

INSTITUTO AMERICANO



TEXTO DE AUTOENSEÑANZA

TÉCNICO PROFESIONAL EN ENFERMERÍA GENERAL

MODALIDAD MIXTA

ASIGNATURA DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA

TPEG0419

CUARTO CUATRIMESTRE

EDICIÓN: 2021

AUTOR: IA

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| RECOMENDACIONES AL DOCENTE PARA LA UTILIZACIÓN DE ESTE TEXTO DE AUTOENSEÑANZA..... | 3 |
| RECOMENDACIONES AL ALUMNO PARA ESTUDIO Y MANEJO DEL TEXTO DE AUTOENSEÑANZA..... | 4 |
| INTRODUCCIÓN A LA MATERIA | 5 |
| ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA | 6 |
| PROPÓSITO | 6 |
| UNIDAD I. NORMALIDAD Y ANORMALIDAD MENTAL | 6 |
| LECTURAS..... | 6 |
| 1.1. GENERALIDADES | 6 |
| 1.2. FACTORES CASUALES DE ANORMALIDAD O DEFICIENCIA MENTAL | 7 |
| 1.3. NECESIDADES BASICAS DEL INDIVIDUO..... | 9 |
| 1.4. HÁBITOS..... | 10 |
| ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE | 11 |
| UNIDAD II. LA EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA, COMUNICACIONES Y MÉTODOS DE TRATAMIENTO | 15 |
| 2.1. EL EXAMEN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO..... | 15 |
| 2.2. LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA..... | 16 |
| 2.3. COMUNICACIONES..... | 17 |
| 2.4. MÉTODOS DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO..... | 18 |
| ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE | 25 |
| UNIDAD III. ENFERMEDADES MENTALES Y ELEMENTOS DE ENFERMERIA PSIQUIATRICA .. | 28 |
| 3.1. FACTORES PREDISPONENTES..... | 28 |
| 3.2. HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA..... | 28 |
| 3.3. CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES MÁS COMUNES | 29 |
| 3.4. ENFERMERIA PSIQUIÁTRICA | 42 |
| 3.5. HOSPITALIZACIÓN..... | 43 |
| 3.6. CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA | 48 |
| 3.7. TÉCNICAS DE SUJECIÓN | 51 |
| ACTIVIDAD ESCOLARIZADA | 58 |
| GLOSARIO | 68 |
| CRITERIOS DE EVALUACIÓN | 71 |

RECOMENDACIONES AL DOCENTE PARA LA UTILIZACIÓN DE ESTE TEXTO DE AUTOENSEÑANZA

Para que este modelo funcione eficiente y realmente para que el alumno aprenda lo que en los objetivos se han indicado, es importante e indispensable tener presentes las sugerencias de estudio que a continuación le hacemos.

Al ajustarse a estas orientaciones permitirá lograr una mejor enseñanza, es decir, una enseñanza más firme, útil y funcional, con la que se habrá superado la simple memorización.

Al inicio del ciclo escolar:

- Solicitar al alumno el texto de autoenseñanza.
- Explicar con todo detalle la presentación y análisis de este texto de autoenseñanza: objetivo del curso, temas; actividades de enseñanza–aprendizaje bajo la conducción del docente (anotadas en los programas); actividades de aprendizaje que realizará el alumno; material de lectura, (introducción, resumen y antología), apartados que leerá el alumno y que servirán como marco de trabajo para la sesión y la autoevaluación.
- Presentar al alumno el cronograma de actividades por realizar durante el curso.

Al inicio de cada unidad:

- Señalar siempre su nombre, objetivo específico, objetivos temáticos, actividades de aprendizaje por realizar bajo la conducción docente, actividades de aprendizaje de manera independiente que realizará el alumno, lecturas obligatorias para el alumno y bibliografía.
- Organizar equipos de trabajo en las clases para contestar los cuestionarios.
- Señalar siempre revisión analítica del resumen y de los términos y conceptos claves.
- Buscar información complementaria (otra bibliografía, experiencias en su vida personal o laboral, internet, etc.)
- Solicitar trabajos teóricos/prácticos especificando los criterios de calidad académica.
- Cualquier duda, inquietud o interés por parte del alumno deberá resolverse de manera oportuna por el asesor de la materia.

Al término de cada unidad:

- Revisión analítica del resumen.
- Revisión de las respuestas a la autoevaluación.

RECOMENDACIONES AL ALUMNO PARA ESTUDIO Y MANEJO DEL TEXTO DE AUTOENSEÑANZA

Para que este modelo funcione eficiente y realmente se aprenda lo que en los objetivos se han indicado, es importante e indispensable tener las presentes sugerencias de estudio que a continuación le hacemos.

Al ajustarse a estas orientaciones le permitirá lograr un mejor aprendizaje, es decir, un aprendizaje más firme, útil y funcional, con el que se habrá superado la simple memorización.

Encontrarás en este texto de autoenseñanza lo siguiente:

Objetivo del curso, temas y subtemas; material de lectura (el cual tú tendrás que leer); resumen; autoevaluación (la cual tendrás que contestar y revisar conjuntamente con el docente).

- Deberás de leer siempre el material de lectura antes de que se trate en la clase. Esto te ayudará a reconocer tus ideas-conceptos cuando los discutas frente al grupo y al docente.
- Deberás escribir tus comentarios, ideas y sugerencias ya que esto te forzará a concentrarte más en lo que estás haciendo y así aprenderás más.
- Al leer los materiales, deberás subrayar o tomar nota de lo que consideres más importante.
- Deberás tomar notas en clase y repasarlas posteriormente.
- Cuando realices problemas y respuestas a la autoevaluación escribe tú mismo las explicaciones del por qué se ha hecho cada etapa o como has razonado tu respuesta.
- Mantén una sección especial de tu cuaderno para realizar las autoevaluaciones.
- Responde las autoevaluaciones con los resúmenes, antologías y lecturas previas que hayas realizado.
- Adecuar un sitio conveniente para que en el estudio se trabaje libre de distracciones como sea posible, lejos de la televisión, de la radio, del teléfono, del modular (a menos que la música nos facilite la mejor concentración), de las interrupciones de familiares o amigos y que sea un lugar cómodo y tranquilo para trabajar a gusto pero siempre y cuando no sea acostado en una cama, en un sillón o sofá, en los cuales se acomode de tal forma que le provoquen somnolencia, debe ser un asiento cómodo pero que te mantenga atento a lo que estás leyendo, escribiendo y resumiendo.
- Elaborar un horario propio de estudio a partir de una adecuada distribución del tiempo, es conveniente dedicar de 50 o 60 minutos diarios al estudio, por lo menos 5 días a la semana, sobre todo en esta modalidad, ya que el docente se convierte en un instructor y un orientador que resolverá sus dudas.
- Tener a la mano útiles necesarios cuando se empiece cada sesión de estudio: textos, cuadernos, lápices, diccionarios, en fin todas aquellas herramientas que le servirán para realizar su estudio.
- Recorra al glosario de términos cuantas veces sea necesario para comprender los que resulten desconocidos o se tenga duda en cuanto su significado.
- Lea cuantas veces sea necesario, subraye y analice hasta comprender el contenido de cada tema.
- Cualquier duda, inquietud o interés por algún tema puede acudir directamente con el asesor de la materia.
- Confronte la sesión de respuestas del cuestionario de autoevaluación que se encuentran en la parte final de cada unidad, las soluciones a las que se llegó en las actividades y problemas que se plantearon.
- Los autores mexicanos, profesores de las materias son el material inmediato al que se debe recurrir para ampliar y aclarar conceptos, ya que el verdadero estudiante no debe conformarse con los datos dados por un solo autor, es por ello que se debe recurrir a varios autores de cuyas obras se han inspirado las enfermeras.

INTRODUCCIÓN A LA MATERIA

La materia de enfermería psiquiátrica se encuentra ubicada en el quinto cuatrimestre de la carrera de técnico profesional en enfermería general. Tiene como antecedentes las materias de Anatomía y Fisiología I, Anatomía y Fisiología II y Psicología e Higiene Mental, y como consecuente la materia de Enfermería Geriátrica.

Se encuentra organizada en tres unidades, desglosadas de la manera siguiente:

En la unidad I inicia con el concepto de normalidad y anormalidad mental. Los factores causales de anormalidad o deficiencia mental, además de las necesidades básicas y los hábitos que realiza el individuo en su vida diaria.

La evaluación psiquiátrica, comunicaciones y métodos de tratamiento se contemplan en la unidad II.

Por último la unidad III trata sobre las enfermedades mentales y los cuidados de enfermería en cada una de ellas.

ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA

PROPÓSITO

Distingue entre normalidad y anormalidad mental, identificando los métodos de tratamiento psiquiátrico y las situaciones de riesgo que impiden el desarrollo de la salud mental en el individuo, para proporcionar cuando se requiera atención de enfermería a los pacientes con alguna patología psiquiátrica.

UNIDAD I. NORMALIDAD Y ANORMALIDAD MENTAL

LECTURAS

Gómez Restrepo. Carlos. Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Médica Panamericana. 2018 Cuarta edición

PROPÓSITO

Distingue los factores causales de anormalidad o deficiencia mental partiendo de las necesidades básicas del individuo para identificar problemas mentales.

1.1. GENERALIDADES

Con el propósito de establecer la diferencia entre normalidad y anormalidad mental es necesario analizar primeramente los patrones de conducta.

Un patrón de conducta es el modo de proceder de una persona; es decir su modo de ser, ya sea heredado o adquirido. Los patrones de conducta están relacionados con estado físico, fisiológico y psicológico del individuo y sus formas constantes de proceder.

En un patrón de conducta intervienen diversos conceptos:

Patrón, conducta, carácter, personalidad, temperamento, patrón normal y anormal.

- **Patrón.** Modelo a seguir,
- **Conducta.** Modo de proceder.
- **Carácter.** Modo de ser, personalidad, rasgo hereditario.
- **Personalidad.** Organización integrada con todas las características cognoscitivas, afectivas y conativas; se caracteriza por impulsos funcionales y rítmicos, humor e impresionabilidad ante los estímulos.
- **Temperamento.** Constitución particular de un individuo que resulta del predominio de un sistema orgánico, el cual se manifiesta en su manera de obrar. En la formación del temperamento intervienen factores constitucionales congénitos, sobre todo neurovegetativas, neuropsiquiátricas y endocrinos.
- **Patrón normal.** Estado natural que concuerda con el tipo regular y establecido, o norma.
- **Patrón anormal.** Estado anómalo e irregular; se manifiesta, por ejemplo, en el individuo deficiente mental

El patrón de conducta es, además, un aspecto genético del individuo y puede ser agresivo y depresivo.

Estos patrones de conducta están sujetos a cambios constantes, de conformidad del desarrollo de la persona, su ambiente, la educación y la cultura que vaya adquiriendo, así como los cambios físicos, psíquicos y fisiológicos acordes con su edad. Conforme a estos patrones un individuo puede presentar dos tipos diferentes de personalidad:

- **Personalidad agresiva o esquizoide**
- **Personalidad depresiva o epileptoide**

Estos dos patrones de conducta, controlables por el individuo, suelen presentar cambios bruscos, y se a de agresividad o depresión severa, y de la misma forma abrupta puede volver a la normalidad. Depende de su patrón de conducta y por sus causas internas o externas, el individuo tiene la necesidad de adaptarse al ambiente en que vive. Si lo hace y supera todos sus problemas, hay un "ajuste" del patrón de conducta que rige su vida; por el contrario, si no hay adaptación se produce un "desajuste" o anormalidad. Esto provoca que la persona comience a presentar patrones de conducta que ponen en peligro su integridad física, la de su familia y la de la sociedad; estos patrones son incontrolables superan los parámetros de lo normal para convertirse en anormales o patológicos. Dichos patrones de conducta son:

- **Agresividad severa.**
- **Depresión severa con excitación psicomotriz y tendencia al suicidio.**
- **Autodestructividad.**

Estos patrones de conducta, agudos y patológicos, tendrán que modificarse conforme avance el tratamiento que reciba el paciente; si dentro de su etapa crítica supera el problema patológico, el patrón de conducta que presentaba también se modificara y superará, pero si no es así pasara a la etapa crónica: el individuo seguirá desarrollando patrones de conductas anormales, relacionados con su patología, sus síntomas y sus síndromes, como pueden ser lo mismo y lo proyectivo.

1.2. FACTORES CASUALES DE ANORMALIDAD O DEFICIENCIA MENTAL

Resulta difícil determinar si la deficiencia mental es causada por factores inherentes a los genes o si obedece a factores tóxicos, infecciosos, endocrinos, traumáticos, de nutrición o de tipo patógeno prenatal. Estos últimos actúan sobre la célula germinal o en la madre embarazada y debilitan o distorsionan el desarrollo del cerebro. En lo que toca al momento de su aparición, los factores que originan deficiencia mental, son los siguientes:

- A) Prenatales
- B) Perinatales
- C) Posnatales

Factores prenatales

En los factores prenatales que originan deficiencia mental se encuentra la tos ferina, la parotiditis y la rubeola, lo cual si se presenta al final del primer trimestre de gestación, puede afectar la placenta de la madre incluso el cerebro del feto; además, esta enfermedad se presenta acompañada de varias anomalías que afectan al organismo.

Otros factores prenatales causantes de la deficiencia mental son :toxoplasmosis por incompatibilidad del factor Rh, parcialmente si el feto es Rh positivo y en la madre Rh negativo; influencias negativas, como la drogadicción y la farmacodependencia, que dañan los cromosomas y originan mongolismo: dosis terapéuticas de rayos x que dañan al niño; anoxia prenatal, hipotiroidismo y diversos estados tóxicos, anoxicos e infecciosos, que son capaces de producir cambios en las estructuras cerebrales del feto y ocasionar alteraciones en su desarrollo.

Factores perinatales

Los traumatismos durante el nacimiento, ya sea a causa de una lesión mecánica o en el cerebro o de asfixia con anoxia consecuente, puede originar deficiencia mental. Si la anoxia persiste durante un tiempo suficiente largo producirá degeneración permanente de las células ganglionares de la corteza cerebral, con la capacidad resultante de la capacidad mental. Sin embargo, es probable que el 50% de los niños que muestren signos de lesión cerebral no sean deficientes mentales.

Factores posnatales

Las diferentes formas de encefalitis y meningitis son algunos de los factores posnatales que dan origen a las deficiencias mentales. Los tratamientos en la cabeza con daño cerebral ocasionalmente dan como resultado a la deficiencia mental, pero a menudo se exagera la importancia de este factor, si se mantiene durante mucho tiempo, la toxemia y las deficiencias vitamínicas durante la lactancia y los primeros años de la niñez pueden producir estados irreversibles de deficiencia mental: los trastornos compulsivos acompañan a menudo a la deficiencia mental que resulta de una enfermedad cerebral.

Los ciegos y sordos congénitos reciben un número muy reducido de estímulos a través de sus nervios extra receptores, y esto trae como resultado un cierto grado de deficiencia mental, a menos que se les proporcione un adiestramiento compensatorio.

En general, también está de acuerdo que una deficiencia en el desarrollo intelectual puede ser provocada por factores emocionales, sin necesidad de que exista deficiencia orgánica.

1.2.1. CONCEPTO DE NORMALIDAD Y ANORMALIDAD

¿Qué entendemos por conducta anormal?, ¿qué significa adaptación?, ¿la conducta normal difiere de la adaptación de la personalidad?

Puede decirse que tanto conducta normal como adaptación son sinónimos de acciones que resultan socialmente aceptables. Sin embargo aquello que es adoptado por una cultura, por una sociedad, por una clase social o por un grupo, puede ser considerado como anormal en otro contexto social. Por ejemplo; la alguna cultura como la azteca, el rey o emperador podía tener seis concubinas; en otras culturas, como la hindú, la gente no se alimenta de carnes rojas; en otros grupos en normal ser vegetariano o consumir únicamente carnes blandas. De este modo aquellas conductas que son normales en las culturas latinoamericanas, por ejemplo, pueden ser anormales en la cultura anglosajona.

Por consiguiente la evolución de la conducta de un individuo como normal o anormal depende de las normas de la cultura a la cual pertenece. Así se espera que el individuo se adapte a las expectativas del grupo si es que quiere ser aceptado. Cada persona debe adaptarse a las exigencias de diversos grupos e intentar resolver los conflictos entre pautas de conductas divergentes, según su propio sistema de valores o de acuerdo con su conocimiento normal.

El grado de conciencia de expectativas de los distintos grupos el cual pertenece el individuo, facilita el logro de sentimientos de bienestar y seguridad.

La normalidad se evalúa en forma relativa, en términos de culturas o subculturas, para la anormalidad mental está relacionada con el estado físico, fisiológico y psicológico del individuo, y con sus formas constantes de proceder.

Grados de normalidad y anormalidad mental.

El grado de anormalidad mental se mide con arreglo al coeficiente intelectual, tal como se aprecia en el cuadro 1.

Cuadro 1. Coeficiente intelectual

| Tipo de niño | Coeficiente intelectual |
|--|-------------------------|
| Deficiente mental profundo (idiota) | 20 |
| Deficiente mental medio (imbécil) | 20 a 50 |
| Deficiente mental superficial (débil mental) | 50 a 70 |
| Fronterizo | 70 a 80 |
| Normal bajo | 80 a 90 |
| Normal | 90 a 110 |
| Normal brillante | 110 a 120 |
| Superdotado | 120 a 130 |
| Genio | 130 o más |

El deficiente mental profundo presenta fallas en el desarrollo psicológico; por ejemplo, en el espectro motor, a los tres meses de edad no sostiene su cabeza, a los seis meses no se sienta ni habla, al año no camina ni aprende en la escuela; el deficiente mental no aprende a escribir su nombre y el deficiente mental superficial no logra pasar del cuarto año de primaria. Son chicos de buena estatura pero pueden tener microcefalia o algunas anomalías congénitas. Su desarrollo psicofísico es lento y no alcanza sus metas.

El deficiente mental es habitualmente inquieto, tanto en la escuela como el hogar, además, presenta crisis conclusivas que pueden ser epileptoides, o bien tratarse de alteraciones de menor importancia. Se recomienda darle tratamiento pedagógico con técnica especial adaptada a la sociedad y educarlo para que se valga por sí mismo.

1.3. NECESIDADES BASICAS DEL INDIVIDUO

El niño al nacer presenta una marcada inmadurez de su estado nervioso, además de diversas deficiencias que habrá de superar durante los primeros meses y años de su vida. Por ejemplo, el recién nacido no puede caminar, puesto que sus estructuras nerviosas no están totalmente desarrolladas y tardara más o menos un año para que pueda adoptar la postura erecta al caminar.

Los padres deben ser orientados por el personal de enfermería para que entiendan que el niño debe desarrollar su sistema nervioso antes de realizar ciertas actividades. Asimismo los padres tienen la necesidad de satisfacer las necesidades del recién nacido, principalmente a las que estén íntimamente ligadas a la etapa de desarrollo en la que se encuentra. También es importante que la madre reciba una preparación adecuada en lo que concierne a psicoprofilaxis del embarazo, dolores del parto, características del puerperio, de manera que esté en condiciones óptimas ante el nacimiento del nuevo ser.

Las necesidades básicas del individuo, desde el momento de su nacimiento hasta su muerte, se clasifican en biológicas, psicológicas y sociales.

Necesidades biológicas. Su satisfacción es imprescindible en todas las etapas de la vida, ya que de lo contrario el ser humano no podría subsistir. Algunos ejemplos de este tipo de necesidades son:

- Respiración
- Alimentación
- Eliminación de excretas
- Abrigo
- Higiene corporal
- Descanso y sueño
- Relaciones sexuales

Necesidades psicológicas. Son aquellas de cuya satisfacción depende del bienestar psicológico y equilibrado emocionalmente del individuo. Entre los principales se encuentran:

- Amor
- Aprobación
- Estimación
- Valoración
- Seguridad
- Reconocimiento
- Respeto
- Productividad
- Aceptación
- Autosuficiencia
- Autoimagen
- Autorrealización
- Arraigo

Necesidades sociales. Son las que el individuo estima indispensables para relacionarse y sobresalir en la sociedad en la que vive, por ejemplo:

- Sentimientos de pertenencia
- Educación

- Culto
- Comunicación
- Recreo
- Vivienda
- Trabajo

En su conjunto, la insatisfacción de las necesidades básicas impide al desarrollo adecuado del individuo provocándole una perturbación emocional y en consecuencia una enfermedad mental. Por el contrario, su satisfacción significa equilibrio emocional y por consiguiente el estado de salud psicosocial deseable.

1.4. HÁBITOS

El individuo necesita desarrollar una serie de hábitos que le permitan integrara su personalidad.

Sobre de ellos sobresalen los hábitos de higiene, los cuales los que más se deben de desarrollar son los siguientes:

Habito de descanso y sueño: se debe dormir y descansar 8 horas diarias en un ambiente que cumpla las normas necesarias de higiene.

Habito de eliminación de excretas: el proceso de eliminación está íntimamente desarrollado, con el de alimentación y ambas son necesidades básicas del individuo.

Habito de aseo corporal y de higiene en el vestido: estos dos hábitos tienen que ver con la presentación de las personas. El aseo corporal, debe realizarse diariamente teniendo en consideración el tipo de actividades, el tipo de clima o las necesidades personales.

En el cuadro 2 se muestra la distribución de actividades de una persona.

Cuadro 2. Distribución de actividades diarias.

| Actividades | Número de horas/día |
|------------------|---------------------|
| Laborales | 8 |
| Deportivas | 2 |
| Culturales | 5 |
| Descanso y sueño | 8 |
| Otras | 1 |
| | Total 24 |

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

- ACTIVIDADES ESCOLARIZADAS
- CONTESTAR LOS EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN
- PRESENTAR ENSAYO
- PRESENTAR A SUS COMPAÑEROS DE CLASE EL CUADRO CON LA DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS.
-

ACTIVIDADES NO ESCOLARIZADAS

- ELABORAR UN ENSAYO SOBRE EL DESARROLLO HISTÓRICO DE LA PSIQUIATRÍA EN MÉXICO
- HACER UN CUADRO SINÓPTICO CON LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL INDIVIDUO
- COMPETAR EL SIGUIENTE CUADRO CON LA DISTRIBUCIÓN DE TUS ACTIVIDADES Y EL NÚMERO DE HORAS QUE DEDICAS A CADA UNA DE ELLAS:

AUTOEVALUACIÓN
CUESTIONARIO

1. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR PATRÓN DE CONDUCTA DE UNA PERSONA?

2. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR CARÁCTER DE UNA PERSONA?

3. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR PERSONALIDAD?

4. ¿EN QUÉ CONSISTE EL TEMPERAMENTO DE UNA PERSONA?

5. ¿CUÁL SERÍA LA CAUSA DE UN CAMBIO EN EL PATRÓN DE CONDUCTA?

6. ¿QUÉ PATRONES DE CONDUCTA CONOCE USTED EN UNA PERSONA APARENTEMENTE SANA?

