



# ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA

5.<sup>a</sup> edición

SHEILA L. VIDEBECK



Wolters Kluwer

Lippincott  
Williams & Wilkins

# Enfermería psiquiátrica

5.ª edición

SHEILA L. VIDEBECK, Ph.D., R.N.  
Professor, Nursing,  
Des Moines Area Community College,  
Ankeny, Iowa

Ilustraciones de Cathy J. Miller

 Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins  
Health  
Philadelphia • Baltimore • New York • London  
Buenos Aires • Hong Kong • Sydney • Tokyo



Av. Carrilet n.º 3, Edificio D  
Ciutat de la Justícia  
08902 L'Hospitalet de Llobregat  
Barcelona (España)  
Tel.: 93 344 47 18  
Fax: 93 344 47 16  
e-mail: [lwespanol@wolterskluwer.com](mailto:lwespanol@wolterskluwer.com)

*Traducción*

**Juan Manuel Martín Arias**

Traductor

*Revisión científica*

**Xavier Bouzas Cacheda**

Psiquiatra

Se han adoptado las medidas oportunas para confirmar la exactitud de la información presentada y describir la práctica más aceptada. No obstante, los autores, los redactores y el editor no son responsables de los errores u omisiones del texto ni de las consecuencias que se deriven de la aplicación de la información que incluye, y no dan ninguna garantía, explícita o implícita, sobre la actualidad, integridad o exactitud del contenido de la publicación. Esta publicación contiene información general relacionada con tratamientos y asistencia médica que no debería utilizarse en pacientes individuales sin antes contar con el consejo de un profesional médico, ya que los tratamientos clínicos que se describen no pueden considerarse recomendaciones absolutas y universales.

El editor ha hecho todo lo posible para confirmar y respetar la procedencia del material que se reproduce en este libro y su copyright. En caso de error u omisión, se enmendará en cuanto sea posible. Algunos fármacos y productos sanitarios que se presentan en esta publicación sólo tienen la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) para un uso limitado al ámbito experimental. Compete al profesional sanitario averiguar la situación de cada fármaco o producto sanitario que pretenda utilizar en su práctica clínica, por lo que aconsejamos la consulta con las autoridades sanitarias competentes.

**Derecho a la propiedad intelectual (C. P. Art. 270)**

Se considera delito reproducir, plagiar, distribuir o comunicar públicamente, en todo o en parte, con ánimo de lucro y en perjuicio de terceros, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la autorización de los titulares de los correspondientes derechos de propiedad intelectual o de sus cesionarios.

Reservados todos los derechos.

Copyright de la edición en español © 2012 Wolters Kluwer Health, S.A., Lippincott Williams & Wilkins

ISBN edición en español: 978-84-15419-48-8

Depósito legal: M-12638-2012

Edición en español de la obra original en lengua inglesa *Psychiatric-Mental Health Nursing, fifth edition*, de Sheila L. Videbeck (ilustraciones de Cathy J. Miller), publicada por Lippincott Williams & Wilkins

Copyright © 2011 Lippincott Williams & Wilkins

530 Walnut Street  
Philadelphia, PA 19106 (USA)  
351 West Camden Street  
Baltimore, MD 21201

ISBN edición original: 978-1-6-05478-61-6



Composició: Servei Gràfic NJR, S.L., Barcelona  
Impressió: C&C Offset Printing Co. Ltd  
Impreso en China

## Agradecimientos

Como siempre, agradezco a todos los estudiantes de enfermería que han contribuido en la elaboración del libro, de una forma que va más allá de lo que pueden imaginar. Sus constantes preguntas y comentarios me guían para mantener la utilidad de este texto, fácil de leer y entender, y centrado en el aprendizaje del estudiante. Quiero agradecer a la gente de Lippincott Williams & Wilkins por su valiosa ayuda para hacer de este libro una realidad, y por sus importantes contribuciones al éxito del mismo. Doy las gracias, una vez más, a Jean Rodenberger, Katherine Burland, Laura Scott y Cynthia Rudy por un trabajo bien hecho.

Mis amigos, Sheri y Beth, continúan escuchándome y apoyándome, y me animan en todo lo que hago a la vez que impiden que me tome a mí mismo demasiado en serio. Y a las mujeres de mi entorno, que me ayudan a reír y a disfrutar de la vida; aprecio mucho su apoyo.

## Revisores

**MARGE BLONDELL, M.S., R.N.**

Assistant Professor of Nursing,  
Genesee Community College,  
Batavia, New York

**MARTHA M. COLVIN, Ph.D., R.N., A.P.R.N.-P.M.H.N.**

Associate Dean, College of Health Sciences and Professor,  
Georgia College & State University, School of Nursing,  
Milledgeville, Georgia

**KAREN CUMMINS, C.R.N.P.-B.C., M.S.N., C.N.E.**

Professor of Nursing,  
Community College of Allegheny County,  
Pittsburgh, Pennsylvania;  
Nursing Instructor,  
Slippery Rock University,  
Slippery Rock, Pennsylvania

**PATRICIA H. DAVIS, R.N., B.S.N., M.N.**

Professor of Nursing,  
Lake City Community College,  
Lake City, Florida

**MARIAN T. DOYLE, R.N., M.S.N., M.S.**

Associate Professor of Nursing,  
Northampton Community College,  
Bethlehem, Pennsylvania

**ROSEMARY GATES, R.N., M.S.**

Professor,  
Crouse Hospital School of Nursing,  
Syracuse, New York

**BARBARA J. GOLDBERG, A.P.R.N., B.C.**

Adjunct Professor of Nursing,  
Onondaga Community College,  
Syracuse, New York

**DEBORAH A. GREENAWALD, R.N., M.S.N., Ph.D.(c)**

Assistant Professor of Nursing,  
Alvernia University,  
Reading, Pennsylvania

**ALICE P. JENSEN, M.S., R.N.**

Associate Professor of Nursing,  
Maryville University,  
St. Louis, Missouri

**SOPHIE KNAB, M.S. (Psychiatric Clinical Nurse Specialist)**

Professor, Nursing Division,  
Niagara County Community College,  
Sanborn, New York

