después de la última dosis
Fenciclidina (PCP)	Percepciones extrañas, desorientación, alucinaciones, agitación, grandiosidad, retraído o agitado o ambos, paranoide, pupilas dilatadas, piel seca y roja	Convulsiones, coma, muerte	No hay abstinencia
<b>Inhalantes y cannabis</b>			
Inhalantes Hidrocarburos: cola, gasolina, aerosoles, disolventes	Hidrocarburos: euforia, deterioro del juicio, nistagmo, ataxia, habla arrastrada, cambios de la percepción, sensación de invulnerabilidad	Hidrocarburos: estupor, coma, depresión cardíaca y arritmias, parada respiratoria, complicaciones renales	Similar al alcohol
Nitritos: nitrito de amilo, óxido nitroso	Nitritos: retrasa la eyaculación o potencia las relaciones sexuales	Nitritos: angustia, hipotensión Ambos: lesión cerebral	
Cannabis Marihuana Hachís	Euforia leve, placer, confianza, grandiosidad, relajación, ojos rojos, sequedad de boca, aumento del apetito	Ninguno	No hay síndrome de abstinencia físico; puede haber deseo compulsivo de consumir la droga
<b>Cafeína y nicotina</b>			
Cafeína	Aumento de la alerta, aumento del pulso, ansiedad, insomnio	Nerviosismo (temblor)	Cefalea, astenia, irritabilidad
Nicotina	Placer, alerta, aumento de la PA y el pulso, disminución del flujo sanguíneo en el músculo cardíaco	Ninguno	Ansiedad, estado de ánimo deprimido, ira, deseo compulsivo de consumir la droga, aumento del apetito

### Tratamiento de desintoxicación

#### Asistencia integral

En la fase aguda de la abstinencia alcohólica el tratamiento médico se centra en la seguridad fisiológica. Las prioridades son el tratamiento de los síntomas, la prevención de las convulsiones, la estabilización de los signos vitales y la minimización de los efectos de la estimulación del SNC.

En la fase de rehabilitación el tratamiento es de apoyo. Profesionales de enfermería, médicos, terapeutas, trabajadores sociales y otros profesionales colaboran en el equipo sanitario. Una persona que es dependiente de la heroína o del alcohol será tolerante también a otros depresores del SNC. Este fenómeno de tolerancia a varias drogas de la misma clasificación se denomina tolerancia cruzada. El anestesiólogo

puede encontrar que el paciente necesita más dosis de anestésico de lo habitual para conseguir que se duerma. Los médicos y los profesionales de enfermería pueden descubrir que el paciente necesita una dosis de analgésicos mayor de lo habitual para aliviar el dolor.

Hay varias teorías sobre las causas y el mejor tratamiento de la dependencia química. Básicamente se considera que la dependencia de sustancias es una enfermedad médica crónica y progresiva que se caracteriza por remisiones y recurrencias y finalmente es mortal si no se trata. Su etiología es una combinación de influencias genéticas y culturales (naturaleza y crianza).

Los pacientes con dependencia de sustancias han aprendido a utilizar sustancias para afrontar sus problemas. Deben tener nuevas habilidades para incluir la función que tienen las sustancias en sus vidas. Una promesa de abstinencia sola no es una solución a largo plazo.

Los objetivos últimos del tratamiento de la dependencia de sustancias son:

1. Abstenerse del consumo de sustancias.
2. Desarrollar mecanismos eficaces de afrontamiento para sustituir a las sustancias como forma de resolver los problemas.

### **FASE AGUDA DEL TRATAMIENTO**

El tratamiento de la dependencia de sustancias tiene dos fases principales: aguda y rehabilitación. En la fase aguda el paciente puede estar en un hospital, un centro de desintoxicación, un centro para el tratamiento de drogadicciones u otro entorno intrahospitalario o ambulatorio. El paciente con frecuencia empieza el tratamiento mientras está intoxicado. La desintoxicación, o retirada de la sustancia del cuerpo, comienza en la fase aguda. El síndrome de abstinencia también se produce de forma aguda. Con frecuencia son necesarios apoyos médicos y de enfermería durante la abstinencia.

En la fase aguda del tratamiento se utilizan fármacos para ofrecer una abstinencia segura de los fármacos depresores del SNC y del alcohol. La abstinencia alcohólica habitualmente se trata con un ansiolítico benzodiazepínico. Este fármaco se administra en una dosis decreciente a lo largo de varios días para tratar los síntomas de abstinencia del SNC. Los pacientes que abusan del alcohol reciben vitamina B1 (tiamina) para prevenir la encefalopatía alcohólica (síndrome de Wernicke-Korsakoff). Existe la suposición peligrosa de que permitir que los pacientes tengan una abstinencia atroz «les enseñará una lección» sobre por qué deben dejar de beber alcohol o de utilizar drogas. De hecho, la abstinencia hace que una persona tenga un deseo irreprimible de la droga y esté preocupada por la sustancia. No hay justificación ética para permitir que los pacientes sufran innecesariamente. La abstinencia del alcohol y de los barbituratos puede ser potencialmente mortal.

### **FASE DE RECUPERACIÓN**

La fase de recuperación/rehabilitación es la segunda fase del tratamiento de la dependencia de sustancias. Comienza cuando los pacientes se han destoxificado y se abstienen del consumo de sustancias. La recuperación continúa indefinidamente.

### **Psicofarmacología**

Los fármacos utilizados en la fase de recuperación tienen la finalidad de prevenir las recaídas. Se puede prescribir disulfiram para disuadir a los pacientes de que beban alcohol. Produce una reacción incómoda e intensa cuando el paciente bebe (enrojecimiento, cefalea pulsátil, náuseas y vómito). Se utiliza la metadona, un opiáceo sintético, como sustituto de la heroína. Se prescribe una dosis oral regular, que habitualmente se dispensa en una consulta de metadona. Los pacientes que toman metadona se hacen dependientes físicamente de la misma (y tendrán síntomas de abstinencia si se interrumpe).

El objetivo es prevenir los riesgos del consumo de drogas por vía intravenosa y las peligrosas conductas asociadas a obtener la heroína (prostitución, robos, asaltos, etc.). La metadona ha salvado las vidas de

muchos antiguos consumidores de heroína. Muchos pacientes tratados con metadona llevan vidas productivas. La naltrexona es un antagonista opioide que se utiliza para tratar la sobredosis de opiáceos. Bloquea los efectos de cualquier opioide que haya utilizado el paciente. Se ha encontrado que reduce los deseos compulsivos de consumir alcohol en pacientes abstinentes. La clonidina es un fármaco antihipertensivo que a veces se da a los pacientes con dependencia de opiáceos para prevenir algunos de los síntomas de la abstinencia. Los profesionales de enfermería deben tomar la presión arterial del paciente antes de cada dosis y suspender el fármaco (y notificarlo al médico) si el paciente está hipotenso.

### **Terapia cognitiva-conductual**

Otros abordajes terapéuticos incluyen la terapia cognitivaconductual, en la que se ayuda al paciente a alterar el pensamiento y las conductas asociados a la adicción. También se utiliza terapia familiar, en la que se aconseja a toda la familia que vea la combinación de conductas familiares poco saludables que contribuyen a la adicción identificada del paciente. Las tareas de la rehabilitación/recuperación son:

- Mantener la sobriedad (abstinencia)
- Desarrollar nuevas habilidades de afrontamiento.
- Elaborar un plan para la prevención de las recurrencias
- Vivir la vida con todas sus responsabilidades, alegrías y frustraciones

La recurrencia es frecuente. La mejor respuesta a la recurrencia es que la persona aprenda de la experiencia y comience de nuevo la recuperación.

### **Grupos de apoyo**

Muchos pacientes con abuso y dependencia de sustancias responden bien al tratamiento. El programa terapéutico más popular es Alcohólicos Anónimos (AA). Es un programa de autoayuda para alcohólicos que se basa en los 12 pasos, de donde recibe el nombre de «Programa de los 12 pasos». La propia organización AA es sólo para alcohólicos. Otros programas de 12 pasos se basan en sus principios. En todos estos grupos anónimos, personas con problemas similares comparten experiencias, fuerza y esperanza. Los grupos ofrecen la sensación de comunidad y de apoyo incondicional. Hay miles de grupos de AA. Derive a los pacientes a su listín telefónico local o a información telefónica para encontrar Alcohólicos Anónimos. Hay reuniones de AA para grupos de interés especial, como pacientes con diagnóstico dual, no fumadores, mujeres, lesbianas o personas que quieren centrarse en los aspectos religiosos de la recuperación. Otros programas de 12 pasos incluyen Comedores Compulsivos Anónimos, Narcóticos Anónimos y Cocainómanos Anónimos. Al-anon es un grupo para los familiares, especialmente cónyuges, de los alcohólicos. Ala-teen es un grupo similar para hijos adolescentes de alcohólicos. La dependencia de sustancias es claramente una enfermedad familiar; estos grupos han ayudado a muchos familiares.

### **Diagnóstico dual**

El término diagnóstico dual se refiere a los pacientes que tienen tanto un trastorno por consumo de sustancias como una enfermedad mental grave. Hasta el 51% de los pacientes con enfermedades mentales graves también tiene trastornos por consumo de sustancias. Estas personas tienen dos enfermedades crónicas distintas, y tienen mayor deterioro funcional que la población general de personas con independencia de sustancias. Se debe tratar de forma conjunta el trastorno mental y el trastorno por consumo de sustancias. Muchos pacientes automedican sus síntomas psiquiátricos con alcohol o drogas.

Piense en los síntomas de los principales trastornos mentales. Muchos pacientes con enfermedades mentales graves tienen impulsividad, juicio inadecuado y dificultad para prever las consecuencias de su conducta. Ahora piense en las sustancias de abuso. A corto plazo ayudan a las personas a olvidar sus problemas y hacen que se sientan mejor. Sólo posteriormente se harán realidad las consecuencias completas de pérdida de trabajo, familia, amigos, salud e incluso la vida. Para una persona que vive el momento, el

abuso de sustancias puede parecer lógico. Puede parecer que es una forma eficaz de resolver los problemas. Para las personas que no pueden planificar más allá del día actual, la resolución de problemas tiene un significado diferente. Debido al riesgo elevado de abuso y dependencia de sustancias en pacientes con enfermedades mentales, los profesionales de enfermería deben incluir una valoración del antecedente de consumo de sustancias en todos los pacientes psiquiátricos.

El abuso y la dependencia de sustancias se deben tratar junto al trastorno mental del paciente, en lugar de intentar tratar uno después de haber resuelto el otro. Los trastornos mentales y la dependencia de sustancias se afectan mutuamente.