7. ¿QUÉ PATRONES DE CONDUCTA CONOCE USTED EN UNA PERSONA MENTALMENTE ENFERMA?

8. ¿CUÁLES SON LOS FACTORES PRENATALES QUE ORIGINAN DEFICIENCIA MENTAL?

9. ¿QUÉ ENTIENDE POR TOXOPLASMOSIS Y POR INCOMPATIBILIDAD DEL FACTOR RH?

10. ¿A QUÉ SE DEBE EL MONGOLISMO EN EL NIÑO?

11. ¿CUÁLES SON LOS FACTORES PERINATALES QUE PRODUCEN DEFICIENCIA MENTAL?

12. ¿CUÁLES SON LOS FACTORES POSNATALES QUE ORIGINAN DEFICIENCIA MENTAL?

13. ¿CUÁLES SON LOS TRES GRADOS DE DEFICIENCIA MENTAL?

14. ¿CUÁL ES EL ÍNDICE DE CI DEL NIÑO NORMAL?

15. ¿CUÁL ES EL ÍNDICE DE CI DEL NIÑO SUPERDOTADO?

16. ¿CÓMO SE CLASIFICAN LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL INDIVIDUO?

17. ¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES PSICOLÓGICAS?

18. ¿CUÁLES SON LOS HÁBITOS QUE SE DEBEN DESARROLLAR?

ESCRIBA SOBRE LA LÍNEA EL NÚMERO QUE LE CORRESPONDA:

| | |
|---|--|
| 1. ES EL MODO DE PROCEDER DE UNA PERSONA. | ____ NECESIDADES SOCIALES |
| 2. CONSTITUCIÓN PARTICULAR DE UN INDIVIDUO QUE RESULTA DEL PREDOMINIO DE UN SISTEMA ORGÁNICO, EL CUAL SE MANIFIESTA EN SU MANERA DE OBRAR. | ____ DEFICIENTE MENTAL |
| 3. MODO DE SER, PERSONALIDAD, RASGO HEREDITARIO. | ____ HÁBITO |
| 4. ORGANIZACIÓN INTEGRADA CON TODAS LAS CARACTERÍSTICAS COGNOSCITIVAS, AFECTIVAS Y CONATIVAS; SE CARACTERIZA POR IMPULSOS FUNCIONALES Y RÍTMICOS, HUMOR E IMPRESIONABILIDAD FRENTE A LOS ESTÍMULOS. | ____ DEFICIENTE MENTAL MEDIO |
| 5. TIPOS DE PERSONALIDAD QUE PUEDE PRESENTAR UN INDIVIDUO NORMAL | ____ ASEO CORPORAL Y DE HIGIENE EN EL VESTIDO |
| 6. FACTORES QUE ORIGINAN DEFICIENCIA MENTAL. | ____ NECESIDADES PSICOLÓGICAS |
| 7. PRESENTA FALLAS EN EL DESARROLLO PSICOFÍSICO. | ____ NECESIDADES BIOLÓGICAS |
| 8. ES HABITUALMENTE INQUIETO, TANTO EN LA ESCUELA COMO EN EL HOGAR; ADEMÁS PRESENTA CRISIS CONVULSIVAS QUE PUEDEN SER EPILEPTOIDES, O BIEN TRATARSE DE ALTERACIONES DE MENOR IMPORTANCIA. | ____ PERSONALIDAD |
| 9. NO APRENDE A ESCRIBIR SU NOMBRE. | ____ TEMPERAMENTO |
| 10. NO LOGRA PASAR DEL CUARTO AÑO DE PRIMARIA | ____ CARÁCTER |
| 11. SU SATISFACCIÓN ES IMPRESCINDIBLE EN TODAS LAS ETAPAS DE LA VIDA, YA QUE DE LO CONTRARIO EL SER HUMANO NO PODRÍA SUBSISTIR. | ____ DEFICIENTE MENTAL PROFUNDO |
| 12. SON AQUELLAS DE CUYA SATISFACCIÓN DEPENDE EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y EL EQUILIBRIO EMOCIONAL DEL INDIVIDUO. | ____ PRENATALES, PERINATALES Y POSNATALES |
| 13. SON LAS QUE EL INDIVIDUO ESTIMA INDISPENSABLES PARA RELACIONARSE Y SOBRESALIR EN LA SOCIEDAD EN QUE VIVE. | ____ PATRÓN DE CONDUCTA |
| 14. ESTOS DOS HÁBITOS TIENEN QUE VER CON LA PRESENTACIÓN DE LA PERSONA Y TAMBIÉN SE ENCUENTRAN MUY VINCULADOS | ____ AGRESIVA O ESQUIZOIDE Y DEPRESIVA O EPILEPTOIDE |
| 15. COMPORTAMIENTO ADQUIRIDO POR LA FRECUENCIA PRÁCTICA DE UN ACTO | ____ DEFICIENTE MENTAL SUPERFICIAL |

UNIDAD II. LA EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA, COMUNICACIONES Y MÉTODOS DE TRATAMIENTO

PROPÓSITO

Identifica en que consiste el examen psiquiátrico así como las diferentes formas de comunicación que se llevan a cabo en los principales métodos de tratamiento psicoterapéutico.

LECTURAS

GÓMEZ Restrepo. Carlos. Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Médica Panamericana. 2018. Cuarta edición
SADOCK. Benjamin. Kaplan y Sadock. Manual de psiquiatría clínica. Lippincott. 2018. Cuarta edición

2.1. EL EXAMEN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

El examen del paciente psiquiátrico sigue, en lo general, el mismo modelo que otras especialidades de la medicina, pero con ciertas peculiaridades.

El proceso del diagnóstico se basa en la información clínica, el examen físico y los exámenes de laboratorio.

La evaluación psicopatológica es la fuente esencial de información. La psicopatología disciplina creada por Karl Jaspers basándose en la aplicación del método fenomenológico, será el equivalente en la psicopatología de la medicina general.

Su objetivo es el estudio de los fenómenos psíquicos anormales o patológicos.

En la actualidad se asiste a una época en la que la psicopatología parece periclitarse o carecer de nuevos desarrollos. Es probable que esta sea la causa del empobrecimiento de la psiquiatría clínica que viene simplificada y excesivamente esquematizada.

2.1.1. Diagnóstico psiquiátrico.

Las enfermedades pueden ser clasificadas de diferentes maneras: de acuerdo con sus manifestaciones clínicas, la fisiopatología, la etiología o algún procedimiento diagnóstico particular.

Las taxonomías médicas han seguido una secuencia que comienza con clasificaciones basadas en las manifestaciones observables más prominentes (fiebre, edema, convulsiones) seguidas por clasificaciones sustentadas en la morfología.

En psiquiatría exceptuando enfermedades como el Alzheimer que puede tener hallazgos característicos en los estudios por neuroimágenes y neuropsicológicos, la mayoría de los cuadros están definidos por el conjunto y evolución temporal de una serie de síntomas y signos. Es por esta razón que los modernos sistemas de clasificación psiquiátrica prefieren hablar de trastorno y no de enfermedad.

Se considera que se trata de una definición tan útil o práctica como cualquier otra y nombra a un síndrome clínico asociado con malestar o discapacidad significativos.

2.1.2. Los trastornos psiquiátricos.

El modelo nosológico clásico consideraba la existencia de entidades bien definidas o enfermedades que tenían un curso o historia natural característicos y que se podían definir con seguridad.

Las clasificaciones actuales adoptan un sistema de categorías en que los trastornos son considerados entidades definidas y mutuamente excluyentes. Existen muchos partidarios de la adopción de un sistema dimensional en el que cada caso puede ser clasificado basándose en la cuantificación de manifestaciones clínicas que se distribuyen de un modo continuo, lo que confiere una mayor flexibilidad.

2.1.3. El enfermo mental.

Estos se manifiestan en un individuo con ciertas particularidades las cuales incluyen su historia vital sus características psicológicas y lo que es muy importante en los países hispanoamericanos, su contexto cultural.

El médico debe estar familiarizado con las características de la cultura a la que pertenece el paciente si no quiere correr el riesgo de interpretar erróneamente las manifestaciones clínicas.

2.1.4. El nivel de análisis.

Los trastornos mentales pueden ser abordados desde diferentes niveles de análisis.

Aplicando la clásica distinción de Max Scheler se pueden distinguir los planos sensorial, vital, psíquico y espiritual. Desde el punto de vista de la investigación biológica actual se distingue el plano de las cogniciones, de los circuitos cerebrales, de las células cerebrales, de las proteínas y de los genes.

En realidad cualquier trastorno puede ser evaluado desde algunos de estos niveles y se puede encontrar una concomitancia de manifestaciones.

El cambio arbitrario de planos se encuentra en la base de mayoría de los reduccionismos de cualquier signo, ya se trate de explicar los trastornos psíquicos en términos de teorías sociológicas o de la genética molecular

2.2. LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

La psiquiatría es una especialidad médica, por lo tanto mantiene la estructura de la historia clínica clásica con algunas particularidades que son importantes para la especialidad.

A continuación se detallara un modelo de historia clínica el cual servirá de referencia:

1. ANAMNESIS.

Filiación: se deben registrar los datos de identificación y demográficos siguientes: nombres, apellidos, edad, sexo, estado civil, raza, grado de instrucción, ocupación, religión, dirección, teléfono, lugar de nacimiento procedencia, nombre del acompañante y relación que tiene con el paciente, fecha y hora de la elaboración de la historia clínica. Muchos de estos tienen implicancia clínica.

Tiempo de enfermedad. Se registra el tiempo transcurrido desde la aparición del primer síntoma, es necesario buscar activamente esta fecha ya que los pacientes o informantes tienden relacionar el inicio de la enfermedad con los momentos de mayor gravedad-

Episodio actual. En el caso de haberse presentado diversos episodios se debe precisar la fecha de inicio del episodio actual y anotar el tiempo transcurrido desde su inicio hasta la fecha de evaluación.

Forma de inicio. Súbito o insidioso.

Curso. Progresivo, intermitente o estacionario.

Síntomas y signos principales. Especificar aquellos síntomas y signos que al leerlos orienten al diagnóstico, por lo regular entre 3 y 4.

Relato. Los trastornos mentales y de la conducta al igual que cualquier enfermedad, tienen síntomas y signos los cuales son fundamentales para el diagnóstico por ello es importante su identificación y señalar sus características.

Funciones biológica. Por último se anotaran sus funciones biológicas y sus características.

Antecedentes personales

Fisiológicos. Se registran los antecedentes del embarazo, parto, desarrollo psicomotriz, desempeño escolar y conducta, la relación con la familia durante su desarrollo, la edad de inicio de las relaciones sexuales, la personalidad previa y el funcionamiento pre mórbido.

Patológicos. Se registran las enfermedades médicas que el paciente que ha sufrido o sufre, las intervenciones quirúrgicas las transfusiones sanguíneas las alérgicas y los medicamentos que el paciente este consumiendo.

Antecedentes familiares. Se registran los antecedentes patologías psiquiátricas de los familiares; incluir si algún miembro de la familia tuvo una consulta a con el psiquiatra o psicólogo, si recibió algún tipo de tratamiento y la respuesta a este.

2. EXAMEN FÍSICO. Es un componente importante de la historia clínica psiquiátrica y deberá realizarse, debido a que permite descartar otras causas de los trastornos mentales e identificar enfermedades asociadas.
3. EXAMEN MENTAL.
4. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA. El diagnóstico clínico por lo general se hace con base en los sistemas diagnósticos vigentes.
5. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES. Se plantearán otras posibilidades diagnósticas que deberán ser descartadas mediante las evaluaciones y los exámenes auxiliares necesarios.
6. PLAN DE TRABAJO. Se incluirán los exámenes auxiliares que serán solicitados, las interconsultas, las evaluaciones adicionales que se indiquen y el plan de tratamiento a largo plazo.
7. TERAPÉUTICA. De acuerdo con Goldman, se indicarán todas las medidas biológicas, psicológicas y sociales inmediatas necesarias para el tratamiento del paciente.
8. FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE REALIZA LA HISTORIA CLÍNICA. Identificará al profesional que realizó la historia

2.3. COMUNICACIONES

La comunicación es una característica universal del comportamiento humano cuya finalidad es recibir y transmitir información de y hacia los demás.

La comunicación verbal (el habla) consiste en una conversación cara a cara entre personas. Los mensajes que se reciben por radio, televisión, a través de conferencias impartidas a grupos y como entretenimiento a través de las canciones y del teatro, también son formas verbales de comunicación. Las enfermeras usan este tipo de comunicación para encontrar los logros, hablar con sus pacientes y compartir información con los familiares de los pacientes y miembros del personal, y enseñar a los estudiantes.

La comunicación no verbal utiliza gestos, símbolos, escritura y dibujos para informar, enseñar, ayudar o rechazar. Una expresión facial y un gesto pueden, juntos, transmitir gran variedad de mensajes positivos y negativos: alegría, amistad, bienvenida y, los más significativos para un lactante o niño, mensajes de amor, seguridad y comprensión. La cólera, el disgusto y el desprecio pueden manifestarse, sin duda, mediante expresiones faciales. Un gesto puede tener diversos significados para distintas personas o grupos. Las palabras escritas no tiene valor alguno si la persona a la que van destinadas no conoce el lenguaje de dicha escritura.

Incluso, cuando una regla se conoce, los mensajes deben escribirse para transmitir el significado de éstos a ambos, emisor y receptor. Un símbolo se puede confundir y convertir en fuente de ansiedad o hasta de peligro para la persona, si el receptor no conoce el significado de éste.

COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

Con frecuencia se utiliza la frase “comunicación terapéutica” en la práctica de la enfermería psiquiátrica y salud mental. El término terapéutico se define como: “cuidar, dar tratamiento”.

La comunicación que mantiene el personal de enfermería con los pacientes tiene como finalidad establecer una relación terapéutica. Es decir, la enfermera dirige la comunicación hacia el trabajo con el paciente para definir la actual o posible problema de salud; para examinar los recursos disponibles y la posibilidad del paciente de valerse por sí solo, para realizar y evaluar sobre una base continua los resultados de la acción continua.

La relación basada en la confianza entre la enfermera y el paciente se facilita cuando existe una información completa y precisa la cual es importante para las necesidades del bienestar y seguridad del paciente.

El personal de enfermería se encargara de mostrar las pizarras a los pacientes, revisar la información y proporcionárselos; los pacientes tendrán plena libertad de pedir explicaciones sobre la información que no entendieron. Las enfermedades de psiquiatría y salud mental han identificado algunos conceptos básicos de la comunicación terapéutica interpersonal, los cuales son importantes en todas las áreas de enfermería.

La enfermera y el paciente se aportarán esperanzas de sus mismos y del uno hacia el otro en la relación enfermera-paciente. El respeto y la aceptación de las diferencias en cuanto a creencias, formas de vida, tradiciones raciales y étnicas y valores son muy importantes en una relación terapéutica. Dentro del marco de aceptación y respeto existe también el concepto de que la enfermera tiene la responsabilidad de fomentar y ayudar a desarrollar un estilo de vida saludable. El personal de enfermería debe comprender el plan del tratamiento para dar respuestas a las preguntas y comentarios que formulen los pacientes.

Si el plan de tratamiento asume que será recomendada la continuidad del servicio o está prevista por el paciente para cuando se de alta es conveniente incluir a un representante de la institución de servicio, familiar, persona o grupo elegido por el paciente en el programa de alta.

Cuando los hospitales públicos dan de alta a los pacientes, los envían a ciertas residencias para que puedan hacer su propia elección. En general, el paciente lo acompaña una trabajadora social y una enfermera cuando hace estas visitas. Muchos establecimientos proporcionan transporte y cuidado diurno a los pacientes con la enfermedad del Alzheimer, corea de Huntington, enfermedad de Parkinson y otros padecimientos de la vejez.

En muchos casos, el estímulo de otros en el ambiente, una comida nutritiva en las tardes y un programa planificado de actividades, en general, disminuyen el efecto débilmente del aislamiento.

INFORMACIÓN PÚBLICA Y ENFERMERÍA

Existe un flujo de información relacionada con la salud mental, que comprende prácticas sanitarias personales y servicios disponibles, en todos los medios de comunicación. Los trabajos escritos pueden encontrar en periódicos, revistas, folletos, anuncios de conferencias especiales, talleres y programas de los medios de comunicación.

Los reportes grabados informan al turno de enfermería siguiente al estado del enfermo y de cualquier necesidad especial de este o los problemas de alguna unidad de hospital.

Los monitores de televisión de una estación central mantienen informadas a las enfermeras sobre los signos vitales del paciente y permiten una comunicación bilateral entre las enfermeras que se encuentran en la estación y el paciente que está en un cuarto.

Las teleconferencias, una conferencia por teléfono dirigida a varios participantes, permiten la transmisión entre un centro universitario y los trabajadores de la salud rurales, lo cual permite que un número mayor de miembros de una unidad continúe los programas de educación y actualice sus conocimientos. El alcance de la comunicación entre el personal de la salud parece ilimitado.

2.4. MÉTODOS DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

La enfermera de servicios psiquiátricos participará en una gran variedad de métodos terapéuticos para tratar las enfermedades emocionales. El grado de participación en dicho tratamiento depende de la filosofía del medio psiquiátrico y la eficiencia de la relación enfermera-paciente.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

La psicoterapia individual es un proceso que usa la relación terapeuta-paciente para identificar, examinar y llegar a comprender el problema del paciente. Su objetivo es brindar el apoyo necesario para afirmar la autocrítica en los pensamientos, los sentimientos y la conducta. Este proceso proporciona al paciente mayor capacidad para establecer y mantener las relaciones interpersonales y enfrentarse a la ansiedad en forma eficiente. A pesar de los ataques recientes a la psicoterapia como método efectivo de tratamiento, el proceso terapéutico refuerza la confianza del paciente hacia el terapeuta. El papel del psicoterapeuta requiere una especialización en el campo de la psicodinámica del desarrollo y conducta del hombre y en la ciencia de la psicoterapia.

PSICOTERAPIA GRUPAL

Tradicionalmente, la terapia grupal describe un método en el que varias personas asisten a un número determinado de sesiones dirigidas por un terapeuta o coterapeuta. La finalidad de esta terapia es estimular la autocrítica en la conciencia de sus pensamientos, sentimientos y conducta. Las ventajas de dicha terapia se derivan a partir de que los problemas emocionales comprenden sentimientos y conducta dirigidos hacia otras personas. A través de la retroalimentación y apoyo del grupo, se alienta a los individuos a cambiar su conducta y establecer nuevas relaciones interpersonales satisfactorias con los demás.

Algunos tipos de grupos que existen hoy en día son grupos para solución de problemas, de remotivación, reeducación, reconstrucción de la personalidad y grupos de apoyo.

TERAPIA FAMILIAR

El objetivo principal de la terapia familiar es tratar como un sistema social. La terapia familiar es una forma de terapia grupal en la cual el paciente y sus familiares trabajan juntos para tener autocrítica en sus conflictos emocionales. Las raíces de los problemas emocionales se encuentran, por lo regular, en las interacciones interpersonales complejas que tienen lugar dentro del hogar. Los conflictos entre familiares con frecuencia obstaculizan la comunicación, lo cual hace difícil o hasta imposible que puedan resolver sus problemas sin ayuda. Los objetivos de esta terapia son ayudar a los familiares a conocer las necesidades de cada uno, reducir o resolver sus conflictos y ansiedades, establecer relaciones adecuadas, ayudarlos a enfrentarse en forma satisfactoria a los conflictos de su núcleo familiar y fomentar un clima emocional propicio para un crecimiento saludable de la familia.

TERAPIA AMBIENTAL

La terapia ambiental se define como “una manipulación científica del ambiente cuyo objetivo es producir cambios en la personalidad del enfermo”. Esta forma de terapia tiene como fin utilizar el ambiente, incluyendo los alrededores físicos, miembros del personal y un plan específico cuya finalidad es lograr apoyar y mantener la salud mental del paciente. El plan comprende el ambiente vital y las experiencias en la comunidad con la esperanza de que los pacientes trabajen con el personal para adquirir independencia, capacidad para cuidarse a sí mismos y satisfacción en la vida diaria. Los miembros del personal siguen un plan constante y elaborado cuidadosamente para fomentar la independencia y la iniciativa y de esa manera ayudar a los pacientes en lo que sea necesario, dándoles las oportunidades que requieran para elegir.

TERAPIA SOMÁTICA

La terapia somática es el tratamiento de una persona emocionalmente enferma a través de medios fisiológicos. La terapia electroconvulsiónante, la terapia del coma insulínico, la psicocirugía, el tratamiento ortomolecular y la hidroterapia son formas de tratamiento que pueden complementar a los medicamentos y la psicoterapia. Los tratamientos somáticos en general, se caracterizan por el efecto que producen en los patrones de conducta del paciente, lo que permite que un enfermo demasiado ansioso o deprimido sea más accesible a los planes terapéuticos o psicoterapéuticos.

Las políticas y procedimientos de los medios de tratamiento dictan los procedimientos específicos de enfermería para los tratamientos somáticos. Sin embargo, el manejo de la enfermería requiere una gran capacidad de observación y conocimiento de las medidas de urgencia. El personal debe conocer las medidas prescritas y la ubicación de los equipos y suministros de urgencia. Se deberán informar de inmediato todos los síntomas o reacciones no usuales.

Los pacientes que reciben terapia electrónica, con frecuencia, manifiestan confusión, desorientación y pérdida de la memoria después del tratamiento. El apoyo que el personal de enfermería proporcione durante los periodos de confusión y la ayuda que brinde al paciente en su reorientación, estimularán los patrones de conducta más saludables.

LA COMUNIDAD TERAPEUTICA

Como método de tratamiento, el modelo de la comunidad terapéutica se utiliza para tratar una gran variedad de problemas conductuales de tipo emocional. El programa es útil en el tratamiento de quienes abusan de sustancias o hayan sido institucionalizados por un periodo corto o largo (tanto los jóvenes como los ancianos se ven beneficiados del ambiente protector).

El objetivo principal de la comunidad terapéutica es ayudar a la persona a adquirir un sentido de responsabilidad hacia sí misma y los demás. Esto se logra dentro de un ambiente hogareño donde los pacientes y el personal compartan la responsabilidad de la vida diaria. Cada persona tiene la oportunidad de ensayar nuevas conductas en un ambiente seguro. El uso de los principios de la modificación de la conducta por parte de los miembros del grupo en la toma de decisiones, ayuda a los pacientes a ser más responsables, independientes y a gobernarse por sí mismos. El cuidado y la convivencia se constituyen en los principios directrices de todos los pacientes.

La enfermera, como miembro de la comunidad desempeña un papel de modelo y asesor de los pacientes. La capacidad del personal para ser abiertos, cuidar y compartir los pensamientos y sentimientos ayudan a determinar el valor de este programa humanístico.

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

Los tranquilizantes son un complemento invaluable de los factores del ambiente sobre los que se basa el cuidado psiquiátrico contemporáneo. Los medicamentos por si solos no constituyen el remedio de las enfermedades emocionales sino que son agentes que mitigan ciertos síntomas y permiten a las personas participar en otras formas de tratamiento.