**KARREN BROWN LIEBERT, B.S.N., R.N., M.S.N. (doctoral candidate)**

Assistant Professor,  
Long Island University School of Nursing,  
Brooklyn, New York

**SUSAN MADSON, M.S.N., R.N.**

Professor of Nursing,  
Horry Georgetown Technical College,  
Myrtle Beach, South Carolina

**JOAN C. MASTERS, Ed.D., M.B.A., R.N.**

Associate Professor of Nursing,  
Bellarmine University,  
Louisville, Kentucky

**KIMBERLEY R. MEYER, R.N., B.A.N., M.S.N., Ed.D.**

Associate Professor of Nursing,  
Bethel University,  
St. Paul, Minnesota

**MAGDALENA MORRIS, R.N., M.S.N.**

Faculty, LPN and ASN Programs,  
Apollo College (DeVry),  
Boise, Idaho

**PENNY R. PAK, R.N., M.S.N.**

Assistant Professor Nursing,  
Pasco Hernando Community College,  
Dade City, Florida

**COLLEEN PRUNIER, M.S., A.P.R.N., C.A.R.N.**

Assistant Professor of Nursing,  
Suffolk County Community College, School of Nursing,  
Brentwood Campus, New York

**CARLA E. RANDALL, R.N., Ph.D.**

University of Southern Maine, Lewiston-Auburn Campus,  
Lewiston, Maine

**ELLEN STUART, M.S.N., R.N.**

Professor of Nursing,  
Grand Rapids Community College,

Grand Rapids, Michigan

**PAMELA WEAVER, M.S.N., P.M.H.C.N.S., B.C.**

Nursing Instructor I,

UPMC Shadyside School of Nursing,

Pittsburgh, Pennsylvania

## Prefacio

La 5.<sup>a</sup> edición de *Enfermería psiquiátrica* mantiene un destacado enfoque educativo, la presentación de la teoría de enfermería de sonido, modalidades de tratamiento y aplicaciones clínicas en todo el proceso terapéutico. Los capítulos son cortos y el estilo de escritura es directo, con el fin de facilitar la comprensión de la lectura y el aprendizaje del estudiante.

El texto emplea el marco completo del proceso de enfermería, y hace hincapié en la evaluación, la comunicación terapéutica, la teoría neurobiológica y los aspectos farmacológicos. Las intervenciones se centran en todos los aspectos de la atención al paciente, incluyendo recursos comunicativos, apartados de educación del paciente y de la familia que profundizan en el papel educativo del profesional de la enfermería, y elementos para la atención comunitaria, así como su aplicación práctica en diversos entornos clínicos.

Esta nueva edición viene acompañada de contenidos complementarios para ayudar a los profesores a planificar y llevar a cabo la materia, así como a evaluar a los estudiantes. Para los estudiantes, dichos recursos ayudan a sintetizar los conocimientos adquiridos.

### ORGANIZACIÓN DEL TEXTO

**Unidad I: Teorías y prácticas actuales en enfermería psiquiátrica** proporciona una base sólida para los estudiantes. Trata temas de actualidad en enfermería psiquiátrica, así como ofrece ámbitos de tratamiento que muchos profesionales de la enfermería deben abordar. Se analizan las teorías neurobiológicas, la psicofarmacología, teorías y tratamientos psicosociales y los fundamentos para la comprensión de las enfermedades mentales y su tratamiento.

**Unidad II: Construcción de la relación enfermería-paciente** presenta los elementos básicos imprescindibles para la práctica de enfermería en salud mental. Los capítulos sobre la relación terapéutica y la comunicación con el paciente preparan a los estudiantes para comenzar a trabajar, tanto en entornos de salud mental como en otras áreas de la práctica de enfermería. El capítulo sobre la actitud del paciente ante el trastorno mental proporciona un marco para la comprensión individualizada de cada paciente. La unidad dedica todo un capítulo a la evaluación, haciendo hincapié en su importancia en la enfermería.

**Unidad III: Temas psicosociales de interés en la actualidad** trata cuestiones que no son exclusivas de los centros de salud mental, incluyendo aspectos éticos y legales; la ira, la hostilidad y la agresividad; malos tratos y la violencia; y el duelo y la pérdida. Todos los profesionales de la enfermería de todos los ámbitos se encuentran alguna vez frente a cuestiones relacionadas con estos temas. Además, muchos aspectos legales y éticos se

entrelazan con cuestiones de malos tratos y pérdida.

**Unidad IV: Práctica de la enfermería en la atención a los trastornos mentales** cubre todas las categorías principales identificadas en el DSM-IV-TR. Cada capítulo proporciona información actual sobre la etiología, el inicio y el curso clínico, tratamiento y los cuidados de enfermería.

## CARACTERÍSTICAS PEDAGÓGICAS

*Enfermería psiquiátrica* incorpora diversas características pedagógicas diseñadas para facilitar el aprendizaje de los estudiantes:

- «Objetivos de aprendizaje» centrados en la lectura y el estudio por parte de los estudiantes.
- «Términos clave» para identificar nuevos conceptos utilizados en cada capítulo. Cada término se identifica en negrita y se define a lo largo del texto.
- En la sección «Aplicación del proceso de enfermería» se emplean los conceptos de evaluación presentados en el [capítulo 8](#), por lo que los estudiantes pueden comparar y contrastar diversos trastornos con mayor facilidad.
- Las «Preguntas de razonamiento crítico» estimulan el razonamiento de los estudiantes sobre diversos dilemas y problemas actuales relacionados con la salud mental.
- En el apartado «Puntos clave» se resume el contenido del capítulo para reforzar los conceptos importantes.
- La «Autoevaluación» al final de cada capítulo proporciona una guía de estudio a los estudiantes, con objeto de poner a prueba los conocimientos y la comprensión de cada capítulo.