El abuso y la dependencia de sustancias complican el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales. Los diagnósticos psiquiátricos idealmente se basan en los síntomas del paciente a lo largo del tiempo, aunque el tratamiento agudo puede ser confuso cuando el paciente está bajo la influencia de sustancias. Un consumo excesivo de alcohol puede producir empeoramiento de la esquizofrenia, la depresión o el trastorno bipolar.

Las drogas y el alcohol complican el diagnóstico de los trastornos mentales. Los trastornos mentales pueden complicar también el diagnóstico y el tratamiento del abuso de sustancias. Los pacientes con diagnósticos duales se pueden beneficiar del tratamiento de la dependencia de sustancias que se organiza especialmente para ellos.

Los pacientes con trastornos del pensamiento pueden no encajar socialmente con otros miembros de los grupos de terapia o pueden tener problemas diferentes. Por ejemplo, la esquizofrenia dificulta que los pacientes tomen la iniciativa. Los pacientes con esquizofrenia pueden tener más problema para rechazar las ofertas de alcohol o de drogas que una persona media. Se han organizado grupos especiales de AA para pacientes con diagnóstico dual para satisfacer las necesidades de pacientes con diagnóstico dual.

### **Dependencia de sustancias en profesionales de enfermería**

Puede parecer poco probable que los profesionales de enfermería tengan problemas con el consumo de sustancias porque deberían conocerlo mejor. Sin embargo, muchos profesionales de enfermería consumen sustancias. Algunos motivos por los que esta profesión tiene un riesgo especialmente elevado de trastornos por consumo de sustancias se enumeran a continuación:

- Los profesionales de enfermería ven los fármacos como solución a los problemas.
- Los profesionales de enfermería tienen acceso a fármacos en el trabajo y a los médicos que los prescriben.
- Los profesionales de enfermería con frecuencia piensan que deberían trabajar aun cuando estén cansados o enfermos, así que pueden utilizar drogas para mejorar su capacidad de seguir trabajando.
- Los profesionales de enfermería experimentan presión, dolor emocional, ira y frustración, que son síntomas que responden a las drogas a corto plazo.
- Los profesionales de enfermería piensan que si tienen conocimiento sobre las drogas y el abuso de drogas, ellos no llegarán a tener adicción.

Cuando los profesionales de enfermería conocen la dependencia de sustancias, pueden reconocerla más pronto en sus compañeros y en ellos mismos. Los signos de deterioro del ejercicio de la enfermería (ejercicio de la enfermería bajo la influencia de tóxicos) incluyen cambios de la conducta del profesional de enfermería (cambios del estado de ánimo, irritabilidad, pérdida de memoria, aislamiento de los compañeros, conducta inadecuada). Se puede ver afectado el rendimiento laboral (múltiples errores de medicación, incumplimiento de plazos, historias clínicas descuidadas, falta de atención al detalle, absentismo, juicio inadecuado, participación como voluntario para administrar narcóticos a los pacientes de otros profesionales de

enfermería, dispendio excesivo de narcóticos, quejas de los pacientes de que los analgésicos no son eficaces, falsificación de los envases de fármacos, ir al baño después de la administración de narcóticos).

El hecho de que el consumo de drogas produce errores en la práctica es irónico, porque al contrario que otras personas que abusan de drogas los profesionales de enfermería con frecuencia empiezan a tomar drogas para seguir trabajando cuando están cansados. El profesional de enfermería también puede tener signos de consumo o síndrome de abstinencia de drogas (alcohol en el aliento, uso intenso de pastillas de menta para el aliento y perfume, ojos rojos, ataxia, inquietud, ansiedad, habla arrastrada, hiperactividad, temblor, secreción nasal, problemas familiares que interfieren con el trabajo).

La dependencia de sustancias es una enfermedad fisiológica crónica que precisa tratamiento. Se debe diagnosticar y tratar a los profesionales de enfermería afectados antes de que lesionen a los pacientes o a sí mismos. Si sospecha que un compañero tiene deterioro, notifíquelo a un director o un supervisor del hospital. Es poco probable que el profesional de enfermería pueda manejar el problema por sí solo. El comité estatal de enfermería probablemente tenga un programa de monitorización o tratamiento de los profesionales de enfermería que pueda ayudar a los profesionales de enfermería afectados a recuperarse y volver a la profesión.

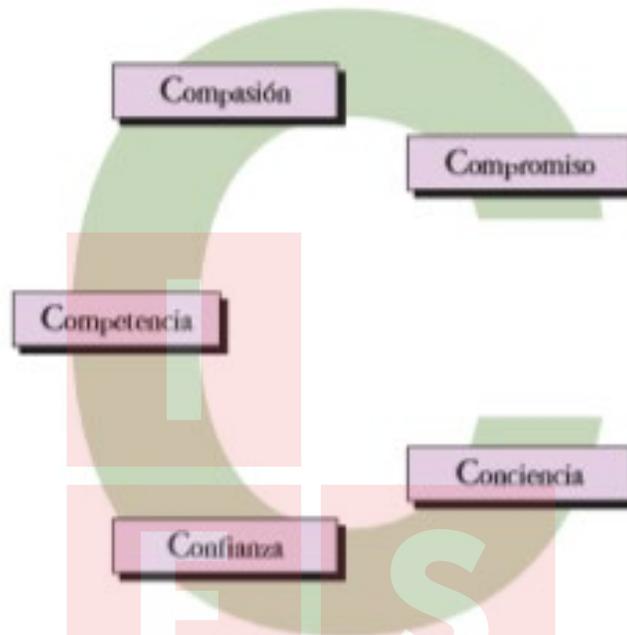
En la situación aguda, su deber como profesional de enfermería es proteger a sus pacientes de un profesional de enfermería cuya actuación está deteriorada.

La intervención para alcanzar cada uno de estos resultados es la misma: dígaselo a un supervisor (no sólo al profesional de enfermería a cargo de la unidad de ese día), para que los pacientes estén seguros y se pueda tratar al profesional de enfermería. Un profesional de enfermería que está tan avanzado en la dependencia de sustancias que está bajo la influencia de sustancias del trabajo no podrá dejar de utilizarlas simplemente porque usted le diga que debe hacerlo. Necesita tratamiento. Este no es momento de practicar la negación.

## **UNIDAD VI**

La atención es la preocupación por el bienestar de otro. Es un fenómeno humano universal que existe en todas las culturas. Cada cultura define qué es la conducta de atención y el significado que se asocia a la atención (Leininger, 1985).

Los atributos de la atención de enfermería incluyen el compromiso, que es la promesa personal de seguir una acción determinada, como la opción de ser un profesional de enfermería capacitado o de prestar la asistencia necesaria para satisfacer las necesidades de cada paciente. La compasión supone compartir el estado emocional del otro. Incluye empatía (intentar entender cómo se siente el otro) y aceptación de los demás tal y como son (no necesariamente como quisiéramos que fueran). La competencia es el dominio del conocimiento de los principios subyacentes a la práctica de la enfermería profesional y la aplicación de este conocimiento a la resolución de problemas y la toma de decisiones. Incluye la capacidad de aplicar el proceso de enfermería. La confianza (creencia en uno mismo) fomenta una relación de confiabilidad mutua. El profesional de enfermería debe tener confianza en sí mismo para fomentar la confianza de los pacientes. Cuando los pacientes confían en que el profesional de enfermería tiene la capacidad de ayudarles con sus problemas, tienen confianza en el profesional de enfermería. Finalmente, la conciencia es tener una convicción o creencia ética sobre lo que está bien y lo que está mal de acuerdo con la ética de la profesión de la enfermería.



La atención es un valor importante en la profesión de la enfermería. Los criterios de calidad en enfermería precisan que los profesionales de enfermería traten a los pacientes con respeto, aceptación, competencia, compasión, compromiso, honradez, justicia, apoyo y defensa. Todos estos componentes forman la atención. Si usted no es capaz de ser atento, no debería ser un profesional de enfermería.

### **PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOMETIDOS A ESTRÉS**

La enfermería tiene una historia prolongada. Nos han precedido profesionales de enfermería fuertes y visionarios en nuestra búsqueda de la asistencia de las personas. Aunque la idea de que los profesionales de enfermería atienden a otras personas ha estado presente durante mucho tiempo, el concepto de que los profesionales de enfermería se cuiden a sí mismos es bastante nuevo. El trabajo como profesional de enfermería siempre ha sido difícil. Algunos de los retos/estresantes para los profesionales de enfermería incluyen los siguientes:

- El trabajo. La enfermería es un trabajo duro. Los enfermeros desempeñan su trabajo en un entorno influenciado por un gran número de estímulos estresantes, trabajan en turnos de 8 a 12 horas, de forma continua (sin mencionar los turnos dobles cuando hacen horas extraordinarias). El hospital está abierto y dotado de profesionales de enfermería 24 horas al día, 7 días a la semana. Damos cambios posturales, levantamos y ayudamos a deambular a las personas que lo necesitan. A medida que cambia el sistema sanitario, se espera que los profesionales de enfermería asuman la responsabilidad de más pacientes con enfermedades más graves y que deleguen algunas partes de su asistencia en otros profesionales. También utilizamos un equipo cada vez más complejo para atenderles. El trabajo es estimulante y gratificante, aunque también puede ser agotador.
- La profesión. Como profesionales sanitarios, esperamos de nosotros mismos no sólo que «estemos ahí» para nuestros pacientes, sino también que hagamos un trabajo excelente en la asistencia de los mismos. Nuestra función como profesionales de enfermería incluye asistencia, aplicación del proceso de enfermería, docencia, participación en el entorno terapéutico, colaboración con otros profesionales, fomento de actividades de prevención, humanización de la asistencia de los pacientes

y defensa de los pacientes. Mientras tanto, nuestro empleador y nuestros compañeros nos están evaluando. Podrían decir: «realmente es un buen profesional de enfermería», o en un mal día podrían decir otra cosa. Sus opiniones nos importan. Las personas.\_\_\_\_\_Q

Los profesionales de enfermería aman a las personas, por supuesto. Por eso se dedicaron a la enfermería. Pero las personas pueden ser difíciles. Los médicos y sus colaboradores pueden ser exigentes, impacientes, críticos y frustrantes. Las personas enfermas pueden ser todo esto también, igual que sus familias. A veces los familiares se sienten impotentes en su intento de ayudar a los pacientes. Se pueden volver exigentes y críticos en relación con los profesionales de enfermería en un intento de ejercer cierto control sobre la situación (Lopez, 2007). Aun cuando los profesionales de enfermería sepan esto, no es fácil soportar las quejas y exigencias cuando trabajamos tanto para hacerlo lo mejor que podemos. Sabemos que vemos a los pacientes en la peor situación para ellos, cuando tienen dolor, ansiedad o miedo. Intentamos hacerles las cosas más sencillas, pero no siempre reconocen las contribuciones de los enfermeros. Los profesionales de enfermería intentan agradar a los pacientes, sus familias, sus compañeros y sus supervisores. No es fácil (ni posible) tener contento a todo el mundo en todo momento.