Consideraciones de enfermería

Es de gran importancia mantener comunicación con los pacientes a quienes de les prescriben medicamentos psicofarmacológicos. Los pacientes necesitan tener la seguridad de que la enfermera entiende sus preocupaciones, sobre todo cuando sienten molestias poco comunes que se relacionan con el medicamento. La observación de los síntomas revelara efectos secundarios, los cuales deben conocer los pacientes, por su propia comodidad y seguridad. El comentario "no se preocupe" es inadecuado y puede aumentar el grado de ansiedad o tensión que experimenta, aunque el malestar se aminoro. Es muy importante que los pacientes no realicen actividades peligrosas para su seguridad. La mayoría de los enfermos pueden entender y aceptar las advertencias sobre la ingestión de alcohol, manejar un coche y subir las escaleras. En general el paciente informa sobre mareos, náuseas y muchos otros efectos secundarios posibles que producen molestias, los cuales deben informarse al supervisor o médico. Es posible que los pacientes no refieran confusión o temblores, aunque los sientan y se atemoricen, ya que tratan de ignorarlos u ocultarlos. En una unidad de hospital las enfermeras pueden observar los efectos secundarios incluso antes que el paciente los refiera. Si el paciente está siendo tratado en una clínica, una instalación de cuidados diurnos o en casa, será muy útil dar al paciente y a un familiar una lista que contenga todos los efectos secundarios posibles e instrucciones sobre las medidas que se realizaran si se presentaran. Esto permite al paciente involucrarse en la responsabilidad de las prácticas de salud personal y puede disminuir la ansiedad relacionada con la falta de conocimiento sobre lo que sucede.

Clasificación de los medicamentos psicoterapéuticos

En este apartado se estudian dos clases de medicamentos psicoterapéuticos tranquilizantes y modificadores del estado de ánimo. Anteriormente, los tranquilizantes se clasificaban según su origen mayor o menor. En la actualidad, generalmente, se acepta que los tranquilizantes mayores son los neurolépticos o ataracticos. Los neurolépticos se utilizan en el tratamiento de síntomas psicóticos. Los tranquilizantes menores se usan para tener una conducta apacible, mitigar la ansiedad y los síntomas característicos de estados neuróticos. Los ansiolíticos o antineuróticos no se consideran efectivos en el tratamiento de los síntomas psicóticos. Los modificadores del estado de ánimo o psicoestimulantes se usan para tratar la depresión. Los psicoestimulantes están compuestos de agentes antidepresores o antimaniacos. Su efecto es estimular la energía, produciendo acciones que levanten el estado de animo de las personas deprimidas o controlar los episodios maniacos en la enfermedad maniaco-depresiva.

Tranquilizantes

Agentes neurolépticos o antipsicóticos (tranquilizantes mayores)

El uso de antipsicóticos ha producido cambios importantes en el tratamiento de las enfermedades emocionales. Los alcaloides de rauwolfia fueron las primeras sustancias farmacológicas que se usaron como neurolépticos. Se cree que las preparaciones hechas con esta sustancia se utilizaron en la india durante siglos en el tratamiento de varias enfermedades. Hoy en día, los alcaloides de rauwolfia rara vez se usan, salvo por sus propiedades antihipertensivas.

Los neurolépticos se dividen en varios grupos que se distinguen químicamente. Se caracterizan por ejercer un efecto tranquilizador en las conductas alteradas y mejorar el estado de ánimo de pacientes psicóticos, sin producir dependencia o sedación acentuada. Químicamente, los neurolépticos son más potentes y tóxicos que los ansiolíticos. La depresión de los centros cerebrales inferiores y de la actividad motora en general así como la presencia de síntomas extrapiramidales constituye efectos característicos sobre el sistema nervioso central.

Los antipsicóticos que más se utilizan son las fenotiacinas. Se cree que las fenotiacinas más potentes tienen la más alta frecuencia de efectos secundarios extrapiramidales. Se sabe que las demás tienen una frecuencia mayor como sedante e hipotensores. Unas características más de este grupo son sus propiedades antieméticas. En general, la potencia antiemética equivale a las propiedades antipsicóticas.

Neurolépticos (tranquilizantes mayores)

Fenotiacinas

- Thorazine (clorhidrato de clorpromacina)
- Vesprin (clorhidrato de trifluorpromacina)
- Mellaril (clorhidrato de tioridacina)
- Serentil (besilato de mesoridacina)
- Quide (piperacetacina)
- Stelazine (clorhidrato de trifluoperacina)
- Tindal (malcato de butaperacina)
- Repoise (maleato de procloroperacina)
- Proxilin (clorhidrato de flufenacina)
- Trilafon (perfenacina)
- Compazine (maleato de procloroperacina)
- Taractan (cloroprotixeno)
- Navane (clorhidrato de tiotixeno)
- Haldol (haloperidol)
- Loxitane (succinato de loxapina)

Consideraciones de enfermería

- Permanecer con el paciente hasta que se haya tomado el medicamento.
- Recomendarle que se siente o acueste cuando sienta vértigo o desfallecimiento
- Aconsejarle que se incorpore con lentitud si está acostado, y se siente en la orilla de la cama durante un minuto o dos antes de empezar a caminar. Si se encuentra afligido, llamar a una enfermera.
- Observar si el paciente farfulea, presenta vértigo o ataxia. Estos síntomas indican intoxicación aguda y debe informarse de inmediato al supervisor médico.
- Recomendar al paciente no manejar ni operar equipo o maquinaria peligrosa sin aprobación médica. También hay que advertirle que no suba escaleras.
- Darle instrucciones de no exponerse demasiado al sol, si se expone que use sombrero y manga larga.
- Informar a los pacientes las posibles reacciones alérgicas y efectos secundarios que pueden presentarse y que se relacionan a menudo con los tranquilizantes, mencionárselos al paciente.
- Aconsejarle que evite tomar cualquier bebida alcohólica ni siquiera cerveza suave.
- Recomendar al paciente que consulte a su supervisor o médico si presenta insomnio persistente o confusión.
- Vigilar la ingestión y excreción del paciente y observar si se presenta distensión abdominal, estreñimiento y retención urinaria.

- Comunicarle que algunas veces los neurolépticos interfieren con las relaciones sexuales en los hombres y que puede solucionarse ajustando la dosis del medicamento.
- Observar e informar cualquier irregularidad en la menstruación y la lactancia o si la libido se incrementa o se presenta congestión de los senos en las mujeres.
- Comunicarle que deberá hacerse exámenes de la vista con regularidad. Detectar cualquier dificultad visual y comunicarlo al supervisor o médico.
- Mencionar a los pacientes que la suspensión repentina de los neurolépticos puede producir náuseas, vómito, dolor de cabeza, taquicardia con sudación e insomnio.

Ansiolíticos o antineuróticos (tranquilizantes menores)

Los ansiolíticos son una clasificación nueva de los agentes contra la ansiedad o tranquilizantes menores. Se usan en el tratamiento de pacientes con ansiedad ligera a moderada. También se prescriben para provocar relajación muscular y en casos de tensión relacionada con factores ambientales. A veces, se recetan dosis mayores para tratar la agitación aguda que presentan los psicóticos, con frecuencia, estos medicamentos se usan también en el tratamiento de la artritis reumatoide, trastornos convulsivos, supresión de alcohol, tensión premenstrual, angina de pecho, asma y como premedicación para inducir el sueño en una cardioversión o cirugía.

Todos los ansiolíticos pueden producir dependencia física y psicológica, la suspensión repentina de dosis altas puede provocar convulsiones, estado de coma o hasta la muerte. Si un paciente ha recibido dosis elevadas de estos medicamentos, en general, el médico ordena la reducción gradual de la dosis durante semanas o meses.

Los efectos secundarios que con frecuencia se relacionan con estos medicamentos son: somnolencia, reacciones alérgicas, discrasias sanguíneas, prurito, menor tolerancia al alcohol, confusión, frecuencia urinaria, náuseas, vómito, estreñimiento, debilidad generalizada, farfalleo, espasmos bronquiales, dolor de cabeza, hipotensión, vértigos y reacción anafiláctica. Estos medicamentos están contraindicados en niños menores de cinco años o en personas hipersensibles.

Ansiolíticos (tranquilizantes menores)

Benzodiazepinas

- Librium (clorhidrato de clordiazepóxido)
- Traxene (cloracepato dipotásico)
- Azene (cloracepato monopotásico)
- Valium (diazepam)
- Ativan (diazepam)
- Serax (oxecapam)
- Restoril (temacepam)
- Centrax (pracepam)

No benzodiazepinas

- Tybatran (tibamato)
- Equianil (meprobamato)
- Sinequan (clorhidrato de doxepina)
- Vistaril, atarax (clorhidrato de hidroxicina)

Modificadores del estado de ánimo

Los modificadores del estado de ánimo se clasifican en tres grupos que se diferencian químicamente: inhibidores de la monoaminoxidasa, antidepresores tricíclicos y sales de litio

Inhibidores de la monoaminoxidasa

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) fueron los que se sintetizaron primero, a principios de la década de 1950. También constituyeron los primeros antidepresivos que se introdujeron en el tratamiento de la depresión. No se conoce exactamente el mecanismo de acción. Se utilizan principalmente para tratar trastornos de la personalidad y psicosis que se caracterizan por una depresión notable, melancolía involutiva y reacciones depresivas en las psicosis maniaco-depresivas.

Estos medicamentos están contraindicados cuando existen antecedentes de hipersensibilidad, funciones renales alteradas, antecedentes de enfermedad renal, hipertiroidismo, epilepsia, arteriosclerosis, enfermedad cerebrovascular, esquizofrenia paranoide, glaucoma, hipernatemia, enfermedad cardiovascular y colitis atónica.

Inhibidores de la monoaminoxidasa

Nardil (sulfato de fenelcina)
Marplan (isocarboxacida)
Parnate (sulfato de tranilcipromina)

Consideraciones de enfermería

- aconsejar al paciente no tomar ningún otro medicamento, sin supervisión médica, durante la terapia o dos o tres semanas después de ella.
- Nunca deben administrarse inhibidores de la MAO con antidepresivos tricíclicos, como tofranil, elavil y norpramin.
- Indicarle que debe evitar la ingestión de alimentos ricos en tiramina, como queso, vino o cualquier producto añejado.
- Tomar con frecuencia los signos vitales del paciente y detectar si hay hipertensión ya que indicaría la suspensión del tratamiento.
- Advertirle que deberá evitar las bebidas que contengan estimulantes. El café, la coca-cola y las bebidas alcohólicas deben omitirse durante el tratamiento.
- Observar si el paciente presenta edema periférico u otros síntomas que indiquen insuficiencia cardíaca congestiva.
- Preguntar al paciente si presenta visión roja-verde para detectar los primeros signos de daño óptico.
- Vigilar la ingestión y excreción del paciente para detectar alguna posible retención urinaria.

Antidepresores tricíclicos

El grupo de antidepresores tricíclicos no inhibe a la enzima monoaminoxidasa, por esta razón con frecuencia se les conoce como antidepresores no inhibidores de la MAO. Químicamente, los antidepresores tricíclicos se parecen a las fenotiacinas. Entre sus reacciones se incluyen los efectos anticolinérgicos, antihistamínicos, anticonvulsivos, hipotensores y sedativos. Los antidepresores tricíclicos se usan principalmente en el tratamiento de depresiones endógenas y reactivas. En general, se prefiere la utilización de estos y no la de los inhibidores de la MAO, ya que se cree que son menos tóxicos. A veces se usan para tratar la enuresis en los niños. También pueden usarse cuando se indica la terapia electroconvulsiva. Los efectos secundarios que con frecuencia producen los antidepresores tricíclicos son: reacciones parecidas a las de la atropina (boca seca, dolores de cabeza, temblores musculares, ataxia, insomnio, pirois, taquicardia, náuseas, vómito, hipotensión ortostática), reacciones alérgicas, manías agudas, síntomas similares a la enfermedad de Parkinson, agitación y ansiedad.

Antidepresores tricíclicos

Tofranil (clorhidrato de imipramina)
Elavil (clorhidrato de amitriptilina)
Norpramin (clorhidrato de desipramina)
Aventyl (clorhidrato de nortriptilina)
Vivactil (clorhidrato de protriptilina)
Surmontil (malcato de trimipramina)

Consideraciones de enfermería

- Indicar al paciente que no debe tomar ningún otro medicamento sin supervisión médica durante la terapia o dos a tres semanas después de ella.
- Advertirle que la suspensión repentina de la terapia puede ocasionar reacciones características de la supresión. Proporcionarle una lista con las reacciones siempre que sea conveniente.

Sales de litio

Para la finalidad de este apartado, el carbonato de litio se considera como modificador del estado de ánimo. En general, se ha clasificado como antipsicótico o mixto. El autor lo considera un modificador por el efecto que ejerce en el estado de ánimo de personas maníacas. Se ha usado exclusivamente en el tratamiento de la fase maníaca de la psicosis maniaco-depresiva. Su mecanismo de acción se desconoce. Con frecuencia deben vigilarse las cifras séricas de litio, puesto que la diferencia entre las cifras terapéutica y tóxica es pequeña. Los primeros signos de intoxicación por litio son: vómito, diarrea, somnolencia y ataxia. (Para disminuir la posibilidad de una intoxicación por litio, también se deben vigilar las cifras de sodio y mantenerlas dentro de los límites normales). Otros efectos secundarios relacionados con la terapéutica a base de litio, son sed, poliuria, temblores leves, anorexia, farfalleo, fatiga y malestar. Las reacciones graves pueden ser convulsiones, oliguria, insuficiencia circulatoria, estado de coma y muerte.

Agentes antimaniacos

Carbonato de litio

Consideraciones de enfermería

- Advertir al paciente que se presenta diarrea, náuseas, vómito, somnolencia y debilidad muscular debe comunicarlo al supervisor médico y suspender la terapia de litio.
- Informarle que se deben vigilar con frecuencia las cifras séricas de litio, ya que la diferencia entre las cifras terapéuticas y tóxicas es mínima.
- Comunicarle que no debe consumir sal en cantidades excesivas.
- Recomendarle que el sudor o la diarrea excesivos sugieren la necesidad de una consulta médica.
- Indicarle que debe mantener la ingestión de líquidos en dos o tres litros al día.
- Aconsejarle que evite realizar actividades físicas excesivas.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

ACTIVIDADES ESCOLARIZADAS

- Contestar los ejercicios de autoevaluación
- Entregar informes
- Entregar investigaciones

ACTIVIDADES NO ESCOLARIZADAS

- Realice un informe de comunicación con el paciente, describa las respuestas de este y evalúe la eficacia de la comunicación.
- Pida ayuda a su maestro para elaborar un plan sobre cuidados de enfermería a un paciente, use un ejemplo específico del estado del paciente.
- Si es posible participe en un plan dirigido a un paciente que haya sido enviado a una organización de servicios de apoyo.
- Suponga que a un paciente o amigo lo han hospitalizado para darle tratamiento y al dársele de alta se le dieron instrucciones de continuar con un medicamento neuroléptico. Usted espera aconsejar al paciente en lo que se refiere a la medicación. Enumere los signos y síntomas importantes y describa lo que haría en caso de que se presentaran (describalos).
- Investigue los tipos de terapia que se dan al paciente psiquiátrico en su centro de trabajo
- Investigar el formato de historia clínica que se utiliza en su centro de trabajo
- Trate de platicar con un paciente que se le haya diagnosticado depresión. Informe sobre los comentarios y reacciones del paciente. Que su papel sea escuchar y observar. Presente su exposición a los miembros de la clase.
- Suponga que se le asigna a un paciente a quien se le ha recetado un medicamento psicoterapéutico. Describa algunos signos o síntomas de conducta que se describieron en la presentación del medicamento y sus posibles efectos. Elabore un resumen para discutirlo en su clase.

**AUTOEVALUACIÓN
CUESTIONARIO**

1. ¿EN QUÉ CONSISTE LA EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA?

2. ¿CUÁLES SON LOS DIFERENTES NIVELES DE ANÁLISIS DE ACUERDO A MAX SCHELER?

3. ¿CÓMO SE CONSIDERA A LA HISTORIA CLÍNICA?

4. ¿CUÁLES SON LOS DATOS GENERALES QUE DEBE LLEVAR LA ANAMNESIS?

5. ¿CÓMO SE DEFINE EL TÉRMINO COMUNICACIÓN?

6. ¿CUÁLES SON LOS DIFERENTES TIPOS DE COMUNICACIÓN?

7. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA?

8. ¿CUÁLES SON LOS DIFERENTES TIPOS DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO?

9. ¿EN QUÉ CONSISTE LA TERAPIA FAMILIAR?

10. ¿EN QUÉ CONSISTE LA PSICOTERAPIA GRUPAL?

11. ¿EN QUÉ CONSISTE LA TERAPIA SOMÁTICA?

12. ¿PARA QUÉ ES UTILIZADO EL MODELO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA?

13. ¿CUÁL ES LA CLASIFICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS?

14. ¿CUÁL ES LA CLASIFICACIÓN DE LOS TRANQUILIZANTES?

15. ¿PARA QUÉ SE UTILIZAN LOS MODIFICADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO?

ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS VACÍO EL NÚMERO QUE LE CORRESPONDA:

| | |
|--|---|
| 1. NIVELES DE ANÁLISIS DE LOS TRASTORNOS MENTALES DE ACUERDO A MAX SCHELER. | () COMUNICACIÓN VERBAL |
| 2. ES UN DOCUMENTO MÉDICO LEGAL, EN EL QUE DEBEN REGISTRARSE TODOS LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS, LOS FACTORES ASOCIADOS RELACIONADOS CON EL TRASTORNO PSIQUIÁTRICO Y LOS QUE INFLUYEN EN SU PRONÓSTICO. | () TERAPIA FAMILIAR |
| 3. CONSISTE EN UNA CONVERSACIÓN CARA A CARA ENTRE PERSONAS | () TERAPIA SOMÁTICA |
| 4. UTILIZA GESTOS, SÍMBOLOS, ESCRITURA Y DIBUJOS PARA INFORMAR, ENSEÑAR, AYUDAR O RECHAZAR. | () MODIFICADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO |
| 5. ES LA COMUNICACIÓN QUE MANTIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON LOS PACIENTES. | () HISTORIA CLÍNICA |
| 6. DESCRIBE UN MÉTODO EN EL QUE VARIAS PERSONAS ASISTEN A UN NÚMERO DETERMINADO DE SESIONES DIRIGIDAS POR UN TERAPISTA O COTERAPISTA | () TERAPIA AMBIENTAL |
| 7. ES EL TRATAMIENTO DE UNA PERSONA EMOCIONALMENTE ENFERMA A TRAVÉS DE MEDIOS FISIOLÓGICOS. | () ANSIOLÍTICOS |
| 8. ES UN PROCESO QUE USA LA RELACIÓN TERAPISTA-PACIENTE PARA IDENTIFICAR, EXAMINAR Y LLEGAR A COMPRENDER EL PROBLEMA DEL PACIENTE | () TRANQUILIZANTES Y MODIFICADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO |
| 9. ESTE MODELO SE UTILIZA PARA TRATAR UNA GRAN VARIEDAD DE PROBLEMAS CONDUCTUALES DE TIPO EMOCIONAL. | () NEUROLÉPTICOS |
| 10. UNA MANIPULACIÓN CIENTÍFICA DEL AMBIENTE CUYO OBJETIVO ES PRODUCIR CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD DEL ENFERMO. | () PSICOTERAPIA GRUPAL |
| 11. ES UNA FORMA DE TERAPIA GRUPAL EN LA CUAL EL PACIENTE Y SUS FAMILIARES TRABAJAN JUNTOS PARA TENER AUTOCRÍTICA EN SUS CONFLICTOS EMOCIONALES | () COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA |
| 12. ES LA CLASIFICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS. | () PSICOTERAPIA INDIVIDUAL |
| 13. SE UTILIZAN EN EL TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS. | () COMUNIDAD TERAPÉUTICA |
| 14. ESTOS MEDICAMENTOS SE USAN PARA TENER UNA CONDUCTA APACIBLE, MITIGAR LA ANSIEDAD Y LOS SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DE ESTADOS NEURÓTICOS. | () PLANOS SENSORIAL, VITAL, PSÍQUICO Y ESPIRITUAL |
| 15. SU EFECTO ES ESTIMULAR LA ENERGÍA, SE USAN PARA TRATAR LA DEPRESIÓN. | () COMUNICACIÓN NO VERBAL |

UNIDAD III. ENFERMEDADES MENTALES Y ELEMENTOS DE ENFERMERIA PSIQUIATRICA

PROPÓSITO

Identifica las enfermedades mentales y psiquiátricas, su tratamiento y las acciones de enfermería que se le dan en este tipo de pacientes.

LECTURAS

GALIANA Roch José Luis.. Enfermería psiquiátrica. Elsevier. 2016. Primera edición
HALTER Jordan Margaret. Varcarolis. Manual de planes de cuidado en enfermería psiquiátrica: Un enfoque interprofesional. E-Book. Elsevier. 2019. Sexta edición

3.1. FACTORES PREDISPONENTES

El incremento de los trastornos mentales en nuestra sociedad y en otros de los países del mundo es motivo de gran preocupación y surgen como resultado de fenómenos ambientales, políticos, económicos y sociales, principalmente en las grandes urbes. En estas el hacinamiento, el desempleo, la desintegración familiar y la insuficiencia de los satisfactores, básicos se convierten en causa y efecto de desajustes sociales y psicológicos que en buena medida explican la farmacodependencia, el alcoholismo y la presentación de conductas aberrantes en los individuos, algunas de las cuales llegan a la depresión que incluso puede llegar al suicidio.

En nuestro país así como en otros desarrollados y subdesarrollados, los problemas de salud mental tienden a crecer aceleradamente en función de los siguientes factores:

1. Existe una relación directa entre fenómenos migratorios, desorganización familiar y aparición de enfermedades mentales.
2. Las fuentes de tensión que se incrementan paralelamente a la industrialización al crecimiento demográfico y a la urbanización, son factores que organizan la drogadicción.
3. Los problemas de salud mental aparecen con mayor frecuencia en las clases desprotegidas por la insatisfacción de sus necesidades básicas desde el nacimiento.
4. Gran parte del ausentismo laboral entre los trabajadores esta ocasionado por padecimientos neuróticos incapacitantes.
5. Entre los empleados existe mayor prevalencia de neurosis, psicosis, retrasa mental y adicciones.
6. Durante las épocas de depresión económica existe un aumento considerable en el número de personas afectadas de patología general.

De acuerdo con los factores enumerados, como predisponentes y que precipitan trastornos mentales así como el incremento del estrés, por el crecimiento natural de la población, no solo podemos esperar que la prevalencia de trastornos mentales la farmacodependencia y el alcoholismo se mantengan en los límites actuales.