## CARACTERÍSTICAS ESPECIALES

- Para una mayor comprensión del texto, se incluye un caso clínico para cada trastorno importante.
- Los cuadros «Precaución» buscan resaltar los puntos esenciales acerca de los psicofármacos.
- La sección «Aspectos culturales», en cada capítulo, pretende dar respuesta a la creciente diversidad.
- Los diálogos terapéuticos ejemplifican casos concretos de interacción profesional de enfermería-paciente, con el fin de promover las habilidades de comunicación terapéutica.
- Cada capítulo contiene «Recursos de internet» para ampliar el estudio.
- Los cuadros «Educación del paciente y de la familia» proporcionan información que ayudará a fortalecer el papel de los estudiantes como educadores.
- Los síntomas de los trastornos mentales y las intervenciones se destacan en los capítulos de las unidades III y IV, así como ejemplos de planes de atención de enfermería.
- El final de cada capítulo incluye el apartado «Temas de autoconciencia», a través del



cual se anima a los estudiantes a reflexionar sobre sí mismos, sobre sus emociones y actitudes, como manera de fomentar el desarrollo personal y profesional.

## RECURSOS ADICIONALES

### Profesores

Esta 5.<sup>a</sup> edición de *Enfermería psiquiátrica* cuenta con un conjunto de materiales complementarios que le ayudarán a planificar la planificación de la materia y las actividades de aplicación clínica en el aula, así como a evaluar el aprendizaje de los estudiantes. El contenido adicional y los recursos tecnológicos se encuentran disponibles en línea en **thePoint** (<http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>). A través de esta página web, los profesores pueden acceder fácilmente una amplia selección de materiales para cada capítulo, entre los que se incluyen:

- Presentaciones en PowerPoint.
- Bancos de imágenes.
- Generador de cuestionarios.
- Cuestionarios previos a la lectura de los capítulos.
- Temas de debate.
- Tareas escritas, de grupo, clínicas y en línea.
- Guías de lectura para cada capítulo.
- Artículos de revistas.

### Estudiantes

La 5.<sup>a</sup> edición de *Enfermería psiquiátrica* proporciona las siguientes herramientas de aprendizaje:

- **Guías para la visualización de películas** que muestran a personas con un trastorno mental. Proporcionan a los estudiantes la **oportunidad** de acercarse a los cuidados de enfermería relacionados con la salud mental de forma **completamente novedosa**.
- **Simulaciones clínicas** sobre la esquizofrenia, la de presión, y el episodio maniaco agudo, para encaminar a los estudiantes a través del estudio de casos y ponerlos en situaciones reales.
- **Guía de los psicofármacos** más comúnmente prescritos, con contraindicaciones, consideraciones clínicas, dosificaciones, administración, interacciones y educación para el paciente.

Encontrará estos y otros recursos en **thePoint** (<http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>)

# Índice de capítulos

## **UNIDAD I • TEORÍAS Y PRÁCTICAS ACTUALES EN ENFERMERÍA PSQUIÁTRICA**

*Capítulo 1* Bases de la enfermería en psiquiatría y salud mental

Salud mental y trastorno mental

*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*

Perspectiva histórica del tratamiento de los trastornos mentales

Los trastornos mentales en el siglo XXI

La práctica de la enfermería psiquiátrica

*Capítulo 2* Teorías neurobiológicas y psicofarmacología

Anatomía y fisiología del sistema nervioso central

Técnicas de imagen cerebral

Causas neurobiológicas de los trastornos mentales

Papel del personal de enfermería en la investigación y la información al paciente y a sus familiares

Psicofarmacología

Aspectos culturales

*Capítulo 3* Teorías y terapias psicosociales

Teorías psicosociales

Aspectos culturales

Modalidades de tratamiento

El personal de enfermería y las intervenciones psicosociales

*Capítulo 4* Contextos asistenciales y programas de tratamiento

Contextos asistenciales

Programas de rehabilitación en psiquiatría

Poblaciones especiales de pacientes

El equipo multidisciplinario

La enfermería psicosocial en salud pública y atención domiciliaria

## **UNIDAD II • CONSTRUCCIÓN DE LA RELACIÓN ENFERMERÍA-PACIENTE**

*Capítulo 5* La relación terapéutica

Elementos de la relación terapéutica

Tipos de relación con el paciente  
El establecimiento de la relación terapéutica  
Cómo evitar los comportamientos que afectan negativamente a la relación terapéutica  
Funciones del personal de enfermería en la relación terapéutica

*Capítulo 6* La comunicación terapéutica

¿Qué es la comunicación terapéutica?  
Habilidades para la comunicación verbal  
Habilidades para la comunicación no verbal  
Significado y sentido de la comunicación  
Comprender el contexto  
Comprender la espiritualidad  
Aspectos culturales  
La sesión de comunicación terapéutica  
Comunicación asertiva  
Atención comunitaria

*Capítulo 7* Actitud del paciente ante el trastorno mental

Factores individuales  
Factores interpersonales  
Factores culturales

*Capítulo 8* Evaluación

Factores que influyen en la evaluación  
La entrevista  
Contenido de la evaluación  
Evaluación de la ideación suicida y violenta  
Análisis de los datos

**UNIDAD III • TEMAS PSICOSOCIALES DE INTERÉS EN LA ACTUALIDAD**

*Capítulo 9* Aspectos éticos y legales

Aspectos legales  
Aspectos éticos

*Capítulo 10* Ira, hostilidad y agresividad

Inicio y curso clínico  
Trastornos mentales relacionados  
Etiología  
Aspectos culturales  
Tratamiento

Aplicación del proceso de enfermería  
Hostilidad en el lugar de trabajo  
Atención comunitaria

*Capítulo 11* Malos tratos y violencia  
Cuadro clínico de los malos tratos y de la violencia  
Características de las familias violentas  
Aspectos culturales  
Violencia en la pareja  
Maltrato infantil  
Maltrato a personas mayores  
Violación y agresiones sexuales  
Violencia en la sociedad  
Trastornos psiquiátricos relacionados con los malos tratos y la violencia  
Aplicación del proceso de enfermería