- Los sentimientos. La enfermería es una profesión que conlleva una gran carga emocional. Vemos morir a personas que deberían estar vivas, y vemos a personas cuya propia vida les parece una carga. Los enfermeros trabajan con personas que están en las profundidades del sufrimiento y del dolor. Los pacientes nos ven, y nos vemos a nosotros mismos, como los que llegan para hacer que una situación difícil o dolorosa sea más fácil o más cómoda. Los profesionales de enfermería alivian el sufrimiento humano, salvan vidas, reciben niños cuando llegan al mundo, y ayudan a los moribundos en ese trance. Los profesionales de enfermería realmente establecen una diferencia para las personas. ¡Qué gran trabajo! ¡Qué gran responsabilidad!

Es evidente que la enfermería es un trabajo poderoso y satisfactorio. No hay ningún trabajo igual. De la misma forma que la enfermería es una fuerza influyente para ayudar a las personas, también es un increíble reto para los propios profesionales de enfermería. Los profesionales de enfermería dan y dan de sí mismos; puede ser difícil reponer las pérdidas.

### **LÍMITES PERSONALES**

El hecho de que los enfermeros atienden a personas no es nuevo. Sin embargo, sí es nuevo que es posible «atender demasiado». En su libro *I'm Dying to Take Care of You* (Me muero por atenderlo) (¡qué gran título!), Snow y Williard (1989) afirman que los profesionales de enfermería con frecuencia ponen las necesidades de los demás por delante de sus propias necesidades.

Los profesionales de enfermería pueden permitirse ser definidos en función de los demás. Los profesionales de enfermería pueden necesitar las opiniones de los demás para validar sus buenas intenciones. También podemos responder con demasiada sensibilidad al estrés que crean los que nos rodean (pacientes, personal y nuestras propias familias). Podemos perder nuestros límites personales, los límites saludables que establecen las personas en relación con lo que es adecuado para ellas. Sin unos límites saludables los profesionales de enfermería hacen por otras personas lo que deberían hacer por ellos mismos. Un ejemplo es la enfermera que llama con la excusa de que su marido está enfermo cuando realmente está bebido. Otro es el profesional de enfermería que hace varios turnos dobles seguidos porque el hospital se lo pide, aunque está agotado.

Decir «no» a solicitudes poco razonables de otras personas precisa el establecimiento de límites. Otro motivo por el que los profesionales de enfermería precisan límites personales saludables es para el mantenimiento de las relaciones profesionales.

Las posibles áreas de transgresión de los límites con los pacientes son las siguientes:

1. Contacto físico
2. Entrega de regalos
3. Autorrevelación

El contacto físico puede tener muchos significados, y el más importante es lo que piensa el paciente que significa el contacto físico. Un abrazo inocente por una enfermera que siente compasión por un paciente le puede sugerir al paciente que la enfermera le ama. Cuando los profesionales de enfermería aceptan regalos pueden estar comunicando de forma involuntaria que se les deben pagar sus servicios. La mayoría de los empleadores tiene una política que prohíbe que las personas acepten regalos de los pacientes (p. ej., se puede aceptar una caja de bombones para toda la unidad como agradecimiento de un paciente o de su familia). Una autorrevelación excesiva por parte del profesional de enfermería desplaza el objetivo de la relación profesional de enfermería-paciente del paciente, al que pertenece, al profesional de enfermería, que está traspasando los límites personales contando cosas privadas a los pacientes. El mantenimiento de unos límites personales saludables es algo que precisa práctica. Puede ayudarle hablar con sus iguales o con su supervisor cuando tenga dudas sobre la conducta correcta en una situación determinada.

### **CODEPENDENCIA**

La codependencia es dejar que la conducta de otra persona le afecte a usted y obsesionarse con el control de la conducta de esa persona. Una persona codependiente hace posible que los demás eviten las consecuencias de sus propias conductas maladaptativas, lo que favorece que continúe esa conducta. ¿Quiénes son codependientes? Son personas que establecen relaciones con personas que tienen problemas de abuso de sustancias; son personas que aman, se preocupan o trabajan con personas con problemas. Muchos profesionales de enfermería son codependientes.

Puede tener problemas con la codependencia:

- Si la preocupación se ha convertido en obsesión
- Si la compasión se ha convertido en cuidar a los demás de forma no saludable
- Si usted cuida a otras personas y no a usted mismo

La actuación de forma codependiente significa ayudar a las personas a evitar las consecuencias de sus propias acciones.

Los codependientes asumen las responsabilidades de otras personas o permiten que las personas eviten la responsabilidad de su propia conducta. En el ejemplo clásico de codependencia, una persona empeora la dependencia de sustancias de su pareja presentando excusas, ocultando los problemas, intentando controlar a su pareja y permitiendo que continúe el hábito. También hay codependencia en el lugar de trabajo. Los profesionales de enfermería pueden ignorar la conducta errática que indica que un compañero tiene problemas. Podemos permitir que los médicos o los supervisores nos hablen sin respeto sin señalar su conducta inadecuada y sin animarles a que cambien.

### Características de la codependencia

Las personas codependientes pueden:

- sentirse responsables de los sentimientos, las reacciones, el bienestar y el destino de otras personas.
- sentir piedad, ansiedad y culpa cuando otras personas tienen un problema.
- sentirse obligadas a ayudar a otras personas a resolver sus problemas dando consejos no deseados, muchas sugerencias o «arreglando sus sentimientos».
- decir «sí» cuando quieren decir «no», hacer lo que no quieren hacer, hacer más que su cuota justa de trabajo, y hacer por otras personas cosas que pueden hacer ellas mismas.
- no saber lo que quieren o necesitan, ni cuáles son sus sentimientos.
- intentar agradar a los demás en lugar de a sí mismas.
- sentirse más seguras cuando dan y sentirse inseguras y culpables cuando otros les dan, rechazando los cumplidos y las alabanzas.
- encontrarse atraídos por personas con necesidades emocionales, y que las personas necesitadas se sientan atraídas por ellas.
- sentirse aburridas o inútiles si no tienen una crisis o un problema que resolver.
- sentirse estresadas, presionadas y demasiado implicadas.
- sentirse enfadadas, victimizadas y utilizadas y culpar a los demás por su difícil posición y sus sentimientos.
- proceder de familias problemáticas o disfuncionales.
- pensar que no son suficientemente buenas y esperar ser perfectas ellas mismas.
- temer al rechazo, especialmente si manifiestan ira.

- tener dificultad en la toma de decisiones.
- tener sentimientos artificiales de autoestima por ayudar a los demás.
- querer gustarles a otras personas y que otras personas les quieran, y poner los medios para ser necesitadas.
- centrar toda su energía en otras personas y en sus problemas.
- preguntarse por qué nunca consiguen que se hagan las cosas.
- sentirse controladas por los acontecimientos y las personas, especialmente la ira de otras personas.
- ignorar los problemas o fingir que no están sucediendo.
- comer en exceso, o llorar mucho, deprimirse, sentirse enfermas, actuar con hostilidad o tener accesos de ira.
- creer mentiras.
- no amarse ni sentirse contentas consigo mismas.
- mentir para proteger y encubrir a las personas a las que aman.
- tener dificultad para hacer valer sus derechos y expresar sus sentimientos con honradez y franqueza.
- dejar que los demás les hagan daño.
- no confiar en sí mismas ni en las demás.
- tener dificultad para divertirse.
- no solicitar ayuda porque se dicen a ellas mismas que el problema no es suficientemente grave o que ellas no son suficientemente importantes.

Estas características codependientes contribuyen a problemas de dependencia, autoestima baja, prestación de cuidados poco saludable, carácter obsesivo, límites personales débiles, comunicación inadecuada, ausencia de confianza, ira y problemas con la intimidad, incluyendo el sexo.

¿Cuántas de estas características tiene usted?

Fuente: Adaptado de *Codependent No More. How to Stop Controlling Others and Start Controlling Yourself* by M. Beattie, 1992, New York: MJF Books. Adaptado con autorización.

Cuando un profesional de enfermería dice a un paciente con hipertensión: «No lo hace usted tan mal. Muchas personas no toman las medicinas. No entiendo por qué está tan molesto del médico», se ha perdido una oportunidad. Culpar al médico, de la misma forma que el paciente culpa a su esposa por cocinar alimentos ricos en grasa y por dejar el salero en la mesa, desvía del paciente la responsabilidad de su propia salud. Pierde la oportunidad de aprender a resolver el problema de forma adaptativa. El cuadro superior pone de relieve las características de la codependencia. Cuando una persona interactúa con un codependiente, esta persona puede evitar las consecuencias naturales de su propia conducta.

La conducta que se refuerza de forma positiva continúa. Cuando los profesionales de enfermería permiten que las personas que forman parte de sus vidas eviten las consecuencias naturales de su conducta, no hay oportunidad para que las personas cambien. Algunas personas dejan de beber cuando sus hijos se sienten defraudados con ellos y pierden el trabajo. Otras dejan de maltratar verbalmente a los demás cuando no se tolera su conducta. Algunos pacientes comienzan a tener una conducta saludable cuando el profesional de enfermería utiliza un abordaje maduro de resolución de problemas, haciendo que el paciente asuma la responsabilidad de sus propias acciones. Ninguna de estas personas recibiría la retroalimentación necesaria para facilitar el cambio si un codependiente le protegiera de la situación maladaptativa.

### Cómo vencer la codependencia

AFIRMACIÓN CODEPENDIENTE	AFIRMACIÓN SALUDABLE
«Vale, lo haré. Sé que necesitas alguien que doble el turno. Esta es la tercera vez que doblo el turno esta semana.»	«No, intenta buscar a otra persona que doble el turno esta vez. Estoy realmente cansado.»
«Sí, cariño. Llamaré a tu jefe y le diré que estás enfermo. Sé que no quieres tener problemas en el trabajo.»	«No, cariño. Debes hablar por ti mismo.»
«Está bien, Sr. Smith, ya sé que intenta tomar las medicinas, seguir la dieta para la diabetes y acudir a las consultas, pero es difícil hacer todo eso. Probablemente a mí también se me olvidaría todo.»	«Sr. Smith, su diabetes está descontrolada. Vamos a trabajar juntos para elaborar un plan que pueda cumplir.»