3.2. HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

Es una alternativa para atender a un número considerable de pacientes o de quienes o que, debido a sus características de sus sintomatología, no es posible tratar en un medio familiar; o para aquellos cuyas conductas representan un peligro para sí mismos, su familia o la sociedad.

Es indispensable que existan hospitales psiquiátricos de tercer nivel, que cuenten con la infraestructura necesaria, tanto como física y técnica humana, o para proporcionar tratamiento psiquiátrico de la más alta calidad a pacientes que requieran de sus servicios en sus diversas modalidades, en un lapso corto de hospitalización. Es decir, unidades encargadas de atender la población de adulta, de ambos sexos, con padecimientos psiquiátricos agudos o crónicos agudizados, en hospitales que presten servicios de 24 horas del día, los 365 días del año. Para cumplir esa misión hospitalaria es necesario tener en consideración los siguientes principios fundamentales:

1. Respetar la dignidad del enfermo psiquiátrico.
2. Incrementar los valores de servicio.
3. Promover la participación activa de los familiares en atención y rehabilitación de los pacientes.
4. Mejorar la capacitación y actualización del personal médico, paramédico y administrativo.

5. Promover la investigación clínica, farmacológica y servicios de salud.
6. Elevar la calidad de la enseñanza y de la formación de recursos humanos especializados en psiquiatría en particular y en salud mental general.

La disciplina que estudia trastornos mentales es la psiquiatría, y el médico especialista en el tratamiento de los mismos el psiquiatra.

3.3. CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES MÁS COMUNES

Las enfermedades mentales más comunes son las neurosis, la psicosis y la oligofrenia.

- Ansiedad histérica
- Historia conversiva
- Depresión neurótica
- Hipocondrías
- Personalidades psicópata
- Adicciones o toxicomanías
- Estados impulsivos
- Desviaciones sexuales
- Angustia
- Neurosis fóbica
- Neurosis obsesiva
- Anorexia mental

3.3.1. NEUROSIS

Concepto general

Es conveniente establecer desde un principio la imposibilidad de efectuar una demarcación precisa en la neurosis y los desajustes emocionales menores o pasajeros de las personas normales, los diferentes entre las cuantitativas.

Las neurosis traumáticas o agudas en las que un sujeto sano sufre una desorganización transitoria de sus capacidades adaptivas en respuesta a una situación difícil de superar, se distinguen de la psiconeurosis en el que la organización de las capacidades adaptivas del sujeto sufre perturbaciones que datan de la infancia y lo incapacitan para enfrentarse a los problemas de la vida.

Los conflictos en la neurosis

Son condiciones patológicas siempre presentes en la psiconeurosis. Un conflicto ocurre cuando el organismo reacciona con igual intensidad y de forma simultánea a un número de sentimientos o ideas contradictorias.

En los seres humanos los conflictos se producen por la frustración originada al no poder satisfacer las necesidades básicas.

La presencia de conflictos es universal e inevitable debido a la oposición entre los intereses de los individuos y las restricciones que en beneficio de la convivencia social se imponen al niño antes de que sea capaz de valorarlas o rechazarlas inteligentemente.

Síntomas neuróticos

Son el resultado de la manera en que el individuo manifiesta su deseo de conciliar tendencias antagónicas y de establecer interrelaciones con las demandas del medio ambiente en el que se encuentra.

El síntoma un impulso inconsistente es simultáneamente reprimido y satisfecho.

Los principales síntomas de la neurosis son:

- Astenia
- Problemas hipocondriacos
- Problemas sexuales
- Trastornos del sueño
- Trastornos de las conductas alimenticias
- Problemas de conducta al nacer

Etiología

Las neurosis fueron entendidas de acuerdo con el concepto de clásico de enfermedad y por tanto como entidades nosológicas compuestas de síntomas característicos.

En suma se pueden afirmar que el proceso neurótico se inicia en la infancia pero la angustia queda oculta de tal modo que no puedan valorarse los pedidos.

Diversas manifestaciones de la neurosis

Ansiedad histérica

La angustia "flotante" es decir; la angustia desligada de contenidos ideológicos y acompañados de una sintomatología se contribuye como la patología de la ansiedad histérica.

En tanto que en la sintomatología de otras neurosis se advierten los intentos de evitar el desequilibrio ocasionando la participación de mecanismos defensivos secundarios.

Histeria conversiva

Tiene una larga historia. Hipócrates la consideraba exclusiva de las mujeres y atribuyo los síntomas a las posiciones del útero, lo que suponía una etiología sexual.

En la historia los síntomas ocurren principalmente en órganos inervados por el sistema nervioso de relación y se caracteriza por ceguera, sordera, trastornos motores, perturbaciones de la conciencia y otros síntomas que resultan de la utilización de los canales normales de las inervaciones expresivas pero circunstancias inadecuadas.

El enfermo histérico tiene dificultad para expresar afectos reales de ahí su tendencia a simular y dramatizar emociones que en realidad no puede sentir a causa de presentar neurosis obsesivo-compulsiva.

Las personas obsesivas son generalmente rígidas convencionales, frugales, parsimoniosas, pedantes, tercas y exactas.

Hipocondriasis

Se aplica en que las situaciones en la que predomina un estado de ansiedad por el cuerpo y un temor a sufrir enfermedades. Este procedimiento frecuentemente acompaña a ciertos estados de depresión o los sustituye y la expresa a la necesidad de sufrir, derivada de un sentimiento de culpabilidad inconsciente.

Personalidad

La personalidad psicópata puede ser atendida como una neurosis en la que el paciente evidencia su conflicto neurótico en la vida diaria. Se manifiesta por un modo recurrente en conducto antisocial que no he influido en por normas culturales.

El sujeto vive una pugna, tanto con la sociedad como consigo mismo, realiza actos que demuestran su irresponsabilidad. A diferencia del psicótico el psicópata distingue claramente entre lo bueno y lo malo, la psicopatía tiene gran similitud con las perversiones y con las neurosis compulsivas de las que difiere en la conducta antisocial no se limita a ciertos actos sexuales o destructivos.

Adicciones o toxicomanías

Puede definirse como tendencia irresistible a tomar sustancias tóxicas de una manera abusiva y repetida, dentro de las toxicomanías se incluyen principalmente la formación de dependencia y el alcoholismo que es la toxicomanía social más común.

Farmacodependencia

Algunas drogas e incluso ciertos medicamentos se convierten en indispensables para el equilibrio fisiológico del individuo cuando se utilizan de forma constante. Esto da lugar a que en el individuo se presenten dos tipos de dependencia física y psíquica.

Dependencia física. Es un falso equilibrio físico que el sujeto obtiene mediante la droga. Se caracteriza por diversas manifestaciones somáticas que aparecen en caso de abstinencia de la droga hasta entonces utilizada. Implica la noción de una sustancia y la necesidad de aumentar la dosis para obtener el mismo efecto.

Dependencia psíquica. Es el deseo irresistible que experimenta un individuo de consumir una droga aunque no esté unido necesariamente a una necesidad fisiológica. Esta dependencia puede existir durante algunos años con ausencia de manifestaciones somáticas.

De acuerdo con su efecto predominante, las drogas se clasifican en sedantes, estimulantes y onírógenas. Todas aquellas pueden ocasionar las complicaciones siguientes:

- Intoxicación de menor a mayor grado
- Complicaciones infecciosas
- Reacciones de abstinencia
- Trastornos psíquicos

Alcoholismo

Puede definirse como una neurosis caracterizada por la ingesta compulsiva y repetitiva de alcohol, el cual se convierte, progresivamente en un sustituto de utensilios satisfactorios.

La diferencia entre un alcohólico y un bebedor social estriba básicamente en que este último bebe de forma irregular y menos compulsiva, con el propósito de relajar sus tensiones; según las circunstancias puede o no consumir alcohol pero este no llega a ser un sustituto de interés por la gente y por las situaciones cotidianas, sin embargo, la frontera entre ambos tipos de bebedores no es muy tajante y un individuo puede pasar un breve lapso de una categoría a otra.

La influencia física y psíquica del alcohol es tan grande que pueden aparecer manifestaciones patológicas que alteran el comportamiento social.

Esta enfermedad se manifiesta a veces a través de intoxicaciones agudas y trastornos continuos de, a personalidad.

1. **Fase de excitación,** se caracteriza por un sentimiento de bienestar y euforia con pérdida de auto control.
2. **Fase de ebriedad.** Se manifiesta mediante perturbaciones motrices falta de coordinación e incoherencia en el lenguaje.
3. **Fase comatosa.** Se origina por un alto contenido de alcohol en la sangre, y se caracteriza por disminución del tono muscular y respiración estertórea.

Entre los principales trastornos se encuentra el llamado delirium tremens en el que se presentan las siguientes alteraciones:

- Confusión mental
- Ansiedad
- Alucinaciones, especialmente visuales, cinestáticas y auditivas.
- Temblor intenso y generalizado en todo el cuerpo, principalmente en manos y lengua
- Disortiria

- Movimiento a anormales en la secreción y la deglución
- Falta de equilibrio con incoordinación motriz
- Hipertermia de 38 a 40°C con sudación muy abundante
- Oliguria
- Deshidratación
- Tendencia al colapso hipervascular

Estados impulsivos

La neurosis impulsiva se caracterizan por la realización repetitiva de un impulso placentero específico, entre los impulsos más conocidos figuran la cleptomanía, la piromanía y el exhibicionismo.

Desviaciones sexuales

Tienen en común con las psicopatías que sus manifestaciones están ajustadas con el ego. La mayor parte de los casos se trata de manifestaciones patológicas de personas sanas con otros aspectos.

El término de desviación puede aplicarse a cualquier forma de funcionamiento sexual en que la satisfacción encuentre en actos cuya meta no sea el coito heterosexual.

Homosexualidad. La homosexualidad en el varón se puede entender como resultado de la erotización de la sumisión pasiva al padre como consecuencia de una sobre identificación con la madre.

Sadomasoquismo sexual. El sadismo pretende en manifestar placer erótico al fingir sufrimiento al ser amado en tanto que en el masoquismo la satisfacción erótica se obtiene al experimentar dolor. Algunos elementos sadomasoquistas se encuentran en individuos aparentemente normales.

Bestialidad, fetichismo y necrofilia. Pueden coexistir con la heterosexualidad o reemplazarla, la bestialidad o zoofilia consiste en sentir atracción sexual por los animales, el fetichismo consiste en la vinculación del interés sexual con objetos inanimados que se relacionen con el cuerpo humano, principalmente ropa interior y es el resultado de un desplazamiento simbólico del interés sexual.

Satiriasis y ninfomanía. Ambos términos califican a la tendencia heterosexual masculina y femenina respectivamente cuando tomar un carácter compulsivo.

Angustia

Lo más traumatizante de las experiencias del niño es, sin duda alguna, la separación de la madre.

Las condiciones que hacen que el niño se sienta en peligro de ser abandonado por sus padres crean una angustia cuyo contenido específico es la soledad.

La soledad la vergüenza y la culpabilidad son sentimientos que al ser tempranamente experimentados por el niño en la relación con situaciones específicas amenazantes para su seguridad se aparecen y persisten en el distintas proporciones.

Soledad. Es el efecto resultante de la insatisfacción de la necesidad básica en los seres humanos de sentirse vinculados a otras personas. Con tal de no estar solos los hombres son capaces de cualquier cosa por que la soledad completa es incompatible con la salud mental.

Vergüenza. Este trauma tiene caracteres fenomenológicos propios cuyo origen y manifestación se da en experiencias específicas. Su presencia como efecto inconsciente imprime ciertas direcciones del carácter y el evitarla requiere del uso de defensas peculiares. Se diferencia claramente de la culpabilidad, con la cual se confunde o no se le diferencia suficientemente.

La vergüenza posee una parte fisiológica que es el "sonrojo", cuando es intensa, genera el impulso a taparse la cara o a hacerse pequeño. La persona avergonzada desearía "ser tragada por la tierra".

Los niños pequeños, desde la edad de dos años cuando aún no son capaces de sentirse culpables, ya son susceptibles de experimentar vergüenza.

La vergüenza es una emoción primaria y de ella deriva la angustia, por lo que es en igualdad de circunstancias más intolerable.

Culpabilidad. Es un efecto que se experimenta cuando se infringen ciertas normas o preceptos morales que la sociedad ha aceptado como válidos. Es una función de la conciencia moral.

Una vez que las normas preceptos y metas de que los padres han sido asimilados la presencia de autoridades, aunque continúe reforzándose y nutriendo las normas internas, deja de ser necesaria. Las normas operan desde adentro por lo que su eficacia se ve considerablemente aumentada ya que si es posible ocultarse de las autoridades para realizar actos prohibidos es imposible ocultarse de uno mismo.

Es conveniente distinguir entre dos formas de reacción entre la culpabilidad, que son el arrepentimiento y el remordimiento.

La culpabilidad inconsciente tiene su pauta en el remordimiento ya que el individuo al tener su advertencia de falta no puede actuar o por lo menos intentar actuar en forma de restitución y, por tanto, la tensión no puede aliviarse por medios racionales.

Diferencias entre angustia normal y patológica

Si como comúnmente se afirma la angustia es una experiencia universal, hay diferencias entre la angustia experimentada por cualquier persona sana y la angustia del neurótico.

Según R. Moy, estas deferencias estriban en los aspectos siguientes:

- En los valores que el individuo identifica como vitales para su seguridad.
- En la relación entre la intensidad de reacción cuando la amenaza ha accesado.
- En la posibilidad de confrontar constructivamente el peligro a nivel consciente.

El individuo neurótico identifica como valores vitales a las tendencias caracterológicas que ha desarrollado en el transcurso de sus esfuerzos por obtener seguridad; por ejemplo, aquel cuya principal forma de vinculación es la dependencia compulsiva, es particularmente susceptible de experimentar como amenaza vital cualquier indicio de deserción por parte de la persona de quien depende en una situación dada.

Por otro lado el individuo con cuya forma principal de ganar seguridad consiste en tener un complejo de dominio de las situaciones y las personas puede experimentar angustia cuando una determinada situación o persona escapan de control.

El neurótico no percibe claramente sus tendencias caracterológicas por lo menos en cuanto a su importancia e implicaciones y estas son compulsivas e incompatibles entre sí. Por ejemplo una persona coexisten tendencias al dominio y a la sumisión, de tal manera que al surgir una de estas tendencias pondrá en peligro a los valores que representa la otra.

El neurótico no puede confrontar los peligros a su nivel consciente porque sus represiones le impiden advertir sus conflictos. Con frecuencia intenta escapar a su angustia al cambiar de lugar, de ocupación, de esposa, etc. Sin darse cuenta de que es posible huir de sí mismo.

Algunos se ven en la necesidad de utilizar mecanismos defensivos que le permitan protegerse al relacionar su angustia con objetos o situaciones distintas de la causa original pero simbólicamente vinculadas a ellas.

Las obsesiones y los rituales compulsivos tienen una función semejante ya que mediante ellos el individuo se siente relativamente libre de su angustia en tanto que acepta su obsesión o se conforma con realizar repentinamente el acto ritualista.

Otra forma característica de que el neurótico se enfrenta a los peligros es convirtiendo a la angustia inherente a sus situaciones conflictivas en síntomas que se reflejan en el sistema nervioso, como parálisis y cegueras, previa eliminación del conflicto de conciencia.

A causa de las condiciones de su existencia todos los seres humanos están destinados a experimentar angustia, pero la angustia normal contrasta con el neurótico no en cuanto a su estado efectivo si no a su pauta expresiva que pueden ser idénticos sino en el que concierne a las circunstancias que las provocan. En primer lugar los valores que el sujeto sano identifica como vitales lo son objetivamente, al peligro que amenazan esos factores dicho individuo enfrenta sus conflictos y la expresión y la utilización de mecanismos defensivos les resulta innecesaria.

Diferencia entre angustia y miedo

La angustia es una respuesta global de la personalidad ante situaciones que el sujeto experimenta como amenazas para su existencia. Subjetivamente se caracteriza por un efecto de incertidumbre ante una amenaza que no es percibida del todo o de que es forma imprecisa. Fisiológicamente aplica cambios bioquímicos en los que participan el sistema nervioso y la vida de relación, el sistema endocrino y de modo particular el sistema nervioso vegetativo.

Proporcionalmente a la intensidad de la angustia el funcionamiento interno se organiza y la relación de la persona con el mundo real se debilita, de ahí que en los casos severos el sujeto experimente la disolución de sí mismo.

Los seres humanos tienen por lo menos una vaga aprensión y en ciertas circunstancias una advertencia clara e inequívoca de la importancia de las contingencias de la vida como son; evitar la muerte, el peligro de contraer enfermedades o de sufrir ataques insuperables por las fuerzas de la naturaleza.

Tener conciencia de la propia vulnerabilidad y limitaciones parece ser una característica única de los seres humanos, inherente a las condiciones de su existencia. La angustia es una expresión humana universal e ineludible.

La principal diferencia entre la angustia y el miedo, es que ambas reacciones ocurren en planos distintos de la personalidad. En el miedo la amenaza se ejerce en un primer plano en el que hay una advertencia clara del peligro; en la angustia la amenaza se cierne en un plano más profundo en el mismo núcleo de la personalidad, lo que está amenazado en algo esencial para el sujeto, un valor vital.

Neurosis fóbica

Este tipo de neurosis se caracteriza por un síntoma llamado fobia; que es el temor ligado a la presencia de un objeto o de una situación determinados ante ellos el sujeto experimenta un estado de pánico ansioso y evita su presencia.

Neurosis obsesiva

Es la más grave de los estados neuróticos, presentan las siguientes características:

- Obsesiones, es decir, actividades psíquicas que se impone al sujeto muy a su pesar.
- Ritos obsesivos que consisten en conductas tendientes a disminuir en el sujeto la angustia ligada a la obsesión.
- Existencia de un carácter obsesivo en que resalta sobre todo el mantenimiento permanente del orden la tendencia a las dudas los escrúpulos y las verificaciones.

Anorexia mental

Consiste en una conducta neurótica cuyas características son las siguientes:

- Se presenta casi exclusivamente en jóvenes de entre los 15 y 25 años de edad durante los periodos de pospuberal.
- El más grave de los trastornos causados por las deficiencias alimenticias y requiere un tratamiento específico.
- Es un síntoma de instauración progresiva.
- La amenorrea es constante y se manifiesta rápidamente desde el primer mes de evaluación.
- Se produce adelgazamiento progresivo.

3.3.2. PSICOSIS

Las diversas manifestaciones de la psicosis son:

- Esquizofrenia
- Psicosis involuntaria o melancólica
- Psicosis maniaco-depresiva

- Psicosis orgánicas
- Psicosis seniles
- Psicosis arterioscleróticas
- Psicosis epilépticas
- Psicosis alcohólicas
- Psicosis infecciosas
- Agresividad suicida

Concepto general

Las psicosis son perturbaciones psíquicas que se caracterizan por la percepción distorsionada de la realidad y por la falta de conciencia de estar enfermo.

La tendencia de distorsionar la realidad para hacer que coincida con los propias necesidades o conveniencias es un fenómeno familiar en la conducta, tanto el psicótico como la del neurótico; sin embargo entre ambas conductas hay notables diferencias cuantitativas y cualitativas. Por ejemplo el neurótico, conserva su interés con el de relacionarse con el medio y responde a él de forma inteligible a excepción del desorden circunscrito que representan sus síntomas en cambio la relación del psicótico con el ambiente está totalmente alterada, el enfermo pierde interés por el mundo pues se subordina su adaptación ambiental a sus conflictos internos.

Así mismo hay que tener en cuenta las diferentes actitudes del psicótico y el neurótico adoptan ante su enfermedad. El primero no intenta entender sus desajustes, por lo que sus alucinaciones y sus delirios son reales para él mientras que el segundo reconoce que sus síntomas expresan que sufre una perturbación de manera de que puede hablar de ella y de sí mismo con relativa objetividad, además de que procura entender el significado de su conducta.

Diversas manifestaciones de la psicosis

Esquizofrenias

Son psicosis caracterizadas por la ruptura de la relación con el mundo exterior, también de una importante regresión. Esa ruptura con la realidad posibilita la coexistencia de actitudes contradictorias puesto que las tenencias conflictivas están en función con la realidad.

Al igual que en otra psicosis en las esquizofrenias hay una pérdida de la capacidad para distinguir los estímulos internos de los externos.

Sintomatología

Es esquizofrénico presenta una conducta aparentemente caótica que adquiere sentido cuando se conoce el significado de los síntomas los cuales pueden agruparse en los siguientes:

1. Síntomas que se relacionan con la desconexión entre el enfermo y el mundo objetivo.
2. Síntomas que resultan el aumento de tendencia narcisista del paciente retira del mundo objetivo sus intereses y afectos. Las cualidades y sentimientos que serían apropiados para objetos externos son interiorizados por lo que contribuyen a la distorsión del sentido de la realidad y a la generalización de ideas delirantes.
3. Síntomas sustitutivos que resultan de intentos de compensación, por ejemplo, el enfermo niega al mundo y después intenta su reconstrucción.

Los principales síntomas que se observan en el enfermo esquizofrénico pueden dividirse en dos etapas: la inicial y la aguda.

Etapas inicial. Los síntomas más comunes son:

- Disminución progresiva de la actividad con distracción, sueños, fatiga excesiva e improductividad de los esfuerzos.
- Reducción de contactos sociales y refugio en la soledad.

- Manifestación de problemas de la conducta inexplicables para el sujeto y para el entorno.

Etapa aguda. En esta fase los síntomas predominantes son:

- Estado depresivo atípico con aspecto débil y alejamiento del contacto.
- Estado de excitación atípico, en el que el sujeto no tiene posición definida en el presente ya que manifiesta numerosas ideas incoherentes y así mismo la fuga de ideas del estado maniaco.
- Estado confusional con personas de un cierto grado de vigilancia.
- Estado delirante con múltiples ideas delirantes.

Formas clínicas

Esquizofrenia simple. Este tipo de padecimiento es fácil de detectar por que el sujeto siempre ha tenido una adaptación social diferente. Generalmente se trata de jóvenes que desde la infancia han demostrado incapacidad para responder al mundo exterior con afectos cálidos por lo tanto se les dificulta relacionarse con la gente.

Esquizofrenia catatónica. En esta forma predominan los efectos psicomotores, el estupor catatónico se caracteriza por un máximo ensimismamiento y por la ruptura con las relaciones con el mundo real. Este tipo de enfermo abandona por completo todo intento de adaptación físicamente no traga saliva no se alimenta ni controla sus esfínteres presentan gran inmovilidad y a menudo exhibe el fenómeno de la flexibilidad cérea.

Esquizofrenia paranoide. Designa de un síndrome de conducta autista que ocasiona principalmente con ideas delirantes de persecución y alucinaciones auditivas.

Esquizofrenia hebefrénica. Es una forma que se caracteriza por su importante disminución de la eficacia intelectual; el autismo es predominante con indiferencia ambivalencia afectiva mayor reducida con el entorno. Todas las formas clínicas de la esquizofrenia tienen una evolución deficitaria tanto en el aspecto de las actividades intelectuales como en el de las expresiones afectivas.