*Capítulo 12* Pérdida y duelo  
Tipos de pérdida  
Proceso de duelo  
Dimensiones del duelo  
Aspectos culturales  
Duelo oculto  
Duelo complicado  
Aplicación del proceso de enfermería

## **UNIDAD IV • PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES**

*Capítulo 13* Ansiedad, trastornos de ansiedad y enfermedades relacionadas con el estrés  
Ansiedad como respuesta al estrés  
Incidencia  
Inicio y curso clínico  
Trastornos relacionados  
Etiología  
Aspectos culturales  
Tratamiento  
Ansiedad en las personas mayores  
Atención comunitaria  
Promoción de la salud mental  
Trastorno de angustia

Aplicación del proceso de enfermería: trastorno de angustia

Fobias

Trastorno obsesivo-compulsivo

Aplicación del proceso de enfermería: trastorno obsesivo-compulsivo

Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno por estrés postraumático

Trastorno por estrés agudo

*Capítulo 14* Esquizofrenia

Curso clínico

Trastornos relacionados

Etiología

Aspectos culturales

Tratamiento

Aplicación del proceso de enfermería

Esquizofrenia en las personas mayores

Atención comunitaria

Promoción de la salud mental

*Capítulo 15* Trastornos del estado de ánimo

Clasificación de los trastornos del estado de ánimo

Trastornos relacionados

Etiología

Aspectos culturales

Trastorno depresivo mayor

Aplicación del proceso de enfermería: depresión

Trastorno bipolar

Aplicación del proceso de enfermería: trastorno bipolar

Suicidio

Atención comunitaria

Promoción de la salud mental

*Capítulo 16* Trastornos de la personalidad

Clasificación de los trastornos de la personalidad

Inicio y curso clínico

Etiología

Aspectos culturales

Tratamiento

Trastorno paranoide de la personalidad

Trastorno esquizoide de la personalidad

Trastorno esquizotípico de la personalidad  
Trastorno antisocial de la personalidad  
Aplicación del proceso de enfermería: trastorno antisocial de la personalidad  
Trastorno límite de la personalidad  
Aplicación del proceso de enfermería: trastorno límite de la personalidad  
Trastorno histriónico de la personalidad  
Trastorno narcisista de la personalidad  
Trastorno de la personalidad por evitación  
Trastorno de la personalidad por dependencia  
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad  
Trastorno depresivo de la personalidad  
Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad  
Trastornos de la personalidad en las personas mayores  
Atención comunitaria  
Promoción de la salud mental

#### *Capítulo 17* Trastornos relacionados con sustancias

Clasificación del abuso de sustancias  
Inicio y curso clínico  
Trastornos relacionados  
Etiología  
Aspectos culturales  
Tipos de sustancias y tratamiento  
Tratamiento y pronóstico  
Aplicación del proceso de enfermería  
Consumo de sustancias en las personas mayores  
Atención comunitaria  
Promoción de la salud mental  
Consumo de sustancias entre los profesionales sanitarios

#### *Capítulo 18* Trastornos de la conducta alimentaria

Aspectos generales  
Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria y trastornos relacionados  
Etiología  
Aspectos culturales  
Anorexia nerviosa  
Bulimia nerviosa  
Aplicación del proceso de enfermería  
Atención comunitaria

Promoción de la salud mental

*Capítulo 19* Trastornos somatomorfos

Aspectos generales

Inicio y curso clínico

Trastornos relacionados

Etiología

Aplicación del proceso de enfermería

Atención comunitaria

Promoción de la salud mental

*Capítulo 20* Trastornos de la infancia y de la adolescencia

Trastorno autista

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Aplicación del proceso de enfermería: trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Trastorno disocial

Aplicación del proceso de enfermería: trastorno disocial

Atención comunitaria

Promoción de la salud mental

*Capítulo 21* Trastornos cognitivos

Delirium

Aplicación del proceso de enfermería: delirium

Atención comunitaria

Demencia

Aplicación del proceso de enfermería: demencia

Atención comunitaria

Promoción de la salud mental

Papel del cuidador

Trastornos relacionados

### ***Respuestas a los ejercicios de autoevaluación***

***Apéndice A*** Clasificación de los trastornos mentales en el DSM-IV-TR

***Apéndice B*** Diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA

***Apéndice C*** Clasificación de sustancias controladas (distribución prohibida por la ley o bien restringida para usos médicos y farmacéuticos) de Estados Unidos

***Apéndice D*** Normas de Canadá sobre la práctica de la enfermería en psiquiatría y salud mental (3.ª edición)



*Apéndice E* Trastornos del sueño

*Apéndice F* Trastornos sexuales y de la identidad sexual

Glosario de términos clave

Índice alfabético de materias





## Unidad I

# Teorías y prácticas actuales en enfermería psiquiátrica

- Capítulo 1** Bases de la enfermería en psiquiatría y salud mental
- Capítulo 2** Teorías neurobiológicas y psicofarmacología
- Capítulo 3** Teorías y terapias psicosociales
- Capítulo 4** Contextos asistenciales y programas de tratamiento

# I

## Bases de la enfermería en psiquiatría y salud mental

### Términos clave

- autoconciencia
- desinstitucionalización
- empresas de evaluación del uso de recursos
- enfermedad mental
- gestión de casos
- gestión de la asistencia
- manicomio

- *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4.<sup>a</sup> edición, texto revisado (DSM-IV-TR)
- normas para la atención en enfermería
- organizaciones de gestión de la asistencia
- psicofármacos
- salud mental
- temas que interesan a los profesionales de la enfermería
- trastorno mental

## Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Describir las características de la salud mental y de los trastornos mentales.
2. Explicar el propósito y la utilidad del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4.<sup>a</sup> edición, texto revisado (DSM-IV-TR) de la American Psychiatric Association.
3. Conocer los hitos más importantes de la historia de la práctica de la psiquiatría.
4. Explicar las tendencias actuales en el tratamiento de las personas que sufren un trastorno mental.
5. Explicar los principios y normas de la American Nurses Association para la práctica clínica de la enfermería en psiquiatría y salud mental.
6. Describir las preocupaciones más frecuentes que tienen los estudiantes con respecto a la práctica de la enfermería psiquiátrica.