El primer paso hacia la comunicación y el pensamiento saludables es reconocer dónde está el control. ¿La conducta de quién puede controlar usted? ¿La de su hijo? ¿La de su pareja? ¿La de su paciente? La respuesta es ninguna de ellas. Cada uno de nosotros tiene control real únicamente de nuestra propia conducta.

### ORGANIZACIONES ENFERMAS

Incluso las organizaciones sanitarias que emplean a los profesionales de enfermería a veces fomentan una distorsión de las intenciones asistenciales de sus profesionales de enfermería empleados. Los hospitales, los centros de cuidados crónicos, las organizaciones de asistencia gestionada y algunas agencias sanitarias pueden tener naturaleza adictiva. Las organizaciones enfermas infravaloran al cuidador e insisten en las funciones económicas y administrativas. Exigen cada vez más a los profesionales de enfermería que, debido a su naturaleza, den cada vez más.

La codependencia y unos límites personales débiles sitúan a los profesionales de enfermería en una situación en la que pueden ser utilizados y se puede abusar de ellos. Los empleadores deben estar preocupados con la carga de trabajo de los profesionales de enfermería. La carga de trabajo de los profesionales de enfermería se relaciona directamente con la tasa de mortalidad de los pacientes. Un estudio de 2002 de pacientes quirúrgicos encontró que después de un cociente básico de personal de cuatro pacientes por profesional de enfermería, cada paciente adicional por profesional de enfermería aumentaba la probabilidad de mortalidad de los pacientes en un 7%. Cada paciente adicional también se asociaba a un aumento significativo del síndrome de desgaste profesional y de insatisfacción laboral en los profesionales de enfermería. Este estudio ilustró la importancia de los profesionales de enfermería para la evolución de los pacientes y el hecho de que hay un límite en el número de pacientes a los que los profesionales de enfermería pueden prestar asistencia con seguridad.

### PAE a uno mismo

### VALORACIÓN

¿Cómo sabe usted si alguien tiene síndrome de desgaste profesional? Los síntomas y signos del síndrome de desgaste profesional son los siguientes:

- Disminución de la eficiencia y la productividad
- Percepción de que nunca hay tiempo o personal suficiente para hacer bien el trabajo
- Insatisfacción
- Aumento de las enfermedades y del absentismo
- Reducción de la sensación de logro personal

La aparición del síndrome de desgaste profesional: entusiasmo por el trabajo, pérdida de entusiasmo, deterioro continuo, crisis, y finalmente devastación e imposibilidad de trabajar de forma eficaz.

### DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

El pensamiento de que hay profesionales de enfermería con síndrome de desgaste profesional es bastante deprimente. Hay muchas estrategias para prevenir el síndrome de desgaste profesional y fomentar una enfermería mentalmente saludable. El concepto de que los profesionales de enfermería se cuiden a sí mismos es relativamente nuevo, pero los profesionales de enfermería son buenos investigadores y se les da bien la resolución de problemas, por lo que abundan las buenas ideas. Como nuevo profesional de enfermería, usted puede comenzar su carrera profesional con hábitos saludables, lo que es más fácil que romper después con viejas costumbres contraproducentes. Podemos diagnosticar a los pacientes y sus familias de Cansancio en el desempeño del rol cuidador y Afrontamiento ineficaz. Si miramos con más detenimiento, a veces podríamos aplicarnos estos diagnósticos a nosotros mismos. Una vieja actitud en enfermería es que «estoy aquí para servir, y punto». Ahora debemos añadir a esto: «y se deben satisfacer mis propias necesidades para que yo pueda satisfacer las necesidades de mis pacientes». Los profesionales de enfermería deben ser sus propios defensores en el lugar de trabajo. Busque en el cuadro ideas sobre cómo cuidarse a usted mismo.

Si miramos con más detenimiento, a veces podríamos aplicarnos estos diagnósticos a nosotros mismos. Una vieja actitud en enfermería es que «estoy aquí para servir, y punto». Ahora debemos añadir a esto: «y se deben satisfacer mis propias necesidades para que yo pueda satisfacer las necesidades de mis pacientes». Los profesionales de enfermería deben ser sus propios defensores en el lugar de trabajo. Busque en el cuadro ideas sobre cómo cuidarse a usted mismo.

### Desarrolle el conocimiento de usted mismo

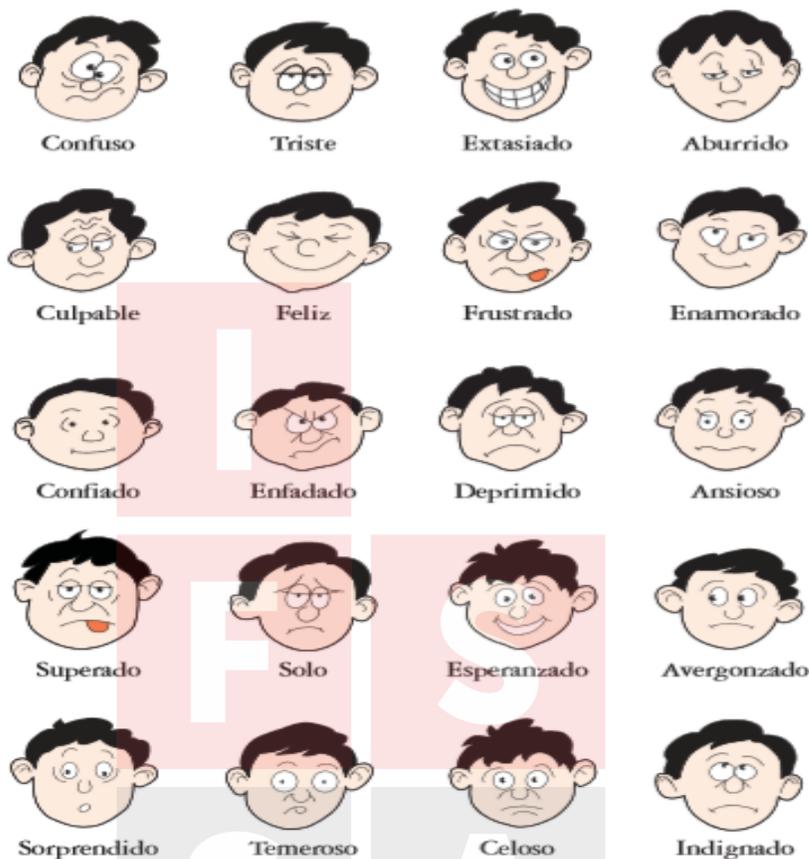
El conocimiento de uno mismo (conocido como introspección) es el mejor paso inicial en el camino hacia una enfermería saludable. Es importante que reconozca sus propios sentimientos. Muchas personas que se hacen profesionales de enfermería han pasado tanto tiempo respondiendo a los sentimientos de los demás que tienen problemas incluso para reconocer o nombrar sus propios sentimientos. Es saludable reconocer cuándo usted se siente enfadado, frustrado, triste, culpable, solo o feliz. Consulte en la figura algunas de las muchas emociones que sienten las personas. También se puede utilizar una gráfica como esta con los pacientes para ayudarles a identificar sus sentimientos. Ayuda a poner nombres a los sentimientos y también ayuda a las personas a saber que hay muchos sentimientos diferentes que no durarán para siempre.

#### CUADRO 4-2

#### LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

##### Formas de cuidar al cuidador (usted mismo)

- El **equilibrio** es una de las claves. Establezca un equilibrio entre su trabajo, su familia y sus necesidades personales.
- Esté lo más **sano** que pueda. Alimente su cuerpo, su mente y su espíritu.
- Tenga expectativas **realistas** en relación con usted mismo.
- Reconozca y **acepte** sus limitaciones, a la vez que lucha por mejorar.
- Todos los seres humanos cometen errores. La **resolución de problemas** es más importante que la culpa.
- Sea **flexible**. Lo único constante es el cambio.
- Céntrese en los **logros** de su trabajo.
- Sea **competente**. Siga aprendiendo toda la vida. Manténgase al día de los cambios.
- Coopere** con sus compañeros. Todo va mejor con el trabajo en equipo.
- Conózcase a usted mismo** y a sus sentimientos.
- Reconozca y **valore a cada persona** como individuo.
- Esté **orgulloso de usted mismo** y de su trabajo. Tenga sensación de seguridad en usted mismo.



**Figura 4-3.** ■ ¿Cómo se siente usted ahora?

Cuando los sentimientos negativos no se expresan o ni siquiera se reconocen, tienden a acumularse. Los sentimientos acumulados pueden dar lugar a arrebatos o «atracones emocionales». Un atracón emocional podría suponer no expresar los sentimientos en el trabajo, y después explotar de ira hacia las personas de casa, donde usted grita a su pareja, pega patadas al perro, quema la cena y manda a los niños pronto a la cama. A veces los sentimientos no reconocidos se manifiestan como trastornos físicos, como cefaleas, ansiedad por problemas digestivos.

Todos sabemos que en ocasiones nos sentimos bien en general y en ocasiones nos sentimos mal. Intente ser más sensible a sus propios sentimientos dando un nombre específico a sus sensaciones de felicidad y tristeza, y a los sentimientos más difíciles de frustración, astenia, culpa herida. No hay sentimientos incorrectos. Es saludable tener una amplia gama de sentimientos genuinos, tanto positivos como negativos.

Una valoración de los sentimientos personales podría ser como sigue: un profesional de enfermería acaba de salir de la habitación de una paciente que tiene diabetes.

El profesional de enfermería se siente mal. Intenta dar un nombre a su sentimiento, que es frustración, porque a la paciente se le va a amputar el pie y no ha seguido el plan terapéutico. Cuando el profesional de enfermería analiza la situación, ve que la conducta de la paciente no está bajo su control (sólo la paciente puede controlar su conducta). Es muy importante que los profesionales de enfermería reconozcan lo que pueden y no pueden controlar, comenzando con el hecho de que la conducta del paciente está sólo bajo el control del paciente. El profesional de enfermería puede ayudarlo asegurándose de que la paciente tenga toda la información y el ánimo que necesita, para que la paciente pueda tomar decisiones informadas sobre su conducta. Entonces el profesional de enfermería puede deshacerse de su frustración.

El profesional de enfermería no se irá hoy a casa desde el trabajo con su cefalea habitual.