Deterioro del esquizofrénico

Cuando el enfermo ha ocupado la pérdida total de su capacidad de tener contacto activo con el mundo es como por falta de sus capacidades perceptivas e integradoras se hubieran atrofiado. El deterioro esquizofrénico avanzado y la demencia orgánica severa se asemejan superficialmente puesto en que ambos casos el enfermo está en una existencia vegetativa.

La esquizofrenia es una de las psicosis más frecuentes y afecta aproximadamente al 2% de la población. Se manifiesta sobre todo, en jóvenes con edades entre los 15 y 30 años.

El empleo del termino esquizofrenia es relativamente frecuente Bleuler la acuño en 1911, pero el primero que se empleó para designar esta enfermedad fue el de demencia precoz.

Este estado discordante se manifiesta a nivel intelectual, afectivo, conductual y delirante.

Características de la esquizofrenia

La esquizofrenia se caracteriza por las siguientes perturbaciones:

- a) Problemas intelectuales
- b) Estereotipias verbales
- c) Neologismos
- d) Problemas afectivos
- e) Trastornos de conducta
- f) Delirio autístico.

Problemas intelectuales. Pérdida constante de la actividad intelectual con poco rendimiento escolar o profesional.

Estereotipias verbales. Empleo repetitivo de las mismas palabras

Problemas afectivos. Son los mayores obstáculos en las relaciones de la esquizofrenia con la gente al tiempo que alteran profundamente la organización de su personalidad.

Trastornos de conducta. Por lo regular se denomina autista por que se retira de modo progresivo sin hacer nada y suelen deambular por las calles. Por otra parte pueden observarse otra anomalías en su conducta sexual ya que la actividad regresiva de los enfermos no les permite acceder a verdaderos intercambios sexuales ni afectivos además presentan conductas autoagresivas.

Delirio autístico. Se denomina autista porque retira de modo progresivo del mundo exterior y tiene tendencia a refugiarse completamente en sí mismo. Por lo general se observan actitudes alucinatorias, por ejemplo, el sujeto oye voces en su interior. Los estados de despersonalización delirantes son también muy frecuentes en la esquizofrenia.

Psicosis involutiva o melancolía

Por lo regular la psicosis o melancólica se desarrolla hacia los 60 años de edad en los varones y alrededor de 50 en las mujeres. Este trastorno parece estar específicamente relacionados con los problemas emocionales de este periodo de la vida, y de debe diferenciar de otras reacciones psicóticas que ocurren durante esta época como ataques depresivos en sujetos maniacodepresivos, paranoia y otros cuadros clínicos debidos a cambios degenerativos del cerebro que se manifiestan por demencia y en los cuales pueden haber elementos depresivos y ansiosos.

Psicosis maniacodepresivas

En 1896, E. Kraepelin separo la psicosis maniacodepresiva del grupo de las esquizofrenias señalo su carácter episódico y su pronóstico benigno en lo que toca a la recuperación.

Este trastorno se caracteriza por episodios de depresión y de manía, que por lo común se inician entre los 30 y los 40 años de edad, en individuos de ambos sexos. La duración de un episodio no tratado es de aproximadamente seis meses, después del cual el enfermo se recupera; sin embargo, hay casos malignos que llegan a ser crónicos y la recuperación es sólo parcial.

La depresión inicia con una pérdida gradual de interés y la confianza, acompañada de síntomas como fatiga, insomnio, anorexia y dificultades para concentrarse. El enfermo deja de disfrutar del trabajo o de las diversiones de su atención se centra cada vez más en sí mismo, estos síntomas tempranos son muy semejantes a los de la depresión neurótica pero si la condición progresa hasta quedar incapacitado para realizar sus actividades habituales.

El estado maniaco es la culminación de un periodo de conducta exuberante durante el cual el enfermo pierde tacto prudencia y discreción. En un estado de excitación y de alegría poco justificada el enfermo se vuelve exhibicionista, seductor, impulsivo y derrochador.

Psicosis orgánicas

Son padecimientos en los cuales el estado mental depende esencialmente de su condición orgánica por su parte los síntomas expresan los defectos en el funcionamiento mental debidos a daño tisular en lo cual se identifica el intento por compensar la deficiencia orgánica. Esta psicosis se caracteriza por la presencia de tres clases de síntomas: a) de la orientación, b) de la memoria y c) del juicio.

Las causas de las psicosis orgánicas son numerosas pero entre ellas podemos mencionar:

- a) traumatismos craneoencefálicos
- b) infecciones
- c) intoxicaciones
- d) neoplasias
- e) trastornos metabólicos

f) procesos degenerativos en la senilidad y en la arteriosclerosis

Las expresiones de la psicosis orgánica aguda son principalmente el delirio y la demencia.

Delirio

Es la manifestación directa de un proceso orgánico agudo y generalmente desaparece cuando cambian las condiciones que lo producen. Sus síntomas pueden agruparse en tres categorías: a) defectos del sensorio, b) cambios afectivos, y c) alucinaciones.

Defectos del sensorio. Consisten en una conciencia turbia que incluye trastornos de la orientación de la memoria y del juicio.

Cambios afectivos. Oscila comúnmente en la excitación y el miedo.

Alucinaciones. Las alucinaciones de los enfermos orgánicos contrastan con las alucinaciones vagas y fluctuantes de los esquizofrénicos, las cuales son más bien expresión simbólica de ideas, que alteraciones de la percepción.

El delirio tiene un pronóstico favorable cuando la causa subyacente puede ser removida. De no ser así, el daño cerebral suele conducir a la demencia.

Demencia

Es un proceso cerebral crónico que se expresa clínicamente por los efectos de la triada orgánica y además por un estado de deterioro intelectual, a este último proceso, que puede entenderse como dilapidación de las capacidades intelectuales del sujeto, por sí solo, se le denomina demencia. Cierta grado de demencia es una acompañante habitual de la senectud.

Psicosis seniles

Son las más comunes de las psicosis orgánicas se inician a una edad comprendida entre los 60 y los 80 años aunque hay personas aún mayores que no muestran trastornos apreciables.

Algunos de los síntomas de la demencia senil dependen de una dilapidación de los recursos intelectuales en tanto que otros característicamente agresivos.

La desintegración de la personalidad en la demencia senil sigue la pauta típica que expresan una tendencia regresiva y narcisista.

Psicosis arterioscleróticas

Se presentan con frecuencia unidas a proceso seniles de tal manera que la distinción suele ser imposible en otros casos ofrecer rasgos que permiten identificarlas claramente. Las posibilidades de mejoría son mayores en estos casos que en las demencias propiamente seniles.

Psicosis epilépticas

Puede estar ocasionada con trastornos mentales pasajeros o permanentes de carácter psicótico, uno de ellos es el furor epiléptico el cual se presenta durante el periodo de conciencia atenuada al que sigue una crisis conclusiva.

De manera independiente a las manifestaciones anteriores con el transcurso de los años los enfermos epilépticos pueden sufrir deterioro progresivo de sus facultades intelectuales.

Psicosis alcohólicas

Las personas alcohólicas pueden llegar a tener el delirium tremens en el caso del alcoholismo crónico sobre todo por haber descuidado su nutrición. Este estado se caracteriza entre los síntomas prodrómicos por insomnio sudación profusa e intensa irritabilidad y aprensión.

Durante este brote esta desorientado y pierden el contacto con su medio real. El periodo agudo se limita por lo general a una semana aunque el uso de algunos medicamentos atarácicos como insulina y complejo b permite acortar la duración de los brotes de uno a dos días.

En general la psicoterapia del alcohólico se dificulta por la intensidad de la dependencia del sujeto y la violenta necesidad de negarla. Algunos alcohólicos son capaces de aceptar su dependencia cuando se encuentran con un grupo de individuos que tienen problemas a fines a lo de ellos de ahí que han surgido diversas asociaciones que realizan terapias muy eficaces

Psicosis infecciosas

De las más comunes es la causada por la invasión meningoencefálica del treponema de la sífilis.

Los síntomas se manifiestan en 10 a 20 años después de la infección primaria y consisten en una demencia progresiva complicada con una manifiesta desorganización de la personalidad dependiente, en buena parte, de la personalidad premórbida del enfermo.

Los antibióticos han reducido en gran proporción la frecuencia de este padecimiento, pero por lo regular persiste alguna deficiencia, cuya severidad depende de la intensidad del proceso meningoencefálico.

Agresividad suicida

El suicidio es una expresión de la agresividad, que es una tendencia de la conducta humana. Esta agresividad puede ser dirigida de dos maneras: a) hacia un individuo (heteroagresividad), y b) hacia uno mismo (autoagresividad)

El suicidio se manifiesta como una alteración grave del comportamiento puesto que aparentemente contradice el primer instinto del hombre que es la conservación sin embargo en algunos casos la muerte ejerce en la una misteriosa fascinación o bien ofrece un último recurso.

El suicidio presenta las siguientes características: agresividad, culpabilidad, depresión y, protección.

1. Agresividad: característica principal del suicidio, puesto que es un acto destructivo.
2. Culpabilidad y depresión: puede ser considerado como un castigo que el mismo individuo se infringe.
3. Protección: representa un acto defensivo del individuo cuando se encuentra en peligro, ya sea éste real, imaginario o delirante.

Estadísticamente es posible obtener las conclusiones siguientes:

El número de intentos de suicidios es más importante en la mujer que en el hombre.

El número de suicidios efectivos es más importante en el hombre

El suicidio es muy raro en el niño

Los intentos de suicidio son frecuentes en el adolescente.

El suicidio representa la tasa más elevada de mortalidad en psiquiatría.

Las causas principales que orillan al suicidio son: a) sintomáticas, provocadas por una afección psiquiátrica, principalmente la depresión; b) autodesvalorización de la personalidad. La conducta suicida aparece entonces, paradójicamente, cuando el enfermo mejora.

3.3.3. OLIGOFRENIA

Concepto general

Se define como la alteración congénita o muy precoz del desarrollo de la inteligencia, y representan el conjunto de deficiencias intelectuales congénitas; también es llamada debilidad o retraso mental. Sin embargo, esta última designación resulta equivocada ya que ésta no es la única manifestación clínica sino que se asocia con ciertas fallas del desarrollo motor y, especialmente, con trastornos de la vida afectiva; es decir, la oligofrenia no está considerada actualmente como una deficiencia aislada de la inteligencia, sino como una alteración global de la personalidad.

Causalidad

Sus causas son muy variadas y numerosas sin embargo, en su mayor parte, la etiología es completamente desconocida.

Según la etiología general, las causas que lo generan son:

- Problemas en el metabolismo
- Alteraciones endocrinas
- Trastornos cromosómicos
- Neuroectodermosis
- Encefalopatía congénita infecciosa (rubéola, toxoplasmosis y sífilis)
- Anomalías en los tratamientos obstétricos (partos distócicos, anoxia neonatal)

-Malformaciones craneales debidas a una acumulación anormal del líquido cefalorraquídeo, o bien por obstrucción de las vías de excreción (hidrocefalias).

-Lesiones del encéfalo

3.3.4. CRISIS

Es perjudicial utilizar indiscriminadamente, para clasificar a las personas, los términos enfermo (o trastornado) mental o psiquiátrico, ya que en muchas ocasiones sólo se trata de algún tipo de alteración emocional o de conducta que interfiere con sus actividades diarias y que, por supuesto, causa un gran sufrimiento en los pacientes y en aquellos que les rodean, sean familiares, amigos o compañeros de trabajo.

Estas personas pocas veces recurren a un tratamiento psiquiátrico puesto que consideran que "no están locos". Para ellos el término alteración emocional parece ser más neutral y menos riguroso; los expertos prefieren mencionar a estas personas como individuos en crisis.

La crisis aparece cuando una persona enfrenta obstáculos que se interponen a las metas importantes de su vida y que durante algún tiempo resultan irresolubles mediante los métodos acostumbrados. A un periodo de trastorno sigue otro de desorganización en el cual se intenta infructuosamente llegar a una solución.

En resumen, el desarrollo de una crisis puede presentarse cuando el individuo afronta un problema que no puede resolver y le provoca un estado de agitación, zozobra, angustia o sufrimiento físico.

Cuando un individuo se encuentra en crisis solicita ayuda para buscar soluciones inmediatas a su problema; pregunta a quienes lo rodean y desea obtener resoluciones rápidas. Muestra preocupación persistente, irritabilidad, incapacidad para concentrarse, episodios de pánico, confusión, aturdimiento y una gran urgencia de actuar.

Factores externos que desencadenan crisis

Hay acontecimientos externos que desencadenan crisis. Algunos de ellos son inevitables en la vida de los seres humanos y se convierten en una amenaza para la salud mental.

Los individuos más vulnerables a la tensión emocional son aquellos que viven en las grandes urbes, aislados emocionalmente de la familia y con escaso contacto con sus vecinos.

Entre los principales factores precipitantes de crisis se encuentran:

- Muerte del cónyuge
- Divorcio o separación de la pareja
- Muerte de familiares cercanos
- Problemas con la ley
- Despido del empleo

- Jubilación
- Enfermedades personales y familiares
- Embargo
- Problemas sexuales
- Llegada de un nuevo miembro a la familia en condiciones económicas desfavorables
- Muerte de familiares o amigos
- Deudas
- Abandono del hogar por parte de los hijos
- Cambio no deseado de trabajo o de residencia
- Problemas en el trabajo
- Cambio de hábitos alimenticios por falta de recursos
- Problemas financieros
- Situaciones de desastre: terremotos, ciclones, maremotos.

Después del primer impacto el individuo experimenta aumento de la tensión emocional, con desorganización de la conducta habitual; sin embargo, en esta etapa puede adaptarse a la situación y resolver el problema. De lo contrario, aumentará la desorganización de su conducta y fallará en la solución del problema.

3.3.5. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Están representadas fundamentalmente por crisis agudas emergentes de diversas situaciones psicóticas o neuróticas, entre las cuales se distinguen cuatro grupos:

- Estados de agitación aguda
- Estados agudos de depresión
- Estados agudos de angustia
- Suicidio

Los factores que desencadenan las urgencias psiquiátricas pueden ser estrés, fatiga física y toxicomanías. Los síntomas de urgencias psiquiátricas son principalmente:

Manías agudas con excitación motriz, excitación motriz, exaltación psíquica, fuga de ideas, logorrea e injurias.

Episodios confusorios alcohólicos. Facies vultuosa y cubierta de sudor, agitación incesante, temblor, actividad febril y terror estados confusorios no alcohólicos, causados por enfermedades infecciosas, síndromes meníngeos o intoxicaciones.

Psicosis delirantes agudas, agitación, declamación, conversaciones delirantes, actividad alucinatoria, agresividad, desconfianza, angustia o euforia.

Contacto difícil, lenguaje impenetrable hiperquinesia discordancia, sonrisa y muecas violentas e impulsivas. Estado de furor epiléptico paroxismo brutal en un epiléptico, con violencia ciega, confusión y amnesia consecutiva.

La conducta que debe seguirse con un enfermo mental que represente una urgencia psiquiátrica debe ser la siguiente:

- Los familiares o acompañantes deben precisar las circunstancias de aparición del episodio y los antecedentes patológicos de cualquier tipo.
- Debe aplicarse sedación farmacológica y hospitalizar al paciente
- El personal médico y de enfermería deberá utilizar sus destrezas para infundir calma, confianza y autoridad a las decisiones que se tomen
- El paciente estará bajo estrecha vigilancia.

Existen muchas otras urgencias psiquiátricas, como el rechazo de alimentos con alteración del estado general, la turbulencia senil, las alteraciones posoperatorias de la conciencia, el delirium tremens alcohólico, etcétera.

3.4. ENFERMERIA PSIQUIÁTRICA

La enfermería es una ciencia y a la vez un arte. De acuerdo con este concepto, las enfermeras que se especializan en psiquiatría deben profundizar en el conocimiento de la misma y desarrollar sus destrezas para la mejor atención del enfermo mental.

En la actualidad esta profesión debe enorgullecerse de sus sorprendentes avances en el conocimiento de la estructura y el funcionamiento del organismo humano; por tanto es preciso olvidar la enfermería empírica y utilizar los recursos disponibles para prevenir y ayudar al enfermo a combatir su enfermedad.

El concepto expresado por Claude Bernard –“no hay enfermedades, sino enfermos”- amplía el campo de acción de la enfermería, pues su objetivo es proporcionar cuidado integral a los pacientes.

Siempre han existido enfermeras dotadas de una total comprensión de la naturaleza humana, que supieron valorar la importancia de las experiencias y situaciones emocionales de los enfermos a su cargo y que en formas no intencionadas, ejercieron en ellos influencias psicológicas favorables.

Una de las causas de la incapacidad de la enfermera para enfrentar los problemas psicológicos es la escasa educación psiquiátrica que recibió durante su carrera. Actualmente, al menos en el postécnico de enfermería psiquiátrica se advierte a la impetuosa necesidad impartir conocimiento de psicología moderna, así como de sus amplias aplicaciones.

Otra aportación importante de la psicología a la enfermería es el énfasis en el estudio de la interrelación enfermera-paciente, como parte fundamental del proceso terapéutico. Esto ha obligado a analizar psicológicamente la influencia de la personalidad de la enfermera como catalizador de los procesos recuperativos del enfermo mental. La relación se establece más eficazmente cuando la enfermera, además de poseer los conocimientos necesarios, se siente libre para manejar su propia personalidad como instrumento terapéutico.

Para el mejor desarrollo de su profesión, la enfermera en psiquiatría debe conocer y manejar todo lo relacionado con los procesos mentales, conscientes e inconscientes de los pacientes.

Estas profesionales realizan primero su carrera básica, y posteriormente se especializan en la atención del individuo con alteraciones mentales, en interacción con su familia y comunidad y contribuyen de forma importante a resolver los problemas vinculados con la salud mental. Como especialistas clínicos pueden trabajar intensivamente con los enfermos hospitalizados o bien con grupos de pacientes dentro de su comunidad. Por tanto, deben estar en condiciones óptimas de preparación científica y emocional y como consecuencia, correctamente ubicados dentro del sector salud en el que presentan servicios.

Si se considera el avance científico y tecnológico, la enfermería también ha ido evolucionando al mismo ritmo; no obstante, continúa siendo una profesión altruista y sobre todo humanística.

No debemos olvidar que la enfermera psiquiátrica trata con enfermos mentales adultos, quienes en su mayoría presentan graves casos agudos de enfermedad, y que a consecuencia de su padecimiento no pueden satisfacer por sí mismos sus necesidades básicas propias de su edad. Además, para desarrollar física, psíquica y fisiológicamente estos pacientes requieren de amor, comprensión, apoyo, aprobación, estima, seguridad, reconocimiento, aceptación y autoimagen.

Siempre que esté a nuestro alcance y teniendo en cuenta su estado de conciencia, previa valoración y autorización médica, debe ayudárseles, además, a satisfacer sus necesidades de segundo y tercer orden, como serían los de carácter social: sentimientos de pertenencia, necesidad de leer, profesión de un culto y el receso.

Para que el paciente cobre conciencia de su enfermedad mental, conozca su diagnóstico definitivo y coopere con su terapia es preciso proporcionarle estímulos psicológicos: aprobación, valoración, reconocimiento de la productividad y de autosuficiencia en las actividades que realiza, así como la posibilidad de un arraigo en el seno familiar y el ámbito social. Estos aspectos son de suma importancia en la interrelación enfermera-paciente, por lo que la especialista debe convertirse en una verdadera terapeuta y borrar la imagen negativa del mal trato que durante mucho tiempo recibieron de enfermos mentales. Así mismo no debe permitir que se desperdicie el tiempo de hospitalización y tratamiento de los

pacientes y debe procurar que los pacientes participen en sus actividades que permitan conservar su sentido de socialización.

En suma, las cualidades ideales de una enfermera especializada en psiquiatría serían las siguientes:

- Vocación para la especialidad.
- Madurez emocional
- Capacidad intelectual
- Responsabilidad.
- Amabilidad.
- Creatividad.
- Tolerancia.
- Dinamismo.

3.5. HOSPITALIZACIÓN

Lugares de atención

De acuerdo con las circunstancias y el estado del enfermo, éste puede canalizarse a un consultorio psiquiátrico particular, a un “taller protegido”, a una sala de psiquiatría o a un hospital.

Consultorio psiquiátrico. Es aquel que imparte consulta a nivel externo, a las personas que soliciten a causa del mal estado de su salud mental. La persona que imparte la consulta externa, debe ser un médico especializado en psiquiatría, el cual oriente y resuelva los problemas de cualquier índole que afecten la salud mental del individuo, cuando este empiece a presentar ciertos estados patológicos de origen psíquico. El consultorio psiquiátrico, puede ser particular o bien formar parte de una dependencia oficial.

Talleres protegidos. Este tipo de talleres funcionan en México de forma experimental, y aun operan con la eficiencia en algunas partes de la URSS. Son unidades cuyo objetivo es normalizar ciertos síntomas patológicos de los pacientes que mediante la custodia y la vigilancia estrecha pueden convertirse en personas productivas tal es la causa de los enfermos epilépticos y farmacodependientes, quienes trabajan en estos talleres y realizan tareas con su patología y patrón de conducta.

Además reciben atención y vigilancia médica durante el desarrollo de su trabajo, en otros casos pueden aprender un oficio para su propio sostenimiento de su familia, al ser reintegrados a la comunidad sin peligro de sufrir accidentes a causa de su padecimiento. Estos talleres, funcionan con personal especializado y el paciente recibe una remuneración por el trabajo que desempeña.

Sala de psiquiatría. Las salas de psiquiatría presentan servicios de hospitalización y se encuentran dentro de un hospital general, sea oficial o particular. A ellas se canalizan para la observación de los pacientes que han presentado problemas de enfermedad mental, pero aún no han sido diagnosticados adecuadamente. Su estancia es temporal y una vez concluido los estudios de laboratorio y gabinetes pertinentes, el paciente con un diagnóstico definitivo de enfermedad mental, se transfiere a una institución hospitalaria psiquiátrica a fin de que reciba un tratamiento definitivo; solo en el caso de que la sala de psiquiatría cuente con el personal idóneo y recursos especializados necesarios, el enfermo podrá permanecer dentro de ella para recibir su atención.

Hospital psiquiátrico. Es la institución que proporciona asistencia a los enfermos mentales agudos que presentan severos problemas de conducta y están fuera de la realidad, debido lo cual ponen en riesgo su propia vida y de las quienes rodean. En esas condiciones requieren hospitalización para recibir un tratamiento oportuno, eficaz y adecuado. Existe un tipo de hospitales llamados *campestres*, debido a sus características físicas y funcionamiento, ya que cuentan con granjas agrícolas y ganaderas. A ese sitio se destinan a los pacientes crónicos de lenta recuperación y allí reciben tratamiento terapéutico y de rehabilitación. Los objetivos generales de estas instituciones son:

- Proporcionar asistencia al enfermo mental crónico
- Proporcionar asistencia al enfermo mental crónico

- Rehabilitar a los mismos
- Controlar a los enfermos crónicos de difícil recuperación
- Realizar terapias ocupacionales y recreativas

El hospital psiquiátrico tiene como finalidad primordial ayudar al paciente a lograr el máximo bienestar psicofísico, además de una mejor comprensión de sí mismo y de su enfermedad.