**SE DISPONE A ADENTRARSE** en el mundo de la enfermería en psiquiatría y salud mental. Puede que lo haga con interés, pero también con algunas dudas, incluso con cierta ansiedad. El campo de la salud mental y de los trastornos mentales parece un ámbito misterioso y poco familiar. Nos cuesta imaginar cómo será el mundo de las personas que tienen la desgracia de sufrir un trastorno mental. Para el estudiante de enfermería no es fácil hacerse una idea de lo que le espera en su trabajo cotidiano con estas personas. Por todo ello, este capítulo intenta aportar una visión de conjunto y responder a las dudas y preocupaciones del lector. Se abordan los siguientes temas: historia de los trastornos mentales, avances que se han ido produciendo en el tratamiento durante la historia, temas importantes de actualidad en salud mental y papel del personal de enfermería en este ámbito.

## SALUD MENTAL Y TRASTORNO MENTAL

No es fácil definir con precisión la salud mental y los trastornos mentales. Suele considerarse que una persona está sana cuando es capaz de cumplir los roles y funciones que la sociedad le ha asignado o que ha elegido y de comportarse de forma adecuada y adaptada al mundo en el que vive. En cambio, una persona está enferma cuando no es capaz de cumplir con estos roles y funciones o su comportamiento es inadecuado o no le

permite adaptarse a su entorno. Cada sociedad se basa en una cultura distinta, lo que significa que las creencias y valores de una sociedad pueden ser muy diferentes de los de la otra. Además, la cultura tiene una fuerte influencia en cómo cada sociedad define la salud y la enfermedad. Lo que en una cultura se considera adecuado y aceptable, en otra puede verse como inadecuado y desadaptado.

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.

## Salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad o de malestar. En esta definición, la salud se concibe como un estado positivo de bienestar. Las personas con un estado de bienestar físico, psicológico y social cumplen con sus responsabilidades, son eficaces en las actividades de la vida diaria y se sienten satisfechas consigo mismas y en sus relaciones interpersonales.

No existe una definición única y universal del concepto de salud mental. En general, el comportamiento de una persona puede dar pistas sobre su salud mental. Sin embargo, ya que la interpretación que hacemos de esta conducta depende en gran medida de nuestras creencias y valores, y cómo la conducta de una persona depende a su vez de sus creencias y valores, no es fácil llegar a una conclusión sobre la salud mental de una persona a partir de la observación de su conducta. En general, la salud mental supone un bienestar psicológico y social que se manifiesta por la satisfacción de la persona con sus relaciones personales, por un comportamiento y estrategias de afrontamiento eficaces, por un concepto positivo de sí misma y por una estabilidad emocional.

La **salud mental** tiene muchos componentes y en ella influyen numerosos factores que interactúan entre sí. Por tanto, es un estado dinámico y en continuo cambio. Estos factores pueden ser de tres tipos: individuales, interpersonales y socioculturales. Los factores *individuales* o personales son la constitución biológica del individuo, la autonomía y la independencia, la autoestima, la capacidad de crecer como persona, la vitalidad, la capacidad de encontrar sentido a la vida, la resiliencia o resistencia emocional, el sentido de pertenencia a un grupo humano y a la sociedad en la que se vive, la percepción correcta de la realidad y la capacidad de hacer frente al estrés con estrategias de afrontamiento adecuadas. Los factores *interpersonales* son la comunicación eficaz, la capacidad de ayudar a los demás, la capacidad de establecer relaciones íntimas y el logro del equilibrio entre la necesidad de estar solo y la necesidad de estar con los demás. Los factores *socioculturales* son los del entorno: la sensación de pertenecer a una colectividad, capacidad de aportar algo positivo a la misma, posibilidad de acceder a los servicios y recursos comunitarios, intolerancia frente a la violencia, capacidad de manejar el entorno y un punto de vista positivo y realista de nuestro mundo. Todos estos factores se detallan en el [capítulo 7](#).

## Trastorno mental

La American Psychiatric Association (APA, 2000) define los trastornos mentales como «Cualquier comportamiento, patrón de conducta o síndrome psicológico clínicamente relevante observado en un individuo que presenta malestar (p. ej., un síntoma doloroso) o discapacidad (p. ej., alteración en una o más áreas de funcionamiento) o un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o una pérdida importante de su autonomía personal». Los criterios generales para hacer un diagnóstico de trastorno mental son la insatisfacción con uno mismo o con sus capacidades o logros, las relaciones interpersonales poco eficaces o insatisfactorias, la insatisfacción con el lugar que uno ocupa en el mundo, las estrategias de afrontamiento ineficaces para hacer frente a los acontecimientos de la vida y la ausencia de crecimiento personal. Además, este diagnóstico no puede hacerse si la conducta del individuo corresponde a un comportamiento esperado o sancionado en la cultura a la que pertenece. Sin embargo, la conducta desviada no indica necesariamente que la persona sufra un trastorno mental (APA, 2000).

Como ocurre con la salud mental, los factores que contribuyen a la aparición de un trastorno mental pueden clasificarse en tres categorías: individuales, interpersonales y socioculturales. Los factores individuales o personales son la constitución biológica, las preocupaciones y los miedos poco o nada realistas e intolerables para la persona, la incapacidad para distinguir entre realidad y fantasía, la intolerancia ante las incertidumbres de la vida, la sensación de no tener un lugar en el mundo o de no estar a la altura de las exigencias propias o de los demás y la pérdida del sentido de la propia existencia. Los factores interpersonales son la comunicación ineficaz con los demás, la dependencia excesiva de otras personas, la retracción y la huida ante las relaciones interpersonales, la falta de sentido de pertenencia a un grupo humano o una colectividad, la falta de apoyo social o un apoyo social inadecuado y la pérdida del control sobre las emociones. Los factores socioculturales o del entorno son la falta de recursos, la violencia, el desamparo, la pobreza, una injustificada visión negativa del mundo, la estigmatización y la discriminación por razón de raza, clase social, sexo o edad.