### Utilice el trabajo en equipo

Reconozca el duro trabajo de sus compañeros. Una palabra de estímulo de usted puede hacer mucho para elevar el ánimo de sus compañeros. Siguiendo su buen ejemplo, alguien le puede dar ánimo a usted otro día también. El tono emocional en un entorno laboral es una parte importante de la satisfacción laboral de todos. Ayude a los demás con su trabajo cuando pueda, y, lo que tiene la misma importancia, pida ayuda cuando la necesite. Usted no está solo en el ejercicio de la enfermería. La mayor parte del trabajo es más fácil cuando las personas colaboran.

### Utilice una comunicación profesional saludable

Cuando haya problemas interpersonales en el trabajo, adopte un abordaje de resolución de problemas para obtener soluciones. Presente el problema de una forma no amenazante. Deje claro que el problema es la conducta y no la persona. Por ejemplo, cuando un compañero llegue tarde a trabajar con frecuencia, usted podría decir: «eres un gandul», o podría decir: «cuando llegas tarde a trabajar, tengo que quedarme hasta después de mi turno. Me gustaría que llegaras a tiempo». Este último ejemplo es mucho más profesional y eficaz que insultar a la persona. No cotillee. ¿Recuerda cómo los codependientes están obsesionados con otras personas y sus problemas? A veces esto anima a las personas a cotillear mucho en el puesto de trabajo del centro sanitario.

Las personas hablan sobre los problemas personales de los otros, lo que no es profesional y es improductivo. Intente evitar verse implicado en el cotilleo del centro de trabajo. Utilice adecuadamente la cadena de mando. Hable directamente con la persona implicada en un problema, y no vaya a un nivel superior hasta que haya intentado primero una solución a niveles inferiores y no haya tenido éxito. Empezar a niveles más bajos favorece la resolución de problemas y reduce los malentendidos. Busque un lugar de trabajo que respalde sus valores. La investigación muestra que los profesionales de enfermería tienen agotamiento emocional cuando no pueden ejercer la enfermería de acuerdo con sus valores.

Entreviste a sus posibles empleadores antes de aceptar un trabajo. Averigüe si un empleador le podrá suministrar un entorno laboral que le permita ser el profesional de enfermería que quiere ser. Pregunte por el cociente de profesionales de enfermería:pacientes. Si usted debe supervisar la asistencia de 40 pacientes con auxiliares de enfermería para hacer toda la asistencia personal, usted no podrá comunicarse mucho con cada paciente. Si su objetivo es la comunicación directa, busque un trabajo diferente. Decida qué es más importante para usted (una vez más, la introspección) y sólo acepte un trabajo que pueda hacer que sea posible.

Los profesionales de enfermería necesitan un sólido sentido de confianza en sí mismos para mantener la satisfacción laboral. Si no es posible hacer bien un trabajo, el profesional de enfermería no tiene confianza en sí mismo y no tiene satisfacción con el trabajo.

Muchos centros de trabajo tienen comités de seguridad e higiene. Los profesionales de enfermería son miembros de estos comités, y como miembro usted tendrá oportunidad de influir sobre la salud y la seguridad de sus compañeros y de usted mismo. Se pueden reducir las lesiones físicas y los riesgos relacionados con el estrés. Los programas de seguridad e higiene eficaces se correlacionan directamente con menos enfermedades y menos lesiones en los profesionales de enfermería en su trabajo.

Los valores de la profesión de la enfermería cambian con el tiempo. Las tendencias actuales de la cultura de la enfermería incluyen una tendencia hacia más autonomía y capacitación de los profesionales de enfermería.

### Piense positivamente

Sepa qué le produce satisfacción. Si aliviar el dolor de un paciente es lo que le hace sentir que establece una diferencia en el mundo, elija un trabajo que incluya esta intervención. No pierda de vista las cosas

importantes y poderosas que los profesionales de enfermería hacen para aliviar el sufrimiento de las personas. Incluso un día malo, si ha aliviado el sufrimiento de alguien, el día no se ha desperdiciado. Tenga en mente los éxitos e intente aprender de los fracasos. Prepárese para el éxito. Tenga confianza en su éxito.

#### Cuídese a sí mismo

Existe el mito moderno de que es posible realizarlo todo: trabajar como profesional de enfermería o ir a la escuela de enfermería, realizar los deberes o leer revistas de enfermería para mantenerse actualizado con los cambios, mantener una relación, criar hijos sanos, fomentar las actividades de los hijos (ayudarles con los deberes, ir a los partidos de fútbol), ir a la compra y preparar tres comidas familiares deliciosas y nutritivas al día, realizar las tareas del hogar (limpieza, lavandería, hacer las camas todos los días, etc.), mantener amistades con adultos, asistir a los servicios religiosos, cuidar las mascotas, preparar las celebraciones festivas, mantenerse en buena forma física, prestarse voluntario o participar en comités en el colegio, el trabajo o en otros lugares, gestionar el transporte de todas partes a todas partes, y hacerlo todo con una sonrisa. En realidad, esto no es posible.

Cuando esperamos que podamos satisfacer estas expectativas poco realistas tenemos sentimientos de inadecuación. Nos decimos a nosotros mismos: «Parece que todos los demás lo hacen todo. ¿Qué me ocurre?».

A continuación se presentan algunas estrategias para conseguir el equilibrio y la salud en su vida:

Comience con expectativas realistas. Comprométase. Programe las clases y su vida en el mismo calendario para poder ver si tiene duplicación de actividades. Aprenda a decir «no». Conozca sus límites. Establezca límites saludables.

- Desarrolle sus recursos y utilícelos (tal vez sumadre pueda recoger a los niños en el colegio). Decida sobre sus prioridades: los niños son más importantes que estudiar esta noche. Estudiaré mañana. Los proyectos importantes relacionados con la casa pueden esperar hasta el verano. Hágalo lo mejor posible en las cosas importantes. Nadie puede hacerlo todo.
- Planifique la diversión en su calendario. Todas las actividades divertidas no cuestan demasiado tiempo y dinero. El cuadro presenta algunas ideas divertidas y gratuitas. Algunos profesionales de enfermería están tan centrados en el servicio a los demás que son incapaces incluso de responder a la pregunta «¿qué le gustaría hacer?». Piense en ello. Si esto es difícil para usted, es incluso más importante que lo haga. En un estudio de estudiantes de enfermería, los que realizaban con frecuencia actividades de ocio tenían menos depresión y tenían menores puntuaciones en valoraciones de depresión, síndrome de agotamiento profesional y dependencia. Encuentre una afición. Salga de casa. ¿Ha ido recientemente a un museo? Hable con un amigo o un vecino sobre la naturaleza, o los zapatos nuevos de Nancy, pero no de la enfermería (eso es trabajo, no diversión).
- Realice actividad física. Las conductas que favorecen la salud física también pueden favorecer la salud mental. El ejercicio fomenta una sensación de bienestar. ¿Les suena este consejo?
  1. Haga ejercicio con frecuencia (ejercicio aeróbico; hágalo la mayoría de los días durante 30 minutos).
  2. Coma bien. (Tome alimentos variados y reduzca la sal, el azúcar, los alimentos refinados, las grasas saturadas y trans y el colesterol; tome mucha fibra, fruta fresca y verduras. ¿Recuerda la pirámide de los alimentos?)
  3. Reduzca la ingesta de alcohol. No lo utilice nunca para resolver los problemas. Escuche a su cuerpo.
  4. Coma cuando tenga hambre. Beba cuando tenga sed. Descanse cuando esté cansado. Esto parece evidente, pero muchos profesionales de enfermería ignoran las señales de sus cuerpos con tanta frecuencia que pierden la capacidad de oírlos en absoluto.

Este consejo le parece familiar porque es de sentido común y porque se sabe que permite que las personas estén más sanas. Algunas veces las personas piensan que la salud viene de forma natural o aparece de forma accidental. Esto no es cierto. Una buena salud precisa el trabajo de desarrollar buenas costumbres.

- Cultive su propio yo espiritual. La perspectiva holística de las personas dice que estamos formados por cuerpo, mente y espíritu. A veces se pasa por alto el espíritu, aunque es necesario para una visión global de la salud. La espiritualidad incluye la religión, aunque no está limitada a las perspectivas religiosas. La espiritualidad es en realidad una idea más amplia que incluye el significado que encuentra una persona en la vida. Algunas formas en las que puede cultivar su espiritualidad son apreciando la naturaleza, leyendo poesía, pensando sobre el significado y la finalidad de la vida, meditando, ayudando a otras personas, participando como voluntario en un área que sea importante para usted, leyendo textos religiosos o filosóficos, o participando en servicios religiosos.

### Mobbing Laboral

El acoso laboral (mobbing) es una realidad cada vez más estudiada y reconocida. Sin embargo, aún puede ser difícil identificar el mobbing allí donde se da, especialmente teniendo en cuenta que esta forma de acoso no siempre presenta las mismas características.

Los diferentes tipos de mobbing hacen que, en ocasiones, este fenómeno quede camuflado o incluso interpretado como algo que entra dentro de la normalidad. A fin de cuentas, allí donde se produce esta forma de acoso hay intereses en que lo que ocurra no pueda ser utilizado ante un juez, y esto hace que en cada tipo de entorno de trabajo estos ataques se adapten a las circunstancias.

Sin embargo, distinguir los distintos tipos de mobbing no resulta imposible. En este artículo los repasaremos, pero antes veremos un ejemplo que servirá para reconocer las características de esta clase de acoso.



**Mobbing: una realidad presente en el entorno laboral**

El ejemplo anterior es un caso de mobbing, también conocido como acoso laboral. Un fenómeno que se da en el lugar de trabajo, y en el que un individuo o varios ejercen violencia psicológica de manera sistemática y repetida sobre otro individuo o individuos, durante un periodo de tiempo prolongado.

Los acosadores pueden ser compañeros de trabajo, superiores o subordinados, y este comportamiento puede afectar a trabajadores de cualquier tipo de empresa.

Además, en muchas ocasiones se trata de confundir a la víctima para que crea que ella es la culpable de todo lo que ocurre, llegándose en ocasiones a cuestionar el sano juicio de quien lo sufre todo. Este fenómeno, conocido como Gaslighting, es muy frecuente en los casos de maltrato de pareja, pero también se da en el acoso laboral. Uno de sus efectos es que la víctima queda paralizada y anclada en las dudas, lo cual hace que se pueda proseguir con las injusticias flagrantes.

### **Los efectos del acoso**

Los ataques sufridos en el puesto de trabajo pueden llegar a causar problemas psicológicos serios en la víctima o víctimas (por ejemplo, ansiedad, depresión, estrés), desmotivación laboral, perturbación del ejercicio de sus labores y, en la mayoría de los casos, un daño en la reputación de ésta. Cuanto más persiste esta situación, peor es el malestar que se genera.