Los objetivos primordiales de la hospitalización psiquiátrica son:

- Garantizar protección y custodia a los pacientes con alteraciones mentales.
- Proveer al paciente de un cambio de ambiente que favorezca su rehabilitación.
- Proporcionarle los recursos y someterlo a la observación necesaria para el logro de un diagnóstico certero de su padecimiento.
- Estimular al paciente y a su familia para lograr un cambio favorable en sus conductas.
- Proporcionarle el tipo de tratamiento psiquiátrico más adecuado a su situación

La enfermera psiquiátrica y el paciente hospitalizado

La enfermera psiquiátrica tiene la responsabilidad de recibir a los enfermos mentales admitidos para su hospitalización y tratamiento.

En cualquier hospital psiquiátrico, la primera admisión es una experiencia inquietante y a veces aterradora pues el enfermo se siente inseguro y temeroso ante personas desconocidas y en un ambiente distinto al acostumbrado. Por tanto, la enfermera debe prepararlo psicológicamente para infundirle aliento y tranquilidad, de modo que logre tener una cierta estabilidad emocional.

En términos generales al paciente le agrada la libertad de ir y venir por donde le plazca; así que cuando se da cuenta de que tiene que ser hospitalizado, lo más común es que desarrolle pensamientos negativos hacia un tipo de reclusión, sobre todo porque debe separarse de sus familiares. Para controlar al enfermo mental recién hospitalizado, la enfermera debe actuar con cautela y amabilidad, tranquilizarlo y tenerle paciencia; es decir, brindarle su apoyo para que se sienta seguro y protegido.

Esto solo se logra cuando el estado del paciente le permite de una cálida bienvenida por parte del personal de enfermería, quienes le presentan a sus compañeros y le explicaran la distribución de la sal, la ubicación de las instalaciones que le permitirán satisfacer sus necesidades básicas y los lugares de esparcimiento y de terapias.

Una vez que la enfermera se ha ganado su confianza del enfermo es muy posible que este se muestre dispuesto a llevar el procedimiento de admisión y hospitalización sin sospechas ni miedo.

Los requisitos esenciales para la hospitalización del enfermo mental son los siguientes:

- Hacer sentir al paciente que el hospital es su hogar y que en el encontrará alivio para su enfermedad.
- Proporcionarle un ambiente semejante al de su hogar, tranquilidad, paz, amor, atención y comprensión.
- Promover diversas actividades de socialización, como recibir visitas de familiares y amigos.
- Darle la facilidad de vestirse de la forma que le agrade o le haga sentir más cómodo.
- No debe excluirse de las actividades rutinarias del hospital, ya que las terapias ocupacionales, recreativas y de grupos son de suma importancia para su recuperación.
- La alimentación debe tener una presentación agradable y estar higiénicamente preparada para su mejor aceptación.
- Brindarle un ambiente propicio para descansar y dormir, silencioso, sin luces y que sea lo más privado posible.
- Conductas negativas del enfermo mental hospitalizado.
- El enfermo mental recién hospitalizado, en etapa aguda y con problemas severos en su proceder, presenta conductas íntimamente implicadas con su patología, con sus hábitos personales y con sus necesidades básicas las cuales las usa como mecanismo de defensa para tratar de retornar a su hogar.

Conductas negativas del enfermo mental hospitalizado

El enfermo mental recién hospitalizado, en etapa aguda y con problemas severos en su proceder, presenta conductas, íntimamente relacionadas con su patología, con sus hábitos personales y con sus necesidades básicas, las cuáles usa como mecanismo de defensa para tratar de retornar a su hogar. Estos problemas son, principalmente, los siguientes:

Agresividad o ira

Los enfermos mentales que ingresan a una institución psiquiátrica en su etapa aguda, como consecuencia de una conducta peligrosa para sí mismo y para los demás se sienten temerosos y coléricos ante la sospecha de ser internados a esta actitud pueden generar a los pacientes una conducta violenta que altere la tranquilidad del ambiente del hospital. Este tipo de enfermos son peligrosos, ya que atemorizan a los demás pacientes y propician en ellos estado de angustia. En consecuencia, es necesario prevenir este tipo de comportamiento y solucionar el problema a la mayor brevedad posible, mediante los recursos terapéuticos y las técnicas de sujeción o aislamiento.

Si el enfermo es agresivo, posiblemente se encuentre confuso, aterrorizado, angustiado y sufra alucinaciones visuales o auditivas. Es obvio que los únicos que pueden ayudarlo son aquellos que poseen los conocimientos técnicos y científicos adecuados, como el médico y la enfermera, quienes, además, son personas maduras, emocionalmente equilibrados y dueños de sí mismos, por lo que pueden acercarse a él de forma calmada y cautelosa.

Si el personal hospitalario no es capaz de controlar sus propios impulsos o si carece de madurez emocional, propiciará que los pacientes hospitalizados se alteren y se originen una atmosfera de inseguridad y desconcierto. Ante este tipo de situaciones hay que considerar una serie de medidas de seguridad, según se trate de pacientes angustiados, agresivos o autodestructivos. Las principales medidas de seguridad son:

- Planear la actividad que se realizara al estar frente al enfermo
- Se trata de una actividad que lleve a cabo en quipo, y por consiguiente debe contarse con el personal idóneo
- Alejar al paciente del equipo si es necesario.
- Aislar al enfermo, previa valoración médica.
- Sujetar al paciente, de conformidad a su estado, previa valoración médica, proporcionándole los cuidados específicos a la sujeción.
- Vigilancia estrecha.
- Si el enfermo permanece sujeto debe movilizarse cada hora para que pueda atender sus necesidades orgánicas.
- Reconocer los posibles signos de una explosión emocional inminente y planear los medios que ayuden al liberarse de sus sentimientos.
- Actuar con ética profesional, sentido humanitario, capacidad y sutileza

Rechazo de los alimentos.

Por lo general, este problema se observa en los pacientes deprimidos, que argumentan no merecer la comida o no contar con recursos económicos para pagarlo. Es importante descubrir la razón de su actitud, ya que es muy probable de que se sientan incapaces de vivir o que sean suicidas potenciales.

También actúan así los esquizofrénicos agresivos, autodestructivos y autistas, quienes no aceptan la vajilla en la que se sirven los alimentos en ocasiones por tener alucinaciones olfativas -como en el caso de los epilépticos- o por estar confusos, hiperactivos o temerosos de ser envenenados.

Asimismo, puede suceder que el paciente no sabe comer o que no está acostumbrado a la comida de un hospital.

Ante este problema, la enfermera debe probar los alimentos para infundirle confianza. De no lograr el objetivo, es necesario aplicar sondas nasogástricas y forzar a entrada de los alimentos para lo mismo; hay que tener especial cuidado de que el enfermo tome leche y licuados para evitar problemas como la anemia o la tuberculosis pulmonar.

Malos hábitos de descanso

Debido a múltiples razones, los individuos emocionalmente perturbados duermen mal duermen más temprano o lo hacen durante las horas hábiles, sufren de insomnio. Por lo tanto el personal de enfermería debe recurrir a diversos métodos para impedir que estas circunstancias molesten al resto de los enfermos.

Una forma de solucionar estos problemas es utilizar terapias ocupacionales o recreativas, acordes con la patología del paciente. Otro método para combatir el insomnio es proporcionarle terapia de apoyo que consiste en su interés su problemática y alentarle con la finalidad de que concilie el sueño.

También es útil proporcionarle o aconsejarle relajamiento muscular mediante un baño de agua tibia o a la ingestión de leche tibia sugerirle o escuchar música. Además son muy importantes las actividades en las que participe el enfermo durante el día y las relaciones cordiales con el personal hospitalario.

El problema del insomnio se reduce en gran medida si se realiza una terapia adecuada; es decir, si es variada y de interés para el paciente, de acuerdo con su patología, estado emocional o patrón de conducta.

Prevención de riesgos en el hospital

Es importante tener en consideración el estado patológico en que se encuentra un enfermo mental desde el momento de su hospitalización, a fin de prevenir posibles peligros y tomar las medidas de seguridad pertinentes para protegerlo a él, a sus compañeros y al personal hospitalario.

Para mantener un medio ambiente hospitalario sin riesgos para el enfermo mental deben tenerse presentes los siguientes aspectos:

1. El edificio de la institución hospitalaria debe de ser preferentemente horizontal y sus instalaciones deben cumplir con todas las normas de seguridad, usando materiales que en ningún momento pongan en peligro la vida del paciente. Además debe con áreas verdes en las que pueda disfrutar el aire libre y el sol, sin olvidar que a causa de su enfermedad es necesario que durante algún tiempo se encuentre bajo custodia.
2. Las puertas y ventanas deben permanecer cerradas y vigiladas para evitar la fuga de los enfermos, que debido a su estado de confusión tengan la fijación de fugarse.
3. Se le debe privar de la ropa de calle y proporcionarle su vestimenta apropiada para su mejor control, al menos durante los primeros días, posteriormente, cuando haya sido plenamente identificado, se le podrá proporcionar su ropa habitual, evitando el uso de cinturones, corbatas y demás prendas que puedan facilitar el suicidio.
4. El enfermo, sólo deberá tener, entre sus objetos personales, los de su uso diario: pijama, pantuflas, calcetines ropa interior y utensilios de aseo, pero las navajas y rastrillos de rasurar deben ser controlados; además, debe despojársele de todos los objetos punzocortantes que pongan en peligro su vida y la de los demás.
5. Debe vigilársele durante las horas del baño, para evitar quemaduras con agua caliente o resfriados comunes por el agua fría, el personal masculino debe vigilar en el momento en que se rasuran.
6. Debe, incluso, vigilárseles cuando acudan a realizar sus necesidades fisiológicas, para auxiliarlos en caso de que no se valgan por sí mismos.
7. Los alimentos deben servirse a temperaturas adecuadas y cortados en trozos pequeños y fáciles de deglutir, si es necesario debe asistirse a los enfermos. No se les deben proporcionar cubiertos metálicos.
8. Durante los periodos de descanso han de vigilarse estrechamente para evitarles caídas de la cama o que provoquen un incendio, en caso de pacientes fumadores, protegerlos de corrientes de aire para prevenir resfriados comunes o complicaciones respiratorias, también debe evitarse que usen la ropa de cama para suicidarse.
9. Vigilancia estrecha durante la realización de terapias ocupacionales y recreativas que pongan a su alcance objetos con los cuales puedan agredirse, o bien que puedan ocasionarles caídas o lesiones.

Es necesario considerar que la vigilancia estrecha es un recurso del cual no debe privarse a un enfermo mental durante las 24 hrs del día precisamente por la carencia de sus facultades mentales. Esta vigilancia debe ser más rigurosa con los

pacientes autodestructivos, con delirio, con intentos de fuga, propensos al suicidio, con los depresivos y los que se encuentran en aislamiento o bajo sujeción.

La enfermera debe mantener una relación positiva con el paciente y demostrarle respeto empleando los términos apropiados cuando se dirige a cada uno de ellos. A los adultos les debe llamar por sus apellidos, precedidos por las palabras señor, señora o señorita; a los ancianos, con el diminutivo abuelito, abuelita; a los niños, con cariño y afabilidad. Deben prevalecer la amabilidad y la atención hacia el enfermo y sólo se usará un apodo cuando el paciente lo prefiera como demostración de cariño.

Actividades específicas de la enfermera psiquiátrica en el hospital

En un hospital psiquiátrico la enfermera es responsable de los cuidados de los enfermos que le asignen, por lo que esto debe observar y anotar con exactitud la conducta de los pacientes a su cargo, medida que está muy importante para la labor de los médicos y de todos aquellos que forman el equipo de trabajo. En este tipo de pacientes la información escrita contribuye a la mejor comunicación en que toca el tratamiento que se le debe administrar. El personal de enfermería dedicado al cuidado integral de los pacientes debe contar con las siguientes características:

1. Capacidad de observación
2. Conocimiento suficiente de la conducta humana a fin de entender lo que observa.
3. Paciencia para escuchar y contestar mediante el reforzamiento positivo.
4. Capacidad científica emocional.
5. Habilidad para anotar sus observaciones.

La enfermera debe colaborar estrechamente con el equipo de trabajo y actuar como terapeuta en el cuidado integral de paciente para lograr su pronta recuperación y ayudarlo a retornar a la comunidad como un ciudadano dueño de sus actos capaz de contribuir al bienestar de la sociedad.

Durante su permanencia en el hospital, el paciente suele pasar la mayor parte del tiempo en su pabellón o sala de manera que su contacto con el personal de enfermería es estrecho. En consecuencia es muy importante que las enfermeras contribuyan al diagnóstico del paciente y establezcan las bases de las relaciones terapéuticas que se entablarán.

Inmediatamente después del ingreso del paciente la enfermera debe recibir del médico los datos necesarios y las órdenes escritas relativas al tratamiento. Los datos deben incluir:

1. Las circunstancias que obligaron la admisión del paciente.
2. Los cuidados especiales que pueden necesitarse.
3. La vigilancia del patrón de conducta que está desarrollando: agresivo, autodestructivo, intento de suicidio, hiperactivo, etc.
4. Las actividades que podrá desarrollar el paciente en las terapias ocupacionales y recreativas según su patrón de conducta y su patología.
5. El grado de supervisión y vigilancia que requiere.
6. Las instrucciones especiales respecto de las visitas, llamadas telefónicas y correspondencia que pueda recibir.
7. A su vez el personal de enfermería debe encargarse de las actividades siguientes:
8. Disponer de todo lo necesario para realizar las terapias.
9. Elaborar registros exactos de sus observaciones respecto a la conducta física, psíquica y fisiológica del paciente.
10. Coordinar e integrar los principios de salud mental en el cuidado de aquellas que lo requieren.
11. Participar en las labores del equipo multidisciplinario en los aspectos de prevención, diagnóstico precoz y rehabilitación del enfermo.
12. Proporcionarle un ambiente terapéutico, estático y dinámico con posibilidades de aprender nuevas pautas de conducta y tener una mayor participación de actividades de grupo.
13. Enfrentarse a los problemas que existen en la realidad del enfermo.
14. Desarrollar en los sentimientos de seguridad y confianza, socializarlo, cuando esté en condiciones de hacerlo.
15. Tener la capacidad de hablar con el paciente, adoptando una actitud de aceptación, tolerancia e interés.

16. Crear un clima en el cual se sienta protegido en grado tal que le permita expresar sus inquietudes con libertad.
17. Influir terapéuticamente en la experiencia hospitalaria del enfermo aprovechando que se es la persona más cercana a él.
18. Proporcionarles experiencias sanas en el área de relaciones emocionales.
19. Orientar y ayudar al paciente y mejorar sus relaciones interpersonales dentro de su grupo social.
20. Habilitarlo en alguna actividad productiva que le ofrezca independencia económica y rehabilitación social.
21. Participar activamente en las actividades ocupacionales y recreativas, coordinando, educando y vigilando a los enfermos.
22. Convencer al cliente de que no es posible satisfacer sus deseos de quitarse la vida.
23. Elaborar un plan de actividades flexibles que proporcione posibilidades de cambio.
24. Estimular los miembros del grupo que o participar en la planeación de dichas actividades.
25. Mantener el plan en un terreno práctico.
26. Proporcionar variantes específicas para evitar la monotonía con la posibilidad de modificar la actividad del grupo.
27. Cambiar los patrones de los miembros del grupo terapéutico mediante al desarrollo de nuevas y más afectivas para hacer frente a las situaciones que producen la tensión.

3.6. CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA

Los cuidados que la enfermera debe proporcionar a los pacientes y las destrezas que ésta desarrolla para darles un cuidado integral, deben considerar diversos aspectos, respetando la situación individual del enfermo, su patología, el patrón de conducta que presente, sus problemas físicos, psicológicos y fisiológicos.

Estos cuidados tienen que ser acordes con los signos y síntomas que el paciente presente. Por tal razón, los cuidados de enfermería proporcionados a los enfermos mentales hospitalizados pueden clasificarse de la forma siguiente:

- Paciente agresivo en estado de agitación
- Paciente depresivo
- Paciente autodestructivo
- Paciente hiperquinetico
- Paciente suicida en potencia
- Paciente que intenta fugarse
- Paciente con insomnio
- Paciente confuso
- Paciente con psicosis alcohólica
- Paciente senil

Paciente agresivo o en estado de agitación

En este caso se da prioridad a la conducta agresiva y al estado de agitación del paciente, con la finalidad de evitar problemas a los enfermos hospitalizados y al equipo multidisciplinario. Los principales cuidados de este tipo son:

- Recurrir a las palabras amables y tranquilizadoras hasta donde sea posible.
- Respetar su individualidad y despojarlo de objetos obviamente peligrosos que pongan en riesgo su vida ya mencionados anteriormente.
- Investigar las causas de su internamiento y su diagnóstico.
- Vigilancia estrecha.
- Conducir al paciente recientemente hospitalizado ante la presencia del médico psiquiatra.
- Acompañarse siempre de dos o tres personas del equipo cuando se esté con el enfermo.
- Procurar separarlo de los demás enfermos e instalarlo en una habitación individual.
- Planear las técnicas de sujeción en caso de que así lo requiera el médico especialista, para no hacerlo con precipitación.
- Utilizar las técnicas necesarias de enfermería.
- El procedimiento de contención debe practicarse con técnicas de enfermería y exige cuidados específicos.
- Ningún paciente debe permanecer largos periodos prolongados bajo el mismo procedimiento de contención ya que esta pone en peligro su integridad física.

- No debemos de dejar de proporcionar ayuda al enfermo para resolver sus necesidades fisiológicas y psicológicas.
- En el procedimiento de contención, la enfermera no debe ser vista como una amenaza para el enfermo si no como protectora del mismo y como una persona respetuosa de su individualidad.
- El procedimiento de contención deberá favorecer un clima terapéutico y tranquilizador.
- Los signos vitales del enfermo mental hospitalizado no deben pasarse por alto.

Paciente depresivo

Amerita de vigilancia estrecha, ya que sus signos vitales son de suma importancia. Mediante el apoyo psicológico debemos ayudarlo a superar su indiferencia afectiva. Los principales cuidados son:

- Reafirmar el comportamiento de sus necesidades básicas de primer orden.
- El tratamiento que ha de seguirse siempre será de la competencia del médico y se utilizarán, en todo caso, las técnicas específicas de enfermería.
- Tener en consideración durante las terapias ocupacionales y recreativas el estado depresivo del paciente.
- Integrar a los depresivos a las terapias de grupo aunque su actividad sea mínima con la finalidad de custodiarlos y vigilarlos.
- Apoyar psicológicamente al especialista en el manejo en la interrelación del paciente.

Paciente autodestructivo.

Los pacientes con conducta autodestructiva exigen una vigilancia estrecha puesto que ponen en peligro su vida, por lo que es necesario seleccionar el sitio ideal para su custodia; debe ser un lugar que garantice su protección física y en el cual se le proporcionen las atenciones siguientes:

- Recurrir, si es preciso, al procedimiento de contención física en cama.
- Si es necesaria la sedación, esta debe aplicarse con la debida autorización médica.
- Desarrollar las técnicas específicas de enfermería.
- Separar a este tipo de enfermos y ubicarlos en las habitaciones individuales con vigilancia continua.
- Vigilar los signos del paciente autodestructivo ya que son de suma importancia para el equipo médico.

Paciente hiperquinético

Es aquel que está incapacitado para permanecer durante un tiempo prolongado en un solo sitio; es deambulatorio y amerita por parte del personal de enfermería, la atención de sus necesidades psíquicas y fisiológicas. Además, deben brindársele los cuidados siguientes:

- Vigilarlo estrechamente para evitarle accidentes y, de forma especial, durante el baño, ingestas y sueño.
- Observar sus actitudes y conducta.
- Proporcionarle una terapia acorde con la hiperquinesis.

Paciente suicida en potencia

Con este tipo de pacientes deben observarse las siguientes medidas:

- Vigilar estrechamente su comportamiento.
- Informar de su conducta suicida a los médicos y enfermeras de turnos subsecuentes.
- Integrarlos a terapias de grupos.
- Proporcionarles terapias de apoyo, siempre tendiente a eliminar su conducta suicida.
- Despojarlo de objetos que le permitan automutilarse, quemarse e infligirse heridas.

- Durante la noche, observar sus movimientos, de forma discreta.

La elección del tratamiento es responsabilidad del médico.

Paciente que intenta fugarse

El paciente recién hospitalizado tiene tendencia a la fuga por sentirse en un medio desconocido. Si un paciente en estado agudo logra este objetivo pone en peligro su vida y estado confusional, puede ser atropellado en la vía pública o arrojarse intencionalmente para que lo arrollen los vehículos. Por tanto, lo indicado es:

- Vigilarlo continuamente y revisar las puertas de entrada y salida, sellar las ventanas para frustrar los intentos de fuga y evitar los accidentes.
- Vigilar la entrada y salida del personal, para no propiciar las fugas de los enfermos.
- Evitar que piensen en su carencia de recursos económicos, ya que éste es un factor que los incita a la fuga.
- Hay que tener presente que la fuga de un paciente implica, además, problemas legales.

Paciente con insomnio

La enfermera es quien recoge las quejas del enfermo en lo que concierne a sus problemas de insomnio, por lo que se recomienda proporcionarles actividades ocupacionales y recreativas en el transcurso del día. Durante la noche recrudescen la perturbación emocional del paciente y le impide conciliar el sueño. Por tanto es importante:

- Proporcionarle apoyo emocional, platicar con él y prestarle atención para que exteriorice su problema.
- Ayudar al enfermo a continuar con ciertos hábitos personales como el vaso de agua antes de acostarse, leche tibia a la media noche, aconsejarle relajamiento muscular o lectura.
- El insomnio es un síntoma observado en numerosas enfermedades mentales pero no se deben administrar sistemáticamente hipnóticos sino sólo cuando estén contemplados dentro del tratamiento general del enfermo.

Paciente confuso

El enfermo mental en estado confusional amerita vigilancia y ayuda para resolver sus necesidades básicas y, asimismo, porque está expuesto a sufrir accidentes. Otros cuidados que deben proporcionársele son:

- Controlar sus signos vitales y registrar constantemente su estado de conciencia
- Observar sus signos de deshidratación
- Vigilar al enfermo durante toda la noche y el día
- Proporcionarle suficiente alimentación por vía bucal
- Su estado confusional debe ser informado al médico y registrarse en la hoja de enfermería
- La presencia de la enfermera es muy necesaria para el enfermo; debido a su estado de confusión y desorientación, la ausencia de aquella acrecentará su ansiedad.