### ***MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES***

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4.<sup>a</sup> edición, texto revisado (DSM-IV-TR) es un sistema de clasificación de los trastornos mentales elaborado y publicado por la APA. Describe todos los trastornos mentales y los criterios diagnósticos específicos para cada uno de ellos. Estos criterios se basan en la experiencia clínica y en la investigación. En Estados Unidos todos los profesionales sanitarios que tienen que diagnosticar los trastornos mentales lo utilizan.

El DSM-IV-TR tiene tres objetivos:

- Proporcionar una nomenclatura y un lenguaje que puedan utilizar y compartir todos los profesionales de la salud mental.



- Presentar las características (síntomas y signos) que permiten reconocer cada trastorno mental y distinguirlo de los demás.
- Ayudar a los profesionales de la salud mental a identificar la causa o causas del trastorno mental que sufre el paciente.

El DSM-IV-TR se basa en un sistema de clasificación multiaxial, es decir, los datos que se obtienen en la entrevista clínica con el paciente y/o personas allegadas se evalúan en varios ejes o áreas, lo que permite tener una visión global de la persona:

- Eje I: se consignan los principales trastornos mentales que sufre el paciente, excepto el retraso mental y los trastornos de la personalidad. En este eje se registran diagnósticos como la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y los trastornos relacionados con sustancias.
- Eje II: se consignan el retraso mental y los trastornos de la personalidad, si es el caso, así como los rasgos desadaptativos y los mecanismos de defensa clínicamente relevantes.
- Eje III: se consignan las enfermedades o alteraciones médicas que pueden ser importantes para entender y tratar el trastorno mental del paciente, así como la información médica útil para comprender mejor al paciente.
- Eje IV: se consignan los problemas psicosociales y relacionados con el entorno que pudieran ser relevantes para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del trastorno mental. La información que se registra en este eje es la siguiente: grupo primario de apoyo, entorno social, nivel educativo, condiciones de habitabilidad (vivienda), recursos económicos, acceso a los servicios sanitarios y aspectos legales.
- Eje V: se consigna la puntuación que ha obtenido el paciente en la Escala de evaluación de la actividad global en un escala de 0 a 100. Este instrumento de evaluación sirve para valorar el nivel actual de actividad y funcionamiento del paciente, aunque el evaluador puede disponer también de la puntuación obtenida por el paciente en el pasado (p. ej., la puntuación más alta obtenida por el paciente en el último año o hace 6 meses).

En Estados Unidos el diagnóstico multiaxial del DSM-IV-TR se utiliza en todos los pacientes que son hospitalizados para recibir tratamiento psiquiátrico. Si bien los estudiantes de enfermería no utilizan el DSM-IV-TR para el diagnóstico, es un recurso muy útil para conocer por qué el paciente ha sido hospitalizado y para empezar a reunir conocimientos sobre la naturaleza de los trastornos mentales.

## **PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES**

### **Edad Antigua**

En la Edad Antigua, se creía que las enfermedades se debían a que los dioses estaban enfadados con el enfermo, y que eran un castigo por los pecados de los seres humanos.

Se pensaba que quienes padecían una enfermedad mental estaban poseídos por los dioses o por demonios, según el comportamiento del enfermo. Si se creía que la persona trastornada estaba poseída por la divinidad, se la veneraba, pero si la posesión se atribuía al demonio, era expulsada de la ciudad y castigada, e incluso se la quemaba en la hoguera. Más tarde, Aristóteles (382-322 a.C.) intentó establecer una relación entre los trastornos mentales y las enfermedades físicas. Su teoría era que el control de las emociones dependía de la cantidad de sangre, agua y bilis amarilla y negra que había en el cuerpo. Estas cuatro sustancias o humores se correspondían respectivamente con la felicidad, la tranquilidad, la ira y la tristeza, y la causa de los trastornos mentales residía en un desequilibrio entre estas cuatro sustancias o humores. Así, el objetivo del tratamiento consistía en reestablecer el equilibrio, para lo cual se recurría a las sangrías, a las purgas y al ayuno. Estos «tratamientos» aún se utilizaban bien entrado el siglo XIX (Baly, 1982).



#### **Poseído por el demonio.**

Al principio de la era cristiana (1-1000 d.C.), supersticiones y creencias primitivas de todo tipo seguían vigentes. Se seguía culpando de las enfermedades a los seres demoníacos y se creía que quienes padecían una enfermedad mental estaban poseídos

por el demonio. Así que, los sacerdotes católicos realizaban exorcismos para que el demonio saliese del cuerpo de los enfermos mentales. Cuando el exorcismo no daba resultado, se utilizaban métodos más crueles, como la reclusión en mazmorras, los ayunos interminables y los azotes.

En Inglaterra, durante el Renacimiento (1300-1600) se hacía una distinción entre los delincuentes y quienes sufrían una enfermedad mental. Si se consideraba que el enfermo mental no era peligroso, se le permitía vagar por los campos o vivir alejado de las grandes ciudades, pero los «lunáticos peligrosos» eran encarcelados, se les cargaba de cadenas y se les mataba de hambre (Rosenblatt, 1984). En 1547, el Hospital of St. Mary of Bethlehem fue declarado oficialmente hospital para enfermos mentales, convirtiéndose así en el primer centro de este tipo de la historia. En 1775 todavía se permitía que los visitantes, previo pago de una entrada, pudiesen ver y humillar a los enfermos de este hospital, como si fuesen animales enjaulados (McMillan, 1997). Durante esta época, en las colonias de ultramar, que luego se convertirían en Estados Unidos, los «locos» eran considerados demonios o posesos y se les sometía a todo tipo de castigos. Se llevaban a cabo las denominadas cazas de brujas y a los «culpables» se los quemaba en la hoguera.