### **Tipos de mobbing**

El mobbing se puede clasificar de dos maneras: según la posición jerárquica o según el objetivo. ¿Cuáles son estos tipos de acoso laboral?

A continuación quedan resumidos:

#### **1. Acoso laboral según la posición jerárquica**

Dependiendo de la posición jerárquica, el mobbing puede ser:

##### **1.1. Mobbing horizontal**

Este tipo de mobbing se caracteriza porque el acosador y la víctima se encuentran en el mismo rango jerárquico. Es decir, que suele darse entre compañeros de trabajo, y las repercusiones a nivel de psicológico para la víctima pueden ser devastadoras.

Las causas de este tipo de acoso laboral pueden ser muchas y variadas, aunque las más comunes son: para forzar a un trabajador a conformarse con determinadas normas, por enemistad, para atacar al más débil, por las diferencias con la víctima, o por falta de trabajo y el aburrimiento.

##### **1.2. Mobbing vertical**

El acoso laboral vertical recibe este nombre porque o bien el acosador se encuentra en un nivel jerárquico superior a la víctima o se encuentra en un nivel inferior a ésta. Por tanto, existen dos clases de mobbing vertical: ascendente y descendente.

**Mobbing ascendente:** Ocurre cuando un empleado de nivel jerárquico superior es atacado por uno o varios de sus subordinados.

**Mobbing descendente o bossing:** Ocurre cuando un empleado de nivel jerárquico inferior recibe acoso psicológico por parte del uno o varios empleados que ocupan posiciones superiores en la jerarquía de la empresa. Tal y como hemos visto en el caso de Cristóbal, puede llevarse a cabo como estrategia empresarial para conseguir que el trabajador acosado abandone la empresa.

#### **2. Acoso laboral según el objetivo**

En función de los objetivos que el hostigador pretenda conseguir con el mobbing, este puede clasificarse de la siguiente manera:

##### **2.1. Mobbing estratégico**

Este es un tipo de acoso descendente o “institucional”. Se caracteriza porque el mobbing forma parte de la estrategia de la empresa, y el objetivo suele ser que el acosado rescinda su contrato de forma voluntaria. De esta manera, la empresa no tiene que pagarle la indemnización que le correspondería por despido improcedente.

##### **2.2. Mobbing de dirección o gestión**

Este tipo de mobbing es llevado a cabo por la dirección de la organización, generalmente por varios motivos: para prescindir de un trabajador poco sumiso, para llegar a situaciones de esclavismo laboral o para acabar con un trabajador que no se ajusta a las expectativas del jefe (por ejemplo, por estar demasiado capacitado o para dejarle en evidencia).

Además, este tipo de acoso laboral puede realizarse para maximizar la productividad de la empresa a través del miedo, empleando amenazas reiteradas de despido en caso de no cumplir los objetivos laborales.

##### **2.3. Mobbing perverso**

El acoso laboral perverso hace referencia a un tipo de mobbing que no tiene un objetivo laboral, sino que las causas se encuentran en la personalidad manipulativa y hostigadora del acosador. Es un tipo de mobbing

muy perjudicial porque las causas que producen el acoso no pueden solucionarse implantando otras dinámicas de trabajo mientras la persona que acosa siga en la organización o no sea reeducada.

Este tipo de acosador suele llevar a cabo el mobbing frente a la víctima, sin testigos. Es muy seductor y rápidamente consigue la confianza de los demás. Es habitual que el mobbing perverso sea un mobbing horizontal o ascendente.

#### 2.4. Mobbing disciplinario

Este tipo de mobbing se emplea para que la persona acosada entienda que debe “entrar en el molde”, porque si no lo hace será castigada. Pero con este tipo de acoso no solo se infunde miedo en las víctimas, sino que también advierte a los demás compañeros de lo que podría sucederles de actuar así, creando un clima laboral en el que nadie se atreve a llevar la contraria al superior.

También se emplea en contra de esas personas que tienen muchas bajas laborales, mujeres embarazadas, y todos aquellos que denuncian el fraude de la institución (por ejemplo, el contable que presencia sobornos por parte de la empresa).

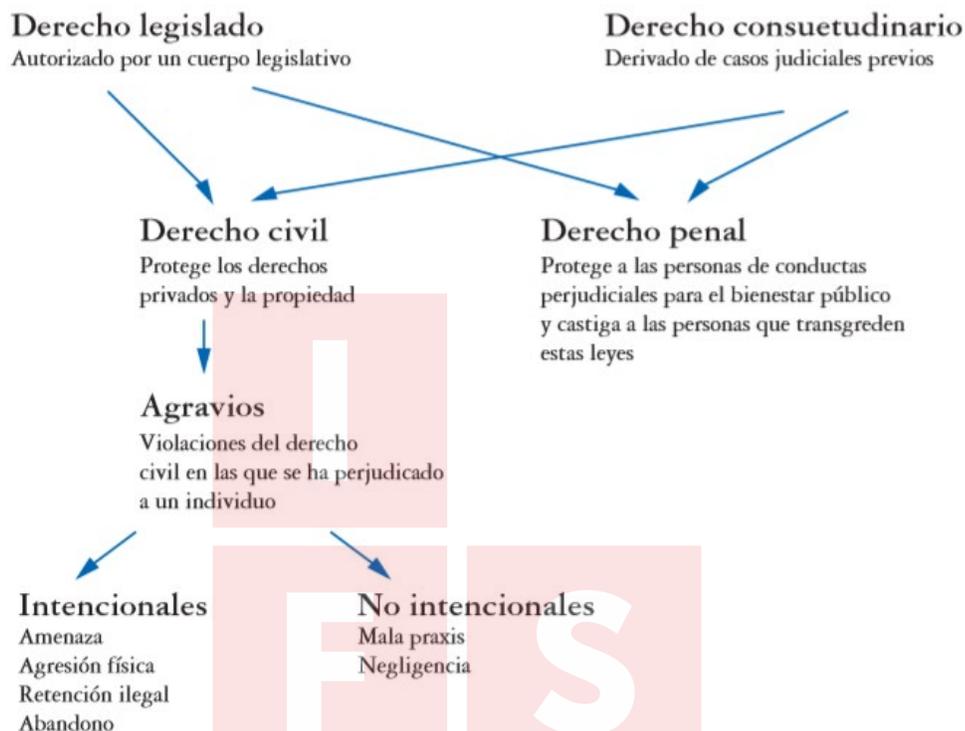
### **Aspectos legales de la enfermería de salud mental**

Aunque los principios éticos de la asistencia de enfermería protegen los derechos de los pacientes, el derecho protege las necesidades de la sociedad. El contexto legal de la asistencia afecta a los derechos de los pacientes y la calidad de la asistencia que reciben. Los derechos civiles, penales y de los consumidores de los pacientes se han expresado y ampliado mediante leyes. Algunas leyes que afectan a los enfermos mentales son federales; otras han sido aprobadas por los estados y varían de unos estados a otros. Los profesionales de enfermería deben conocer las leyes del estado en el que ejercen.

### **Tipos de derecho**

Dos tipos de leyes se aplican muy directamente a los profesionales de enfermería. Son el derecho legislado, que es el derecho que ha sido aprobado por un cuerpo legislativo, y el derecho consuetudinario, que procede de las decisiones previas de tribunales. Tanto el derecho legislado como el derecho consuetudinario tienen componente civil y penal. El derecho civil protege los derechos privados y sobre la propiedad. Los agravios son las violaciones del derecho civil mediante las cuales se ha perjudicado a un individuo. La mala praxis es un agravio. El derecho penal protege a las personas de conductas perjudiciales para el bienestar público y castiga a las personas que violan estas leyes.

El cuadro muestra las relaciones entre los tipos de derecho en relación con la práctica de la enfermería.



#### Leyes de la práctica de la enfermería

Las definiciones legales y el ámbito de la práctica de los diplomados en enfermería están en las leyes de la práctica de la enfermería de cada estado. Son leyes legisladas (promulgadas por los cuerpos legislativos estatales). Es importante que los profesionales de enfermería conozcan la magnitud de sus responsabilidades cuando ejerzan la enfermería en su estado. Las leyes varían de unos estados a otros. Habitualmente incluyen:

- Las definiciones de la enfermería y los diversos tipos de profesionales de enfermería
- Los requisitos para la formación de cada tipo de profesional de enfermería
- Las condiciones para la revocación de una autorización
- Una declaración sobre la agencia estatal que tiene jurisdicción sobre los profesionales de enfermería

#### **Responsabilidad del personal de enfermería en la documentación**

En la enfermería de salud mental hay algunos aspectos especiales relacionados con la documentación. El primero es la documentación de la administración de los fármacos. Cuando un profesional de enfermería decide administrar un fármaco psicotrópico (un fármaco que afecta a la mente) que está prescrito para su uso a demanda, es importante documentar la situación y los hallazgos de la valoración que llevaron a la decisión de administrar el fármaco. Esta documentación debe incluir la conducta del paciente (incluyendo declaraciones verbales) y las alternativas terapéuticas menos restrictivas que se han intentado antes de administrar el fármaco (como hablar con el paciente o redirigir al paciente a su habitación para que tenga un entorno menos estimulante). Se debe documentar la respuesta del paciente a todos los fármacos prescritos para su uso a demanda.

El profesional de enfermería también es responsable de evaluar la respuesta del paciente a los fármacos habituales. Se deben documentar con frecuencia los síntomas del paciente y la respuesta del paciente al tratamiento. También se deben documentar los efectos adversos y las reacciones medicamentosas adversas del paciente. En el contexto de salud mental, los pacientes con frecuencia tienen dificultad para explicar al

médico los efectos adversos. Por tanto, es especialmente importante que el profesional de enfermería evalúe y documente estos efectos, para mejorar la calidad del tratamiento farmacológico.

Los profesionales de enfermería deben prestar una atención especial a los pacientes con riesgo de suicidio. Estos pacientes precisan una evaluación frecuente del estado mental. Estas evaluaciones se deben documentar con cuidado para detectar cambios de la situación que podrían indicar una tendencia hacia un aumento del riesgo.

En el contexto de la asistencia de salud mental la conducta del paciente es especialmente importante. La conducta indica la gravedad de la enfermedad del paciente y su respuesta al tratamiento. El profesional de enfermería debe describir la conducta de forma clara, concisa y específica, sin realizar juicios. Por ejemplo, es incorrecto reseñar: «el paciente es grosero y poco razonable». Sería adecuado reseñar: «al paciente se le ofreció el zumo y lo rechazó. Estaba paseando y gritando y se le pidió que fuera a su habitación. Afirmó: "los demonios me persiguen"».