Paciente con psicosis alcohólica

El paciente alcohólico debe considerarse un enfermo que requiere de tiempo, paciencia y comprensión por parte de la enfermera. Además, ésta debe:

- Vigilar su abstinencia total de bebidas alcohólicas
- Adoptar una actitud terapéutica que excluya el desprecio y el rechazo
- Detectar, discretamente, las posibilidades del aporte clandestino de alcohol (familiares, amigos u otro enfermo)
- No permitirle salir, para evitar que frecuente centros de contaminación.
- Tomar sus signos vitales, sobre todo durante los primeros días del tratamiento
- Los aspectos psicoterapéuticos son de suma importancia en el tratamiento de deshabilitación

Paciente senil

El papel de la enfermera es primordial en el cuidado del demente senil, en la medida que es preciso atenderlo y sustituirlo en la mayor parte de sus actos cotidianos, por lo que se debe:

- Vigilarlo estrechamente en todos los turnos, por estar sujeto a riesgos y accidentes
- Atenderlo de forma integral y asistirlo en la ingestión de sus alimentos
- Cambiarlo de posición en la cama, para evitar la formación de escaras
- Retirarlo de la cama, durante un tiempo relativamente prolongado, pero garantizando su seguridad.
- Proporcionarle incluso cuidados de higiene y limpieza corporal, ya que se trata de pacientes alucinados o delirantes que no cooperan.
- Revisar frecuentemente el sitio en donde se encuentre, a causa de su sueño fragmentado.
- Incorporarlos a las terapias recreativas, que les favorecen al máximo.

ATENCIÓN DE LOS HÁBITOS HIGIÉNICOS DEL ENFERMO MENTAL HOSPITALIZADO

La vigilancia de los hábitos higiénicos del enfermo mental es un problema que requiere de atención especial por parte del personal de enfermería. Estos hábitos están íntimamente relacionados con la patología y los patrones de conducta que desarrolla el paciente, de conformidad con su estado de confusión mental, depresión, agresión o autodestrucción.

El enfermo mental por tanto, necesita de la enfermera en los aspectos siguientes:

- En la administración de sus alimentos
- En la higiene de sus manos, antes y después de tomar los alimentos o realizar sus necesidades fisiológicas.
- En la utilización de cubiertos adecuados para evitar accidentes.
- En el descanso y sueño, para evitar que duerma vestido, calzado o con ropa incómoda; para que se cobije y use la almohada en la posición adecuada.
- En el aseo corporal, evitándole accidentes, caídas o quemaduras
- En el aseo de la boca, vigilando que se cepille los dientes después de tomar sus alimentos.
- En el aseo del vestido, teniendo presentes su patología, patrón de conducta y edad. Hay necesidad de asistirlos en el cambio de ropa y, en consecuencia, al defecar y orinar.
- En el aseo de su ambiente, ya que debido a su patología, patrón de conducta o estado confusional, el enfermo mental desarrolla hábitos inadecuados de higiene: deposita basura donde lo desea, acumula alimentos en sus vestidos, tira las colillas de los cigarrillos, etcétera.
- En la realización de sus relaciones sexuales; en este aspecto se requiere de una orientación precisa para evitar actividades que perjudiquen la salud del paciente, sea en aspecto físico, psíquico o social.
- En el recreo, después de toda actividad física, vigilar su sueño y su cambio de ropa.

Todos estos cuidados y aún otros, forman parte integral de la atención del enfermo mental por parte del personal de enfermería; su observancia cambia por completo cualquier mala impresión relacionada con el trato y atención de los pacientes.

3.7. TÉCNICAS DE SUJECIÓN

INTRODUCCIÓN

En el campo de la psiquiatría siempre se han empleado tratamientos de tipo somático. A medida que avanzan las investigaciones sobre la fisiopatología de las enfermedades mentales, se van desarrollando nuevas modalidades de tratamiento somáticos más perfectas y sofisticadas. Al mismo tiempo se siguen manteniendo modalidades terapéuticas tales como las restricciones que fue uno de los primeros métodos de asistencia de enfermería para los pacientes psiquiátricos.

LA SUJECIÓN TERAPÉUTICA

Consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas, los tobillos, etc. En esta era de preocupación por los derechos humanos y las libertades civiles, las sujeciones mecánicas o el aislamiento deben aplicarse con suma discreción y las máximas garantías de seguridad.



La principal acción de enfermería es impedir las conductas que obligan a utilizar las sujeciones mecánicas, éste debe ser siempre el último recurso.

INDICACIONES

- 1.- Conducta violenta de un paciente que resulte peligrosa para él mismo o para los demás.
- 2.- Agitación no controlable con medicamentos.
- 3.- Representan una amenaza para su integridad física debidas a la negación del paciente a descansar, beber, dormir.
- 4.- En situaciones de riesgo que no puede ser controlado de ninguna otra manera, pueden contenerse temporalmente, para recibir la medicación, o durante largos periodos, si no se pueden administrar los fármacos o no le hacen el efecto esperado y continúan siendo peligrosos.

Es frecuente que los pacientes sujetos se calmen después de transcurrido algo de tiempo.

- 5.- A nivel psicodinámico, estos pacientes incluso pueden recibir con satisfacción el control de sus impulsos, pero deben estar indicados terapéuticamente.

PRINCIPIOS GENERALES

Son aplicables en cualquier situación, aunque no existen normas fijas sobre cómo hay que actuar ante una situación de violencia (muchas veces reina la improvisación).

1.-Distraer al paciente: se intervendrá cuando exista un número suficiente de personas, cuatro o cinco, se informará al resto de compañeros a través del teléfono o la alarma. Mientras, se deberá vigilar y distraer la atención del paciente. Nos colocaremos a una distancia adecuada. Se le informará que está perdiendo el control pero que se le va ayudar si él lo desea. Todo ello en un tono firme pero comprensivo.

2.-Debe existir un plan de actuación preacordado.

3.-Preparación del personal: debe despojarse de todo objeto peligroso para su integridad física y también la nuestra (gafas, relojes, pulseras, pendientes, etc.)

4.-Evitar público: ya que el paciente va a adoptar una posición más heroica que la que tendría si estuviera sólo. Además servirá para aumentar la ansiedad en los demás pacientes (especialmente en pacientes paranoides).

5.-Momento de la intervención: en el momento que muestra signos de violencia inmediata: ejecuta actos violentos contra objetos, si observa personas cerca, actuará contra ellas. El momento indicado será: mientras destruye los objetos, cuando se detiene a recuperar fuerzas.

6.-Número de personas: será de cuatro o cinco, es importante que el grupo sea lo más numeroso posible, porque una demostración de fuerza puede ser suficiente para interrumpir la acción. Cada una de las extremidades será sujeta por un miembro del equipo.

7.-Actitud del personal: se va a reducir a un paciente con intención terapéutica. Deben disponerse de sedantes parenterales. Nunca utilizarlo como un castigo.

8.-El personal será en todo momento: profesional, no mostrará cólera, ni afán de castigo, actitud enérgica pero amable, respetuoso, evitando golpearle o someterlo a posturas humillantes, se actuará impidiéndole el movimiento, evitar insultos, blasfemias.

9.-Sujeción: cada miembro tiene asignada una extremidad. Se deben evitar los huesos largos y tórax, por riesgo de lesiones. Se sujetarán las extremidades en la zona más distal.

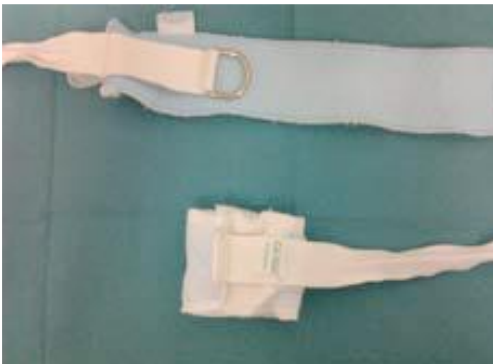
10.-Siempre debe estar autorizada por el médico, aunque sea de forma de verbal, pero siempre mejor por escrito en la hoja de órdenes médicas.

11.-Se debe registrar minuciosamente la razón de la contención, la duración, el curso del tratamiento y la respuesta del paciente mientras esté sujeto.

12.-Se deben emplear exclusivamente sistemas homologados de sujeción física, como en nuestro caso los equipos de SEGUFIX, son los medios más seguros y firmes.

EL EQUIPO DE SUJECIÓN DE SEGUFIX (Fig. 1) Consta de distintos elementos:

- Cinturón ancho abdominal.
- Arnés hombros tórax.
- Tiras para cambios posturales.
- Muñequeras.
- Tobilleras.
- Botones magnéticos.
- Llaves magnéticas.



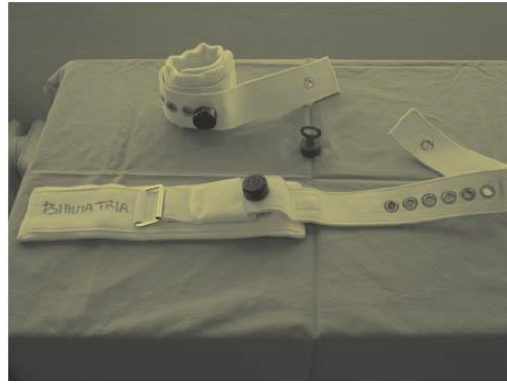
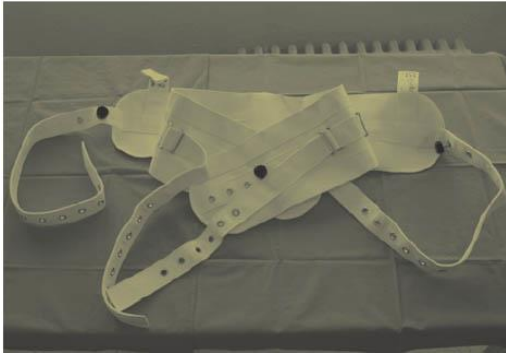
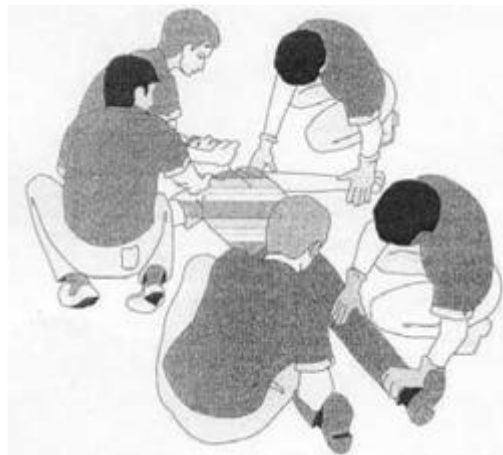


Figura 1. Equipo de sujeción.

TÉCNICA DE LA SUJECIÓN TERAPÉUTICA

Explicarle al paciente por que se le va a sujetar.
Para sujetar a un paciente deberían estar un mínimo de **cuatro personas**.



Un miembro del equipo siempre debería estar **visible para el paciente**, y su cometido será **tranquilizarle** durante la sujeción. De esta manera se ayuda al paciente a aliviar su temor al desamparo, impotencia y pérdida de control.

Deberían sujetarse con las piernas extendidas y ligeramente abiertas para sujetarlas por **los tobillos** bien a las tiras del segufix o al travesero de la cama.



Los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, para sujetarlos por **las muñecas**, a las tiras del segufix o al travesero de la cama.



El tronco se debe sujetar firmemente a la cama con la correa especial (más ancha) diseñada para ese efecto. Cuidado que no esté floja, porque podría deslizarse por ella y ahorcarse, ni tampoco excesivamente fuerte, que le dificulte la respiración.



La sujeción debe permitir administrar perfusión endovenosa por el antebrazo, así como recibir líquidos o alimento.

Mantener **la cabeza** del paciente ligeramente levantada para disminuir sus sentimientos de indefensión y para reducir la posibilidad de aspiración pulmonar.

Comprobar periódicamente cada poco tiempo las sujeciones por la seguridad y la comodidad del paciente.

Después de contener al paciente, el médico debe comenzar el tratamiento mediante una **intervención verbal**.

Incluso cuando están sujetos la mayoría de los pacientes necesitan **medicación antipsicótica** de manera concentrada y por vía intramuscular.

Cuando el paciente esté bajo control, se deben **ir eliminando las restricciones** a intervalos de cinco minutos, hasta que el paciente tenga solo dos. Las restantes se eliminarán al mismo tiempo, ya que el paciente no se puede contener con una sola sujeción.

La sujeción mecánica debe continuar el **menor tiempo posible**, a medida que el paciente se va tranquilizando se le deben ir retirando sujeciones.

Prevenir los tromboembolismos:

a.) Para evitar tromboembolismos sobre todo en ancianos debe liberarse una extremidad de las cuatro cada 30 minutos.

b.) Para una inmovilización superior a las 24 h ó en pacientes con factores de riesgo requerirá hacer profilaxis de trombosis, con heparina de bajo peso molecular (HBPM).

PROTOCOLO: Para la aplicación de la misma se realizarán un recuento de plaquetas y un tiempo de coagulación, que deberán ser normales.

La HBPM se administrará por vía subcutánea con carácter rotatorio y una vez al día a la dosis de 5.000 UI.

No requiere controles, con la excepción de realizar un hemograma periódicamente.

CONTRAINDICACIONES: Está contraindicada en los trastornos hemorrágicos, enfermedad ulcerosa péptica, hipertensión y hepatopatía severas.

ACCIONES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE SUJETO TERAPÉUTICAMENTE

Mantener la dignidad y la autoestima del paciente porque la pérdida de control y la imposición de sujeciones mecánicas pueden resultar muy penosas para el paciente:

- Preservar la intimidad del paciente.
- Explicar la situación a los otros pacientes sin revelar la información que el paciente considere confidencial.
- Mantener contacto verbal con intervalos regulares mientras se halle despierto.
- Asignar a un auxiliar del mismo sexo del paciente para que se ocupe de sus cuidados personales.
- Implicar al paciente en planes para poder finalizar la sujeción mecánica.
- Desacostumbrar progresivamente al paciente a la seguridad que supone un entorno de aislamiento.

Mantener la integridad física porque ellos no van a poder atender sus necesidades fisiológicas y pueden sufrir los riesgos que implica la inmovilidad:

- Comprobar las constantes vitales periódicamente.
- Ayudar al paciente en la higiene personal.
- Acompañarle al cuarto de baño o proporcionarle cuña u orinal.
- Regular y controlar la temperatura de la habitación.
- Realizar los cambios posturales necesarios.
- Almohadillar las sujeciones.
- Ofrecer alimentos y líquidos.
- Observarle frecuentemente y retirar todos los objetos peligrosos de su entorno.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

ACTIVIDAD ESCOLARIZADA

ENTREGAR ENSAYOS

EXPONER INDIVIDUALMENTE O EN EQUIPO

PRESENTAR REPORTES DE INVESTIGACIÓN

REVISIÓN DE LAS AUTOEVALUACIONES

ACTIVIDAD NO ESCOLARIZADA

CONTESTAR LOS EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

INVESTIGAR LA CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES MÁS COMUNES.

ELABORAR UN CUADRO SINÓPTICO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES QUE CONTENGA: CONCEPTO, ETIOLOGÍA MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA.

INVESTIGAR LOS REQUISITOS DE ADMISIÓN A UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.

INVESTIGAR LOS TIPOS DE SUJECIÓN QUE SE UTILIZAN PARA EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

ESCRIBIR UN ENSAYO SOBRE: (EL TEMA SERÁ REPARTIDO POR MEDIO DE RIFA)

- A. TRASTORNOS RELACIONADOS CON FÁRMACOS.
- B. ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.
- C. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.
- D. TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DISOCIATIVOS.
- E. TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS.
- F. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

AUTOEVALUACIÓN

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿QUE SE ENTIENDE POR CUIDADOS INTEGRALES DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA?
2. ¿CUÁLES SON LOS CUIDADOS INTEGRALES EN LO QUE TOCA AL ASEO CORPORAL DEL ENFERMO MENTAL?
3. ¿CUÁLES SERÍAN LOS CUIDADOS INTEGRALES EN SU ALIMENTACIÓN?
4. ¿CUÁLES SERÍAN LOS CUIDADOS INTEGRALES DURANTE EL DESCANSO Y EL SUEÑO DEL PACIENTE?
5. ¿EN QUÉ CONSISTE EL CONTROL DE EXCRETAS?
6. ¿CUÁLES SON LOS CUIDADOS INTEGRALES QUE DEBEN PROPORCIONARSE AL ENFERMO EN LO QUE CONCIERNE A SUS NECESIDADES BÁSICAS?
7. ¿CUÁLES SERÍAN LOS CUIDADOS INTEGRALES EN SUS HÁBITOS DE HIGIENE?
8. ¿CUÁLES SERÍAN LOS CUIDADOS INTEGRALES EN LA UNIDAD EN QUE HABITA EL ENFERMO?
9. ¿QUÉ CUIDADOS INTEGRALES SE PROPORCIONARÍAN A LOS PACIENTES DURANTE LAS TERAPIAS FÍSICAS, MANUALES O DE GRUPO?

10. ENUNCIE LOS CUIDADOS INTEGRALES PROPORCIONADOS AL ENFERMO EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO.
11. ¿EN QUÉ CONSISTEN LAS TÉCNICAS DE SUJECIÓN?
12. ¿CUÁLES SON SUS PRINCIPALES OBJETIVOS?
13. ENUMERE LOS PRINCIPIOS MÁS IMPORTANTES DE DICHAS TÉCNICAS.
14. ¿EN QUÉ CASOS ESTÁN INDICADAS?
15. ¿EN QUÉ CASOS ESTÁN CONTRAINDICADAS?
16. ENUMERE ALGUNAS MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD
17. ¿CUÁL ES EL MATERIAL Y EL EQUIPO NECESARIO?
18. ¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE SUJECIÓN QUE CONOCE?
19. ¿CUÁL CREE QUE IMPLIQUE MAYOR DIFICULTAD?
20. ¿QUÉ TÉCNICAS DEBEN APLICARSE EN EQUIPO?

21. ¿CUÁL ES LA DISCIPLINA ESPECIALIZADA EN EL ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS MENTALES?
22. ¿CUÁLES SON LOS TRES GRUPOS PRINCIPALES EN QUE SE CLASIFICAN LAS ENFERMEDADES MENTALES?
23. ¿CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES FUNDAMENTALES DE LAS NEUROSIS?
24. ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES MANIFESTACIONES DE LA PSICOSIS?
25. ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS PRIMORDIALES DE LA NEUROSIS?
26. ¿CUÁLES SON LAS DOS TOXICOMANÍAS MÁS IMPORTANTES?
27. ¿QUÉ ES EL SUICIDIO?
28. ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DE LAS OLIGOFRENIAS?
29. ¿CÓMO SE PUEDE DEFINIR A LOS INDIVIDUOS EN CRISIS?
30. ¿EN QUÉ CONSISTEN LAS CRISIS?
31. ¿CUÁLES SON LOS FACTORES EXTERNOS QUE DESENCADENAN CRISIS?
32. ¿CUÁLES SON LOS CUATRO GRUPOS DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS?
33. ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES SÍNTOMAS DE LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS?

ELIJA LA MEJOR RESPUESTA PARA CADA UNA DE LAS PREGUNTAS SIGUIENTES.

1. UNA PERSONA DICE A LA ENFERMERA: "MI SOBRINO DE SEIS AÑOS SE VE DEPRIMIDO, Y ASÍ ACTÚA. ¿PUEDE UN NIÑO DE ESA EDAD TENER UN PROBLEMA MENTAL?" ¿EN CUÁL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS DEBE BASARSE LA RESPUESTA DE LA ENFERMERA?
 - A. EN LOS PREADOLESCENTES NO OCURRE DEPRESIÓN CLÍNICA, Y ES PROBABLE QUE EL NIÑO TENGA TRISTEZA TRANSITORIA POR ALGÚN PROBLEMA DE LA VIDA DIARIA.
 - B. LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL SON RAROS EN NIÑOS, Y EL COMPORTAMIENTO DE SU SOBRINO PROBABLEMENTE SE ENCUENTRA DENTRO DE LO NORMAL PARA SU EDAD.
 - C. ALREDEDOR DE 20% DE LOS NIÑOS TIENEN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, Y LOS PROBLEMAS DE SU SOBRINO DEBEN SER TOMADOS EN SERIO.
 - D. ALREDEDOR DE 40% DE LOS NIÑOS TIENEN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, Y ES PROBABLE QUE SU SOBRINO NECESITE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN UN HOSPITAL.

2. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CONDUCTAS DEBE ESPERAR LA ENFERMERA EN UN NIÑO DE CINCO AÑOS DE EDAD AL QUE SE LE HA DIAGNOSTICADO AUTISMO?
 - A. PLATICA DE MANERA INCESANTE.
 - B. SE AFERRA A LOS PADRES.
 - C. NECESITA DIVERSIDAD EN SU AMBIENTE.
 - D. EXHIBE INTENSOS BERRINCHES.

3. LUIS, UN NIÑO DE OCHO AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN (ADHD), RECIBIRÁ METILFENIDATO (RITALIN). LA ENFERMERA HA ENSEÑADO A LA MADRE DEL NIÑO ACERCA DE LA MEDICACIÓN. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES HECHAS POR LA MADRE DE LUIS INDICARÍA LA NECESIDAD DE MAYOR INSTRUCCIÓN?
 - A. "LE DARÉ EL MEDICAMENTO A LUIS A LA HORA DE ACOSTARSE"
 - B. "ME ASESURARÉ DE MEDIR Y PESAR A LUIS CON REGULARIDAD"
 - C. "LE DIRÉ AL RESTO DE LA FAMILIA QUE OBSERVEN A LUIS EN BUSCA DE SIGNOS DE ACTIVIDAD CONVULSIVA"
 - D. "ESPERARÉ A VUE EL EFECTO MÁXIMO DEL METILFENIDATO (RITALIN) OCURRA UNAS CUATRO HORAS DESPUÉS DE QUE LUIS LO HAYA TOMADO."