### **La Ilustración y el nacimiento de las primeras instituciones mentales**

En la década de 1790 se inició un cambio de mentalidad. Phillippe Pinel en Francia y William Tukes en Inglaterra crearon el concepto de manicomio como lugar seguro en el que podían refugiarse las personas con un trastorno mental. A menudo, los encargados de dirigir estas instituciones recogían a los enfermos mentales y los llevaban al manicomio para librarles de los azotes, las palizas o la muerte por inanición (Gollaher, 1995). Con los manicomios empieza el tratamiento moral de estos enfermos. En Estados Unidos, Dorothea Dix (1802-1887), después de una visita al manicomio de Tukes en Inglaterra, inició una cruzada a favor de la reforma del tratamiento de los enfermos mentales. Participó en la fundación de 32 hospitales estatales que ofrecían cobijo a personas que sufrían a causa de una enfermedad. Dix pensaba que la sociedad debía proteger y ayudar a estos enfermos y defendía que se les ofreciera cobijo, alimentos de buena calidad y ropa de abrigo (Gollaher, 1995).

Sin embargo, la Ilustración fue breve. Tras 100 años del primer manicomio, los hospitales estatales que Dix había contribuido a fundar en Estados Unidos pasaban por graves dificultades. Era frecuente que sus trabajadores fueran acusados de maltratar a los enfermos o de someterlos a todo tipo de abusos y humillaciones. Además, estos hospitales estaban situados en zonas rurales alejadas de los grandes núcleos de población, por lo que la institucionalización del enfermo significaba aislarlo de su familia, amigos y vecinos. Por ello, la palabra manicomio se revistió de una connotación negativa.

### **Sigmund Freud y el tratamiento de los trastornos mentales**

La era del estudio y el tratamiento científicos de los trastornos mentales empieza con Sigmund Freud (1856-1939) y otros psiquiatras como Emil Kraepelin (1856-1926) y Eugene Bleuler (1857-1939). Con ellos se inicia la era científica de la psiquiatría o, lo que

es lo mismo, del diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales basados en los métodos y conocimientos de la ciencia. Freud retó a la sociedad a que fuese capaz de percibir a los seres humanos de forma objetiva. Estudió la mente humana, sus alteraciones y su tratamiento como nadie lo había hecho antes. Muchos otros teóricos se basaron posteriormente en los trabajos pioneros de Freud (v. [cap. 3](#)). Kraepelin fue el primer psiquiatra que clasificó los trastornos mentales a partir de los síntomas y Bleuler acuñó el término *esquizofrenia*.

### **Nacimiento y evolución histórica de la psicofarmacología**

En torno a 1950 hubo un avance muy importante en el tratamiento de los trastornos mentales: el nacimiento de la psicofarmacología moderna. Los primeros **psicofármacos** fueron un neuroléptico (antipsicótico), la clorpromazina, y un antimaníaco, el litio. En los 10 años posteriores aparecieron los inhibidores de la monoaminoxidasa (antidepresivos), el haloperidol (neuroléptico), los antidepresivos tricíclicos y las benzodiazepinas (ansiolíticos). Por primera vez en la historia, los psiquiatras disponían de fármacos que mejoraban la agitación, las alucinaciones, los delirios y la depresión. Como consecuencia, se redujo el tiempo de estancia en el hospital, muchas personas con un trastorno mental pudieron vivir en casa con su familia y en el entorno hospitalario disminuyeron los gritos, el caos y la violencia.

### **Tratamiento comunitario de los trastornos mentales**

El año 1963 supuso un avance muy importante para los defensores de tratamiento de los trastornos mentales en un entorno menos restrictivo. Ese año se aprobó en Estados Unidos la ley denominada Community Mental Health Centers, que cambió el énfasis en el tratamiento de los enfermos mentales. Se inició el movimiento conocido como **desinstitucionalización**, es decir, dar más importancia al tratamiento de los pacientes en el medio extrahospitalario. Se dividió el territorio en áreas de salud más pequeñas y se dotó a cada área de un centro de salud, con el objetivo de proporcionar tratamiento psiquiátrico sin necesidad de aislar al paciente de sus familiares y amigos. En realidad, la función de los centros de salud mental iba más allá del tratamiento psiquiátrico convencional, puesto que, además de atender las urgencias, de enviar al paciente al hospital si era necesario (incluida la hospitalización parcial) y de las consultas ambulatorias, se encargaban de realizar pruebas de detección sistemática de los trastornos mentales y de la educación de la población en materia de salud mental. La desinstitucionalización puso fin a la hospitalización a largo plazo, y, gracias a esta reforma, disminuyó bastante el número de ingresos hospitalarios. Supuso, por tanto, una alternativa a la hospitalización psiquiátrica.

Además, en Estados Unidos se aprobaron leyes que otorgaban derecho a las personas discapacitadas a recibir una prestación económica, como la Supplemental Security Income (SSI) y la Social Security Disability Income (SSDI). Esto permitió a los enfermos mentales con trastornos graves de carácter crónico ser más independientes económicamente, por lo que disminuyó la dependencia que estas personas tenían de su