La documentación de enfermería en el contexto de la salud mental y en los demás contextos debe ser:

- Clara
- Concisa (completa pero sencilla)
- Exacta
- Específica
- Descriptiva
- Legible (la caligrafía es un aspecto de la comunicación)

### **Mala praxis**

Mala praxis es la incapacidad de un profesional para actuar de acuerdo con las normas de calidad profesionales aceptadas, o la incapacidad para actuar como lo haría un miembro razonable de la profesión.

Para que exista mala praxis en la enfermería deben estar presentes todas las situaciones siguientes:

- El profesional de enfermería debe tener un deber con el paciente, que se establece porque la persona es un paciente en un centro asistencial en el que trabaja el profesional de enfermería.
- Debe haber un incumplimiento del deber. No se sigue una norma de calidad de la asistencia.
- Previsibilidad. La lesión del paciente debe ser una expectativa razonable en las circunstancias de la acción del profesional de enfermería.
- Lesión. El paciente debe sufrir una lesión o un daño.
- Causalidad. La lesión del paciente debe estar producida por el incumplimiento del deber del profesional de enfermería.

La mejor forma en la que los profesionales de enfermería pueden evitar la mala praxis es conocer las normas asistenciales y el ámbito de la práctica de la enfermería en los estados en que trabajan, y cumplir esas normas. Las políticas y procedimientos institucionales también son normas de calidad para la práctica clínica. El profesional de enfermería también debe mantener un conocimiento actualizado en el campo de la enfermería, debe llevar registros exactos y completos y debe mantener la confidencialidad del paciente. Finalmente, y lo que es más importante, el profesional de enfermería debe poner por delante el bienestar del paciente y desarrollar una relación profesional de enfermería-paciente basada en la confianza.

### **Impericia, Imprudencia y Negligencia**

Los aspectos legales de enfermería consisten en las obligaciones que tienen los profesionales de enfermería de responder por las acciones u omisiones que dentro de la práctica de enfermería, ocasionen un daño al enfermo a su vida o a su salud; a los bienes de la Institución; o bien incumplan con las funciones inherentes al

cargo que desempeñan derivadas de la relación laboral, por haber actuado con negligencia, imprudencia, impericia, inobservancia de los Reglamentos, u omisión.

### NEGLIGENCIA

Consiste en dejar de hacer lo que es un deber dentro de la práctica de enfermería. Ejemplo : Incumplimiento de ordenes médicas, error en la administración de medicamentos, acciones de enfermería que ocasione perjuicios al enfermo, delegación al personal auxiliar de enfermería en la administración de medicamentos y sustancias como psicotrópicas, incumplimiento de las medidas de seguridad que traigan como consecuencias caídas, quemaduras y cualquier tipo de lesión que produzca en el paciente incapacidad o la muerte, delegar en los estudiantes de enfermería actividades que son competencias del profesional de enfermería o sin la debida vigilancia de éstos y sin la presencia del docente.

Las consecuencias más grave de estas actuaciones pudieran ser las lesiones y el homicidio culposo tipificados en el Código Penal.

De lo expuesto se deduce que las actuaciones señaladas (Negligentes) se pueden evitar si los profesionales de enfermería tienen información que las mismas configuran un delito culposo, o un hecho ilícito con la aplicación de sanciones legales para quienes resulten culpables.

La mayor parte de los errores y accidentes son previsibles.

Algunos son tan leves que los enfermos nunca se enteran. Otros sin embargo pueden causar lesiones que producen dolor, desfiguración, hospitalización, rehabilitación prolongada o todo lo anterior y hasta la muerte. Si se demuestra Negligencia o práctica equivocada la enfermera (o) puede ser legalmente responsable por un acto de omisión.

De acuerdo a lo expuesto, existen dos elementos que deben ser relevantes: Las omisiones pueden traer consecuencias lamentables para el enfermo y molestias severas que pudieran haberse prevenido. Y la responsabilidad legal a que debe enfrentarse un profesional de enfermería que incurra en omisión; en consecuencia una conducta diligente y previsiva es el Principio fundamental para evitar verse involucrado en la Figura de la Negligencia.

### IMPRUDENCIA

Consiste en la realización de una actuación que excede la competencia de enfermería, basada en la confianza de práctica profesional relacionada con el enfermo. Generalmente la Imprudencia se fundamenta en exceso de confianza de la enfermera (o) derivado a la rutina en el desempeño laboral.

La figura jurídica de imprudencia y negligencia, se encuentran asociadas a una conducta no previsiva y a la falta del deber del cuidado del enfermo.

Existe imprudencia cuando un profesional de enfermería, asume la responsabilidad de realizar una actuación reservada al médico, basándose para ello en la experiencia profesional sin tener en cuenta los riesgos que tales actuaciones implican, debido a las complicaciones intrínsecas del acto o procedimiento que se pretende realizar.

En este sentido es conveniente recordar que en la práctica de enfermería, los actos considerados como médicos que realiza con frecuencia la enfermera (O) son :

- La extracción de muestras de sangre arterial; el profesional de enfermería, realiza con frecuencia en las Unidades críticas, en Emergencia.
- Administración de medicamentos por indicación médica verbal. Esto es frecuente en las prácticas de los profesionales de enfermería: Ejemplo analgésicos.
- Administración de nebulizaciones a enfermos con problemas respiratorios sin la orden médica.

- Colocación de yesos por lesiones traumatológicas y emisión de criterios a los familiares sobre la procedencia o no de ser evaluado por el médico de guardia.

Es conveniente señalar que ante la ocurrencia de cualquiera de estos hechos y la aparición de una situación Legal y Ética el profesional de enfermería deberá justificar las causas que ocurrieron para que asumiera esa conductaimprudente al ejercer acciones que exceden su competencia profesional.

#### IMPERICIA.

Consiste en no aplicar los conocimientos teóricos y prácticos a las actuaciones realizadas dentro de la práctica de enfermería. La impericia adquiere mayor relevancia por el desconocimiento de principios teóricos y prácticas que pueden ocasionar un daño o perjuiciograve (incapacidad parcial o permanente, pérdida de un miembro y hasta la muerte) al usuario.

Las actuaciones que con mayor frecuencia se pueden presentar por Impericia son :

- Administración de medicamentos sin la correcta dilución o por una vía incorrecta a la indicada.
- Administración de una solución al 10 % ( o dextrosa ) a un enfermo diabético.
- Administración de bicarbonato de sodio directamente por vía endovenosa.
- Acceder durante una intervención quirúrgica a instrumentar sin circulante, por lo que desconoce el Reglamento de Quirófano.

De lo expuesto se deduce que los Profesionales de Enfermería deben conocer los Principios fundamentales y las Leyes que rigen la profesión, a fin de garantizar el 100% de seguridad en sus acciones, prácticas y el cuidado integral a sus enfermos.

#### INOBSERVANCIA DE LOS REGLAMENTOS, ÓRDENES O INSTRUCCIONES

Consiste en la ignorancia o desconocimiento de normas que rigen una determinada conducta dentro de la práctica de enfermería a la institución, o que se incurra en incumplimiento de los deberes de la relación laboral, o se produzca un daño al paciente.

#### OMISIÓN

Consiste en no realizar una actuación oportuna en caso de emergencia para evitar u daño mayor, por no ser competencia de la práctica de enfermería.

En la práctica de enfermería es muy complejo determinar jurídicamente la existencia de una conducta omisiva, si el profesional de enfermería realiza un acto que exceda de su competencia y se produce un daño podría incurrir en una conducta imprudente, pero si omite realizar el procedimiento y esa conducta omisiva desencadena una lesión o la muerte al enfermo, podría ser acusado por omisión.

Es relevante señalar que las figuras o supuestos jurídicos son disposiciones legales específicas que se aplican a conductas culposas ( supuestos hechos ) que requieren de comprobación de la culpa y de la responsabilidad de los involucrados y terminan con una imposición de una sanción ( dependiendo de la gravedad del caso ) CIVIL, PENAL ADMINISTRATIVA.

#### Derechos legales de los pacientes de salud mental

Los pacientes con enfermedades mentales son vulnerables al maltrato y al tratamiento erróneo.

## **DERECHOS CIVILES**

Los pacientes que ingresan voluntariamente para recibir tratamiento relacionado con su salud mental conservan todos sus derechos civiles. Los pacientes tienen derecho a votar, ocupar cargos, realizar negocios, ser los titulares de autorizaciones y ejercer sus profesiones. Los estados pueden recortar los derechos de los pacientes que ingresan de forma involuntaria. En algunos estados, los pacientes que ingresan de forma voluntaria conservan todos sus derechos civiles, incluyendo el derecho a rechazar el tratamiento.

## **Derecho a la alternativa terapéutica menos restrictiva**

Como se afirma en la Declaración de derechos de los pacientes con enfermedad mental, los pacientes tienen derecho a la alternativa menos restrictiva (tratamiento que restringe lo menos posible su libertad personal). Los contextos terapéuticos incluyen consultas ambulatorias de la comunidad, hogares de asistencia temporales, servicios auxiliares de apoyo familiar, programas de tratamiento de día, asistencia domiciliaria y diversos niveles de asistencia intrahospitalaria. En el contexto intrahospitalario las decisiones terapéuticas deben tener en consideración la alternativa menos restrictiva. Cuando los pacientes se comportan de forma violenta, uno de los aspectos en los que se plantea esta alternativa es si aplicar sujeciones, aislar o administrar fármacos a un paciente de forma involuntaria.

## **Sujeciones y aislamiento**

En psiquiatría «sujeciones» se refiere a dispositivos de sujeción seguros, de cuero o de otro tipo, que se aplican a las cuatro extremidades y alrededor del cuerpo del paciente para evitar que el paciente se lesione o que lesione a los demás.

Los pacientes en instituciones psiquiátricas han resultado lesionados o incluso han muerto por las sujeciones. Nunca se deben utilizar las sujeciones por comodidad del personal ni para castigar al paciente. Se deben intentar otras alternativas menos restrictivas para reducir la agitación del paciente antes de plantearse las sujeciones. Los abordajes menos restrictivos incluyen redirigir al paciente a su habitación o lejos de una situación estresante, hablar con el paciente e intervenir con fármacos.

En psiquiatría, aislamiento significa que se confina al paciente para que esté solo en una habitación. La sala de aislamiento habitualmente sólo está dotada de una cama o un colchón por motivos de seguridad. El aislamiento es un tipo de sujeción.