4. LA ENFERMERA TRABAJA EN UN CENTRO DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL PARA NIÑOS CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA GRAVE. EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO ES LA MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO TANTO DE LOS NIÑOS COMO DE SUS PADRES. LA ENFERMERA REALIZA TODAS LAS ACTIVIDADES NECESARIAS EN EL CENTRO. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ACCIONES ES PROBABLE QUE TENGA EL MAYOR EFECTO A LARGO PLAZO EN EL COMPORTAMIENTO?
 - A. ADMINISTRACIÓN DE NEUROLÉPTICOS SEGÚN SEA NECESARIO PARA CONTROLAR LA AGRESIVIDAD.
 - B. MODELACIÓN DE ROLES CON CONDUCTAS APROPIADAS.
 - C. ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES DE CONDUCTA.
 - D. VIGILANCIA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

5. SE DIAGNOSTICARÁ ENURESIS EN UN NIÑO DE CINCO AÑOS SI ÉSTE MOJA LA ROPA O LA CAMA CUANDO MENOS
- A. UNA VEZ CADA TRES MESES, POR UN MÍNIMO DE 12 MESES CONSECUTIVOS.
 - B. DOS VECES AL MES, POR UN MÍNIMO DE SEIS MESES CONSECUTIVOS.
 - C. UNA VEZ A LA SEMANA, POR UN MÍNIMO DE CUATRO MESES CONSECUTIVOS.
 - D. DOS VECES A LA SEMANA, POR UN MÍNIMO DE TRES MESES CONSECUTIVOS.
6. MIENTRAS TOMA LOS SIGNOS VITALES A UN PACIENTE CON DEMENCIA LEVE, LA ENFERMERA LO INTERROGA SOBRE LAS FOTOGRAFÍAS FAMILIARES EXHIBIDAS EN EL CUARTO. EL PRINCIPAL OBJETIVO DE LA PREGUNTA DE LA ENFERMERA ES:
- A. DISTRAER DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.
 - B. BRINDAR UNA INTERACCIÓN SOCIAL AGRADABLE AL PACIENTE.
 - C. ALENTAR AL PACIENTE A EVOCAR RECUERDOS DE SU FAMILIA.
 - D. EVOCAR LA REACCIÓN EMOCIONAL DEL PACIENTE.
7. UN PACIENTE CON EL ANTECEDENTE DE ABUSO CRÓNICO DE ALCOHOL TIENE DÉFICIT DE MEMORIA Y DE APRENDIZAJE. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES DEBE SOSPECHAR LA ENFERMERA?
- A. ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JACOB.
 - B. SÍNDROME DE PUESTA DEL SOL.
 - C. SÍNDROME DE KORSAKOFF.
 - D. ENFERMEDAD DE PICK.
8. ¿CUÁLES DE LOS SIGUIENTES DATOS DEBEN HACER SOSPECHAR A LA ENFERMERA QUE UN PACIENTE ANCIANO TIENE SEUDODEMENCIA EN LUGAR DE DEMENCIA VERDADERA?
- A. AFASIA.
 - B. APRAXIA
 - C. ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO.
 - D. EFECTO LÁBIL.
9. ¿A CUÁL DE LOS SIGUIENTES PACIENTES ES MÁS PROBABLE QUE SE LE DIAGNOSTIQUE UN TRASTORNO MENTAL DEBIDO A UNA CONDICIÓN MÉDICA GENERAL?
- A. UN PACIENTE CON CÁNCER LARÍNGEO QUE SE DEPRIME LUEGO DE LARINGECTOMÍA.
 - B. UN PACIENTE CON EL ANTECEDENTE DE TRASTORNO BIPOLAR QUE SE DEPRIME DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE SU HIJO.
 - C. UN PACIENTE CON HIPOTIROIDISMO CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN QUE MEJORAN CUANDO SE ADMINISTRA REPOSICIÓN DE HORMONA TIROIDEA.
 - D. UN PACIENTE EN UNA UNIDAD DE ADICCIONES QUE SE DEPRIME DURANTE LA SUPRESIÓN DE COCAÍNA.

10. ¿EN BUSCA DE CUÁLES DE LOS SIGUIENTES TRASTORNOS MENTALES DEBE LA ENFERMERA VALORAR A UN PACIENTE CON UNA LARGA HISTORIA DE ARRITMIAS CARDÍACAS?
- A. TRASTORNO DE ANSIEDAD.
 - B. TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO
 - C. TRASTORNO AMNÉSICO
 - D. TRASTORNO PSICÓTICO.
11. LA ENFERMERA DEBE ESTAR CONSCIENTE DE QUE LA DISFUNCIÓN SEXUAL ES UN PROBLEMA COMÚN EN PACIENTES CON UNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES MÉDICAS.
- A. ASMA.
 - B. DIBETES MELLITUS.
 - C. ENFERMEDAD ULCEROPÉPTICA.
 - D. HEPATITIS.
12. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ACCIONES DE LA ENFERMERA NO SERÍA APROPIADA EN EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON UN TRASTORNO RELACIONADO CON FÁRMACOS?
- A. VALORAR EL RIESGO DE SUICIDIO.
 - B. ALENTAR AL PACIENTE A TOLERAR LOS SÍNTOMAS DE SUPRESIÓN SIN MEDICACIÓN ADICIONAL.
 - C. ACOMPAÑAR AL PACIENTE A UNA REUNIÓN DE 12 PASOS.
 - D. DESPERTAR A UN PACIENTE DORMIDO PARA EVALUARLO EN BUSCA DE SÍNTOMAS DE SUPRESIÓN.
13. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DEBE SER RECONOCIDO POR LA ENFERMERA COMO SÍNTOMA NEGATIVO DE ESQUIZOFRENIA?
- A. APAGAMIENTO DE LA AFECTIVIDAD.
 - B. PENSAMIENTO DESORDENADO.
 - C. IDEAS DELIRANTES.
 - D. ALUCINACIONES.
14. LA ENFERMERA DEBE SER CONSCIENTE DE QUE DEPRESIÓN MAYOR Y ENFERMEDAD BIPOLAR DIFIEREN EN UNO DE LOS SIGUIENTES SENTIDOS:
- A. LA DEPRESIÓN MAYOR OCURRE EN UNA ETAPA TEMPRANA DE LA VIDA, MIENTRAS QUE EL TRASTORNO BIPOLAR SE PRESENTA A CUALQUIER EDAD.
 - B. LA DEPRESIÓN MAYOR AFECTA AL DOBLE DE MUJERES QUE DE VARONES, MIENTRAS QUE EL TRASTORNO BIPOLAR OCURRE CON IGUAL FRECUENCIA EN AMBOS SEXOS.
 - C. LA DEPRESIÓN MAYOR TIENE UNA BASE FAMILIAR, NO ASÍ LA ENFERMEDAD BIPOLAR.
 - D. LA DEPRESIÓN MAYOR SE CARACTERIZA POR IDEACIÓN SUICIDA, PERO NO LA FASE DEPRESIVA DEL TRASTORNO BIPOLAR.

15. EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO INCLUYE INCREMENTAR LA EXPOSICIÓN DE AQUÉL A LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS Y, POR TANTO, INCREMENTAR LA ANSIEDAD. DURANTE LOS PERIODOS DE EXPOSICIÓN, LA ENFERMERA DEBE ALENTAR AL PACIENTE A
- A. UTILIZAR EJERCICIOS DE RELAJACIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD CREADA POR LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS.
 - B. EXPERIMENTAR LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS A FIN DE GENERAR TOLERANCIA A LA ANSIEDAD.
 - C. IGNORAR TANTO LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS COMO LA ANSIEDAD RESULTANTE.
 - D. USAR TÉCNICAS DE BLOQUEO MENTAL PARA REDUCIR LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS.
16. LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS SON SÍNDROMES RELACIONADOS CON LA SIGUIENTE CONDICIÓN:
- A. TRASTORNO BIPOLAR.
 - B. SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.
 - C. SÍNDROME ORGÁNICO DE PERSONALIDAD.
 - D. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO.
17. LA ENFERMERA DEBE TENER PRESENTE QUE LA PRODUCCIÓN DE SÍNTOMAS SE ENCUENTRA BAJO CONTROL CONSCIENTE O VOLUNTARIO EN PERSONAS CON:
- A. HIPOCONDRIA.
 - B. TRASTORNO DE DISMORFIA CORPORAL.
 - C. TRASTORNO FACTICIO.
 - D. TRASTORNO DE CONVERSIÓN.
18. UNA ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA TIENE NÁUSEAS, VÓMITO Y DIARREA DURANTE LAS 24 HORAS PREVIAS AL PRIMER DÍA DE CADA CAMBIO DE SERVICIO EN LA ROTACIÓN CLÍNICA. ESTOS SÍNTOMAS SON EJEMPLOS DE:
- A. SOMATIZACIÓN.
 - B. FINGIMIENTO.
 - C. HIPOCONDRIA.
 - D. TRASTORNOS ORGÁNICOS.
19. UNA ENFERMERA OBSERVA A UNA PACIENTE EN BUSCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ANOREXIA NERVIOSA, ENTRE LOS QUE SE INCLUYE
- A. AMENORREA.
 - B. TAQUICARDIA.
 - C. DECREMENTO EN LA ACTIVIDAD.
 - D. TEMPERATURA ELEVADA.

20. ADEMÁS DE TENER DIFICULTADES PARA CONTROLAR SU COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO, TAMBIÉN ES COMÚN QUE ALAS PERSONAS CON BULIMIA NERVIOSA PRESENTEN
- A. CONDUCTAS DE ACTUACIÓN.
 - B. CONDUCTAS DISOCIATIVAS.
 - C. HABLA APRESURADA.
 - D. HABLA METONÍMICA.
21. SUPONIENDO QUE AL PACIENTE LE GUSTAN LOS SIGUIENTES ALIMENTOS Y BEBIDAS, ¿CUÁL DEBE SUGERIRLE LA ENFERMERA QUE TOMA ANTES DE IR A LA CAMA PARA PROMOVER EL SUEÑO?
- A. CHOCOLATE CALIENTE.
 - B. VINO TINTO.
 - C. SANDWICH DE PAVO.
 - D. GELATINA SABOR FRUTAS.
22. UNA JOVENCITA DE 15 AÑOS TIENE EL DIAGNÓSTICO DE TRICOTILOMANÍA. LA ENFERMERA DEBE SOSPECHAR QUE ENTRE LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE LA PACIENTE PODRÍA INCLUIRSE EL TRASTORNO MENTAL QUE SIGUE:
- A. TRASTORNO BIPOLAR.
 - B. ESQUIZOFRENIA.
 - C. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.
 - D. ABUSO DE FÁRMACOS.
23. UN PACIENTE DEL SEXO MASCULINO A QUIEN SE LE DIAGNOSTICA UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD TIENE DIFICULTADES PARA CONTROLAR SU IRA. LA META EN EL CASO DE ESTE PACIENTE ES FACILITAR LA EXPRESIÓN DE LA IRA DE UNA MANERA ADAPTATIVA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES INTERVENCIONES SERÍA APROPIADA?
- A. HACER QUE EL PACIENTE SIENTA DOLOR FÍSICO, COMO EL EXPERIMENTADO AL SER GOLPEADO POR OTROS.
 - B. INSTRUIR AL PACIENTE EN EL USO DE MEDIDAS TRANQUILIZANTES, COMO LA RESPIRACIÓN PROFUNDA.
 - C. PONER AL PACIENTE EN SITUACIONES FRUSTRANTES PARA INCREMENTAR SU TOLERANCIA A ELLAS.
 - D. HACER QUE EL PACIENTE OBSERVE A OTROS QUE SEAN INCAPACES DE ACTUAR DE MANERA APROPIADA EN SITUACIONES LLENAS DE TENSIÓN.

RELACIONE LAS COLUMNAS Y COLOQUE EN EL PARÉNTESIS EL NÚMERO CORRESPONDIENTE.

| | |
|---|---|
| 1. CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE AGRESIVO O EN ESTADO DE AGITACIÓN | ESTÁ SUJETO A RIESGOS Y ACCIDENTE () |
| 2. CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE DEPRESIVO. | VIGILAR SU ABSTINENCIA COMPLETA. () |
| 3. CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE AUTODESTRUCTIVO. | VIGILANCIA Y AYUDA PARA RESOLVER SUS NECESIDADES BÁSICAS () |
| 4. CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO. | SE RECOMIENDAS ACTIVIDADES OCUPACIONALES Y RECREATIVAS. () |
| 5. CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON INTENTO DE FUGA. | SE SIENTE EN UN MEDIO DESCONOCIDO. () |
| 6. CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE INSOMNE. | SON INTEGRADOS A LAS TERAPIAS DE GRUPO.() |
| 7. CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE CONFUSO | NO TIENE LA CAPACIDAD DE ESTAR EN UN SOLO SITIO DURANTE UN TIEMPO PROLONGADO. () |
| 8. CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON PSICOSIS ALCOHÓLICA. | SELECCIONAR EL SITIO PARA SU CUSTODIA () |
| 9. CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE HIPERACTIVO. | AYUDARLE A SUPERAR SU INDIFERENCIA AFECTIVA. () |
| 10. CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE SENIL. | SE RECURRIRÁ A PALABRAS AMABLES Y TRANQUILIZADORAS () |

GLOSARIO

ACATISIA. Imposibilidad de permanecer sentado y compulsión a desplazarse, que se observa en enfermos parkinsonianos y en el síndrome de las piernas inquietas.

ADAPTACIÓN. Adquisición de lo necesario para acostumbrarse o amoldarse a situaciones distintas.

ADOLESCENCIA. Periodo de la vida de una persona que va desde el fin de la infancia hasta que se produce el desarrollo completo del cuerpo.

AFASIA. Defecto del lenguaje consecutivo a una lesión cerebral que perturba la utilización de las reglas precisas para la producción y/o la comprensión de la palabra.

AGNOSIA. Defecto de las funciones nerviosas superiores perceptivas por el cual las aferencias pierden su carácter específico de signo, con la consiguiente incapacidad de reconocimiento de los objetos o personas.

AGORAFOBIA. Temor a los lugares públicos, en donde se encuentre gran concentración de gente.

AMNESIA. Falta o deficiencia de la memoria.

ANAMNESIS. Interrogatorio tomado de un paciente sobre sus datos generales y la enfermedad que presenta.

ANOREXIA. Falta de apetito.

ANORMAL. Que es distinto de lo habitual a lo acostumbrado, o que accidentalmente se halla fuera de su estado natural o de las condiciones que le son propias.

ANORMALIDAD. Diferencia respecto a lo habitual o acostumbrado, o situación accidental fuera del estado natural que algo tiene o de las condiciones que le son propias.

ANSIEDAD. Temor de un individuo ante un peligro real o imaginario.

APRAXIA. Alteración de la normal actividad gestual sin que existan defectos de los efectores centrales o periféricos.

ARRAIGO. Fijación de manera permanente o firme.

ASTERIXIS. Temblor por sacudidas, de flexión-extensión de la muñeca, que se observa especialmente en el coma hepático.

AUTISMO. Retraimiento de una persona hacia su mundo interior con pérdida del contacto con la realidad exterior.

AUTOESTIMA. Aprecio, afecto o consideración que se tienen hacia uno mismo.

BULIMIA. Voracidad o hambre insaciable.

CARÁCTER. Modo de ser, personalidad, rasgo hereditario.

CATAPLEXIA. Pérdida de la fuerza y del tono muscular de aparición espontánea o tras estímulos emocionales.

CLEPTOMANÍA. Impulso morboso al robo.

COMPULSIÓN. Impulso irresistible y displacentero a efectuar un acto contrario al juicio o voluntad del que lo ejecuta como forma de paliar la angustia.

COMUNICACIÓN NO VERBAL. Utiliza gestos, símbolos, escritura y dibujos para informar, enseñar, ayudar o rechazar.

COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Es aquella destinada a recibir y transmitir información sobre el tratamiento a seguir.

COMUNICACIÓN VERBAL. Consiste en una conversación cara a cara entre personas.

CONDUCTA. Modo de proceder.

DELIRIO. Distorsión de la relación del individuo y el mundo exterior por la presencia de ideas delirantes a las que se adhiere con convicción absoluta.

DEMENCIA. Estado mental caracterizado por una pérdida de funciones psíquicas (memoria, capacidad de juicio, lenguaje) y manipulativas (apraxia), de naturaleza biológica (envejecimiento) o patológica (degeneración, trastornos vasculares, etc.).

DEPRESIÓN. Estado psíquico o biológico caracterizado por una tristeza profunda, una disminución de la actividad del organismo y por una pérdida de interés.

DESPERSONALIZACIÓN. Proceso de pérdida de la identidad del yo con sensación de extrañamiento de sí mismo, del propio cuerpo y del entorno. Frecuente en la esquizofrenia, se observa también en la histeria y estados de angustia y cuadros depresivos.

DISOCIACIÓN. Acción y efecto de separar. Desestructuración de la personalidad, propia de la esquizofrenia, cuyos efectos se manifiestan en la afectividad, actividad y procesos intelectuales y reflejan un trastorno de las asociaciones que rigen el curso del pensamiento.

DISOMNIA. Alteración del sueño.

ENCEFALITIS. Inflamación del encéfalo.

ENCOPRESIS. Incontinencia fecal.

ENURESIS. Incapacidad de controlar la expulsión de orina.

ESTACIONARIO. Que permanece en el mismo estado o situación, sin avance ni retroceso.

FOBIA. Temor morboso, obsesivo y angustioso propio de algunos neuróticos en circunstancias determinadas.

HÁBITO. Comportamiento adquirido por la frecuencia práctica de un acto

HACINAMIENTO. Aglomeración excesiva de personas, animales o cosas en un mismo lugar.

HIPERACTIVIDAD. Actividad excesiva.

HIPERSOMNIA. Sueño excesivo.

HIPOCONDRIA. Síndrome caracterizado por preocupación exagerada o sin fundamento sobre el estado de salud y exageración de los sufrimientos, reales o imaginarios. Se observa en la psicosis, donde adquiere las características de delirio o en las neurosis, donde el paciente tiene conciencia del carácter patológico de sus síntomas.

IMPACCIÓN. Colisión súbita y violenta de dos objetos con penetración y detención de uno en otro.

IMPACTACIÓN. Acción y efecto de quedar detenido alojado o fijado fuertemente.

INCIDENCIA. Número de casos ocurridos, generalmente expresados en tanto por ciento.

INSIDIOSO. Malicioso o dañino pese a su apariencia inofensiva.

INTERMITENTE. Que se interrumpe y prosigue, generalmente a intervalos regulares.

LACTANCIA. Primer periodo de la vida de los mamíferos, durante el cual se alimentan de leche, producida por las glándulas mamarias de sus madres.

MENINGITIS. Inflamación de las meninges.

NARCOLEPSIA. Estado caracterizado por accesos recidivantes, irresistibles, de sueño profundo; sueño paroxismal.

NECESIDAD. Lo que es imprescindible o necesario.

NEURÓGENO. Que forma tejido nervioso o lo estimula. Que es de origen nervioso.

NEUROSIS. Trastorno del sistema nervioso sin que aparentemente existan lesiones en él.

NIÑEZ. Primer periodo de la vida de una persona, desde que nace hasta la adolescencia.

NORMALIDAD. Ausencia de sorpresa cuando sucede algo que siempre es así.

OBSESIÓN. Idea, afecto, imagen o deseo que aparezcan en forma reiterada y persistente y que el individuo no puede alejar voluntariamente de su conciencia.

PARASOMNIA. Término que incluye a una serie de trastornos que aparecen en el sueño (sacudidas presónicas, enuresis, terrores nocturnos, sonambulismo, etc).

PARESTESIA. Trastorno de la sensibilidad subjetiva, como hormigueos, adormecimientos, quemazón, etc.

PATOPLASTICIDAD. Factores que pueden modificar el modo de expresión de la patología.

Patrón anormal. Estado anómalo e irregular; se manifiesta, por ejemplo, en el individuo deficiente mental.

PATRÓN DE CONDUCTA. Es el modo de proceder de una persona.

PATRÓN NORMAL. Estado natural que concuerda con el tipo regular y establecido, o norma.

PATRÓN. Modelo a seguir. Lo que sirve de modelo para hacer otra cosa igual o para medir o valorar algo.

PERSONALIDAD. Organización integrada con todas las características cognoscitivas, afectivas y conativas; se caracteriza por impulsos funcionales y rítmicos, humor e impresionabilidad frente a los estímulos.

PIROMANÍA. Propensión morbosa a ver o producir incendios.

PREVALENCIA. En estadística sanitaria, proporción de enfermos nuevos y antiguos, por 1,000 habitantes de una determinada enfermedad.

PSICOSIS. Es un trastorno grave de la personalidad que afecta en su totalidad al individuo, así como el contacto social, la percepción, las emociones, el lenguaje y el pensamiento. Todos los elementos de la personalidad están afectados.

PSICOTERAPIA GRUPAL. Describe un método en el que varias personas asisten a un número determinado de sesiones dirigidas por un terapeuta o coterapeuta.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL. Es un proceso que usa la relación terapeuta-paciente para identificar, examinar y llegar a comprender el problema del paciente.

PSICOTERAPIA. Tratamiento de algunas enfermedades nerviosas o alteraciones de conducta mediante distintas técnicas psicológicas.

PSIQUIATRA. Médico que está especializado en psiquiatría.

PSIQUIATRÍA. Ciencia que estudia las enfermedades mentales.

RETRASO MENTAL. Desarrollo inferior al normal.

SENSIBILIDAD. Facultad de sentir algo. Inclínación a dejarse llevar por los sentimientos de compasión, humanidad y ternura.

SEROTONINA. Sustancia que se produce en el organismo en el curso del metabolismo del triptófano, por oxidación y descarboxilación. Se forma en las células argentafines y enterocromafines del tubo intestinal y, transportada dentro de las plaquetas, circula por la sangre; vasoconstrictora y favorecedora del peristaltismo intestinal. Se halla en concentraciones considerables en algunas zonas del sistema nervioso central, donde actúa como neurotransmisor, 5-hidroxitriptamina.

SEUDODEMENCIA. Se refiere a los síntomas de depresión que hace que una persona parezca (falsamente) tener demencia.

SÚBITO. Imprevisto, inesperado o repentino.

TEMPERAMENTO. Constitución particular de un individuo que resulta del predominio de un sistema orgánico, el cual se manifiesta en su manera de obrar.

TERAPIA AMBIENTAL. Una manipulación científica del ambiente cuyo objetivo es producir cambios en la personalidad del enfermo.

TERAPIA FAMILIAR. Es una forma de terapia grupal en la cual el paciente y sus familiares trabajan juntos para tener autocrítica en sus conflictos emocionales.

TERAPIA SOMÁTICA. Es el tratamiento de una persona emocionalmente enferma a través de medios fisiológicos.

TRANQUILIZANTES. Referido a una sustancia, a un medicamento, que tiene efecto tranquilizador o sedante.

TRICOFAGIA. Hábito morboso de mascar pelo o cabello.

TRICOTILOMANIA. Hábito morboso de arrancarse el cabello o pelo.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

| MODALIDADES DE EVALUACIÓN DEL CURSO | | | |
|-------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| Modalidad escolarizada | | Modalidad no escolarizada | |
| Participación | 5% | Lectura previa de los subtemas | 10% |
| Trabajo en equipo | 5% | Elaboración de cuadro sinóptico | 10% |
| Exposición de investigaciones | 5% | Resolución de autoevaluaciones | 10% |
| Entrega de PLACE | 10% | Hacer reporte de investigación | 20% |
| Examen de tema | 15% | Plan de cuidados de enfermería | 10% |

PROCEDIMIENTO: LA CALIFICACIÓN FINAL ES EL PROMEDIO DE LA EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ESCOLARIZADAS Y NO ESCOLARIZADAS.

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN: LA CALIFICACIÓN MÍNIMA ES DE 6.0 (SEIS PUNTO CERO).