Las sujeciones y el aislamiento se deben aplicar por orden del médico, excepto en situaciones de urgencia. Incluso en una urgencia se debe consultar con el médico, que debe prescribir la sujeción lo antes posible. La aplicación de sujeciones puede ser una experiencia estresante, aterradora y que genera impotencia. Los pacientes que han experimentado el control con sujeciones de cuero referían haberse sentidos vulnerables, impotentes, forzados y deshumanizados. En un estudio sobre las experiencias de los pacientes con sujeciones en situaciones de urgencia psiquiátrica se preguntó a los pacientes cómo preferirían que se les tratara si no pudieran controlar su conducta.

La inmensa mayoría (aproximadamente el 70%) dijo que preferiría ser tratado con fármacos, algunos prefirieron el aislamiento (aproximadamente el 20%) y pocos prefirieron las sujeciones (aproximadamente el 10%). Actualmente se tiende a utilizar las sujeciones con menos frecuencia que en el pasado. Se espera que los centros sanitarios eviten o minimicen el uso de sujeciones. Cuando el paciente haya recuperado la compostura, la explicación de la necesidad de la sujeción en relación con el tratamiento de la conducta y no como castigo puede ayudar al paciente a comprender mejor la situación. Hablar con los pacientes posteriormente en relación con sus sentimientos puede ayudar a reducir las consecuencias psicológicas del aislamiento.

Algunos centros psiquiátricos se están convirtiendo en entornos «sin sujeciones» con el objetivo de proteger a los pacientes del trauma que suponen. Los profesionales de enfermería deben estar familiarizados con las políticas de sujeciones de las instituciones en las que trabajan. Se debe documentar cuidadosamente la

conducta del paciente y los intentos del profesional de enfermería de aplicar alternativas menos restrictivas a las sujeciones. Se debe evaluar a los pacientes cada 15 minutos mientras estén sujetos.

### **Competencia**

La competencia es la valoración legal de que una persona es capaz de realizar juicios y de tomar decisiones razonables. Se considera que una persona que desde el punto de vista cognitivo es capaz de comprender la información que se le da en el proceso de consentimiento es competente con la finalidad de la asistencia médica. La competencia es un concepto importante porque es la base de los derechos legales de los pacientes con enfermedades mentales. Un veredicto de competencia determina si una persona es o no capaz de tomar decisiones informadas para consentir o rechazar un tratamiento. Se asume que los pacientes que ingresan de forma voluntaria en un centro psiquiátrico son competentes y, por tanto, mantienen sus derechos civiles. La incompetencia debe ser determinada por un tribunal. Se refiere a la imposibilidad de realizar juicios y de ser responsable de las propias decisiones. La declaración de incompetencia por un tribunal priva a la persona de algunos derechos, como el voto, la participación en contratos y la conducción. La competencia para ser juzgado es un problema diferente. Esta evaluación determina si la persona es capaz de comprender el significado y las consecuencias de sus acciones, de si esta persona entiende lo que está bien y lo que está mal y si la persona puede ayudar a un abogado en su defensa.

### **DERECHO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Los pacientes tienen derecho a la no aplicación de tratamientos potencialmente peligrosos salvo que den su consentimiento informado. Consentimiento informado significa que el médico ha explicado el tratamiento en palabras que comprende por completo el paciente (incluyendo los posibles resultados y la probable evolución sin tratamiento) y que el paciente está de acuerdo y permite el tratamiento. Los pacientes también pueden cambiar de opinión e interrumpir un tratamiento que ya se ha iniciado. Antes de dar su consentimiento al tratamiento, el paciente debe comprender:

- El diagnóstico
- La descripción y la finalidad del tratamiento propuesto
- Los riesgos y beneficios del tratamiento
- Las alternativas a este tratamiento (incluyendo no hacer nada) y sus riesgos y beneficios

El médico tiene la responsabilidad de dar al paciente información para tomar las decisiones terapéuticas. Los profesionales de enfermería pueden actuar como testigos de la firma del paciente en un impreso de consentimiento. Pueden ayudar a responder las preguntas del paciente. Sin embargo, el propio consentimiento informado es responsabilidad del médico.

La mayoría de los pacientes con enfermedad mental es competente y es capaz de dar su consentimiento informado, aunque los que tienen síntomas mentales graves pueden carecer de la capacidad cognitiva de comprender el consentimiento. Si se ha considerado que el paciente es incompetente desde el punto de vista mental, el tutor legal puede dar el consentimiento para el tratamiento. Si el paciente tiene síntomas graves (como psicosis) y no es capaz de comprender el tratamiento pero no tiene tutor, se puede consultar con el familiar más próximo del paciente. También es posible que el médico solicite al tribunal que nombre un tutor.

### **DERECHO A RECHAZAR EL TRATAMIENTO**

Los pacientes tienen derecho a retirar el consentimiento y a rechazar el tratamiento aunque el médico piense que el tratamiento redundará en beneficio del paciente. Un profesional de enfermería puede ser acusado de agresión física por tocar a un paciente en el proceso de un tratamiento que ha sido rechazado.

por el paciente. La amenaza de aplicar un tratamiento de forma forzosa puede constituir un delito de amenazas.

Un aspecto importante del derecho a rechazar el tratamiento es el rechazo del tratamiento farmacológico. Esta es un área controvertida. En ocasiones el paciente no quiere tomar los fármacos, aunque la enfermedad del paciente hace que no pueda comprender la necesidad del tratamiento. A esto se debe añadir el hecho de que el paciente se puede agitar y puede volverse violento cuando no toma el tratamiento. El resultado es una situación en la que los derechos del paciente (autonomía) entran en conflicto con los derechos de los demás (derecho a la seguridad). En último término, los pacientes competentes que ingresan voluntariamente o involuntariamente tienen derecho a rechazar los tratamientos medicamentosos.

Cuando se produce una urgencia y el paciente es un peligro para sí mismo o para los demás se puede medicar al paciente contra su voluntad si se utiliza el juicio profesional y se siguen las directrices correspondientes al proceso. Una relación profesional de enfermería-paciente de confianza puede reducir la probabilidad de que sea necesaria la administración forzada de los fármacos.

### **DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD**

Los profesionales de enfermería son responsables de proteger el derecho a la confidencialidad de los pacientes (límites de acceso a la información sobre un paciente). Incluso el hecho de que una persona es un paciente en un centro sanitario de salud mental es confidencial. El estigma de la enfermedad mental es tal que el conocimiento del ingreso hospitalario de una persona puede afectar al empleo o a la situación profesional del individuo. Los pacientes deben poder confiar en que la información sobre los diagnósticos y el tratamiento quedará entre las personas que la necesitan con fines terapéuticos.

La figura ilustra un «círculo de confidencialidad» de un paciente. Sólo quienes están en el círculo interior de confidencialidad pueden tener acceso a la información terapéutica sobre el paciente sin el consentimiento por escrito del mismo.

Hay algunas excepciones a la regla de confidencialidad. La más notable se refiere a los pacientes que caen en la regla de Tarasoff. En el caso Tarasoff, un paciente informó a su psicólogo de que tenía previsto matar a una mujer joven. El psicólogo informó a la policía, pero ni la policía ni el psicólogo informaron a la mujer, que posteriormente fue asesinada por el paciente. Sus padres demandaron con éxito al psicólogo y a otras personas por no haberles informado. La regla de Tarasoff, o deber de advertir de Tarasoff, exige que los profesionales sanitarios evalúen el potencial violento de sus pacientes, y si las víctimas específicas están en peligro inminente, que adopten alguna forma de acción protectora.

Otras situaciones en las que un profesional de enfermería puede dar información sobre el paciente a un tercero sin el consentimiento del paciente son situaciones de emergencia para la asistencia del paciente, solicitudes de información ordenadas por un tribunal, procedimientos por maltrato infantil, procedimientos relacionados con ingresos no voluntarios e informes exigidos por ley (como enfermedades transmisibles, maltrato infantil o heridas por arma de fuego).

### **DERECHO A CONSERVAR LAS PERTENENCIAS PERSONALES**

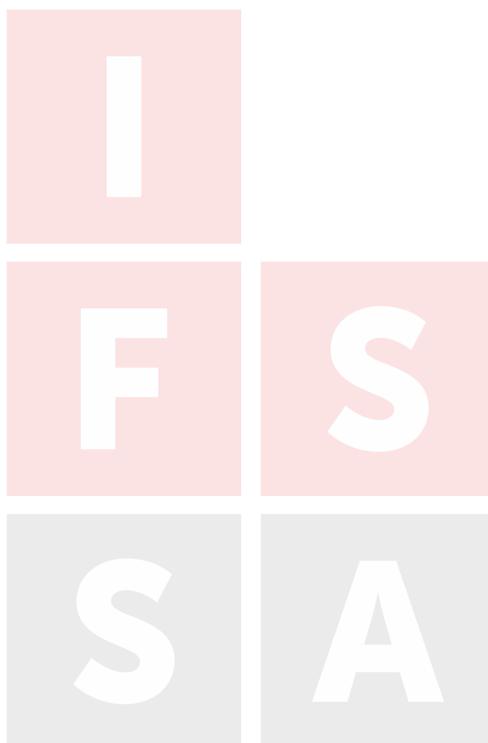
Las personas que están en un hospital, una residencia de ancianos, un hogar de asistencia temporal u otro centro sanitario mantienen el derecho a conservar sus pertenencias personales. Se pueden guardar en un lugar seguro algunos objetos que planteen problemas de seguridad (como armas de fuego, cuchillos, tijeras, botellas de vidrio o encendedores) hasta el alta del paciente, aunque siguen siendo propiedad del paciente.

### **Voluntades anticipadas**

Las voluntades anticipadas son instrucciones de los pacientes, documentados cuando estos se encuentran bien, sobre lo que se debe hacer en las situaciones en las que no puedan hablar por sí mismos. Las voluntades anticipadas incluyen documentos como testamentos vitales y poderes notariales para asistencia

sanitaria. Se relacionan con decisiones al final de la vida o con decisiones sanitarias cuando una persona está incapacitada. La oportunidad de que las personas con enfermedades mentales designen a una persona para que hable y decida por ellos cuando sean incapaces de hacerlo es un avance más reciente. Algunos estados están aprobando leyes que permiten que los pacientes con enfermedades mentales declaren cuando estén bien qué tratamiento preferirían o rechazarían si su capacidad de toma de decisiones estuviera alterada por una recurrencia del trastorno mental. El paciente y dos testigos deben firmar estas voluntades.

---



INSTITUTO DE  
FORMACIÓN  
SUPERIOR