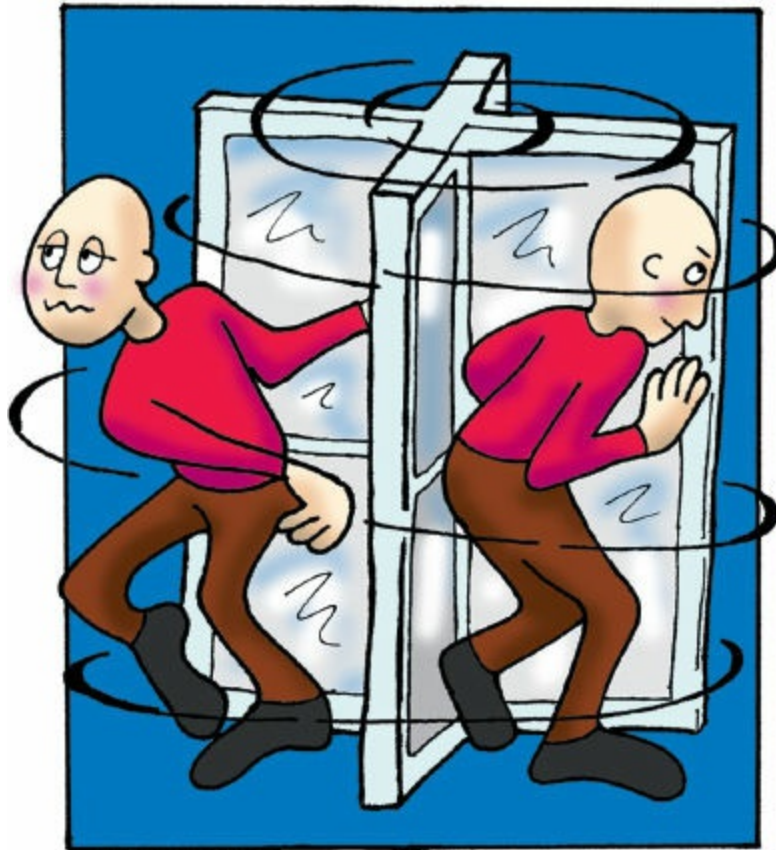
familia. El gasto sanitario en salud mental disminuyó respecto a la época en la que los enfermos mentales recibían sólo asistencia hospitalaria. Por otro lado, a principios de la década de 1970 cambió la legislación acerca del tratamiento obligatorio de los trastornos mentales, por lo que, a partir de ese momento, era más difícil que una persona recibiera tratamiento contra su voluntad, lo que a su vez produjo una disminución aún mayor de los ingresos hospitalarios, con la consiguiente reducción de costes para el sistema sanitario.

## **LOS TRASTORNOS MENTALES EN EL SIGLO XXI**

Según el National Institute of Mental Health de Estados Unidos (NIMH, 2008), a más del 26 % de los habitantes de ese país mayores 18 años se les ha diagnosticado un trastorno mental, lo que representa unos 57,7 millones de personas al año. Además, se calcula que los trastornos mentales o los problemas psicológicos graves afectan negativamente a las actividades de la vida diaria de 15 millones de adultos y de 4 millones de niños y adolescentes. Por ejemplo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad afecta a entre el 3 % y el 5 % de los niños en edad escolar. Más de 10 millones de niños de menos de 7 años viven en una familia en la que al menos uno de los padres sufre un trastorno mental importante o es adicto al alcohol u otras drogas, algo que a menudo afecta a la escolarización de los niños. En este país, el coste económico asociado con los trastornos mentales, incluidos el coste sanitario directo y la pérdida productiva, es superior al coste económico de todos los tipos de cáncer. Los trastornos mentales son la causa principal de discapacidad en Estados Unidos y en Canadá en las personas de entre los 15 y los 44 años. Sin embargo, sólo uno de cada cuatro adultos y uno de cada cinco niños y adolescentes que necesitan atención reciben un tratamiento adecuado.

Hay expertos que creen que la desinstitutionalización también ha tenido efectos negativos sobre la atención en salud mental y sobre la salud mental misma. Si bien ésta ha reducido un 80 % el número de camas hospitalarias para enfermos mentales en hospitales públicos, el uso de estas camas se ha incrementado un 90 %. Esto ha dado lugar al denominado «efecto de la puerta giratoria». Aunque hoy, las personas con un trastorno mental grave, generalmente de carácter crónico, pasan menos tiempo en el hospital, son hospitalizadas con más frecuencia. El flujo continuo de pacientes que llegan a los hospitales a quienes se les da el alta rápidamente puede producir un colapso de los servicios de psiquiatría de los hospitales generales. En algunas ciudades de Estados Unidos, las visitas a los servicios de urgencia por un problema mental han aumentado en un 400-500 %.





«Efecto de la puerta giratoria».

Las estancias cortas en el hospital provocan más hospitalizaciones y que éstas sean más frecuentes. Las personas con trastornos mentales graves o crónicos pueden mostrar signos de mejoría en pocos días, pero no por ello la estabilización, por lo que se les da el alta hospitalaria y se les envía a casa cuando en realidad todavía no son capaces de enfrentarse con las exigencias de la vida fuera del hospital. El resultado, en muchos casos, es la descompensación y la consiguiente rehospitalización. Además, muchas personas presentan un problema doble: un trastorno mental grave o crónico y una dependencia o un consumo excesivo de alcohol u otras drogas o sustancias psicoactivas, que reagudiza los síntomas del trastorno mental, y con ello aumenta la probabilidad de nuevas hospitalizaciones. Y, desde luego, no pueden tratarse las drogodependencias y farmacodependencias en los 3 a 5 días que suele durar la hospitalización psiquiátrica.

Hoy, las personas sin hogar constituyen uno de los problemas más graves en Estados Unidos. Se calcula que una tercera parte de los adultos que viven en la calle sufren un trastorno mental importante, y que más de la mitad sufren algún problema relacionado con el alcohol o las drogas. Unas 200 000 personas sin hogar padecen alguna enfermedad crónica, y se calcula que el 85 % de éstas sufre un trastorno mental o problemas con las drogas, incluido el alcohol. Las personas sin hogar con algún trastorno mental están por todas partes: parques, aeropuertos, estaciones de autobuses interurbanos, callejones, escaleras del metro y otros lugares públicos, y por supuesto en las cárceles. Algunos

acuden a albergues públicos, casas de acogida o, cuando pueden permitírsele, a pensiones baratas. Vivir en la calle o no tener un sitio fijo donde quedarse agrava los problemas mentales. Además, mucha gente sin hogar acaba sufriendo un problema mental, lo cual constituye un círculo vicioso del que es muy difícil escapar. Según un informe del [Treatment Advocacy Center \(2008\)](#), la tasa de prevalencia de los trastornos mentales y de los problemas con el alcohol y otras drogas está aumentando entre las personas sin hogar. Son especialmente preocupantes el trastorno depresivo mayor, el bipolar y los problemas relacionados con el alcohol y las drogas.

Muchos de los problemas de las personas sin hogar afectadas por un trastorno mental, así como de aquellas que entran y salen continuamente de los hospitales, se deben a la falta de un sistema de asistencia ambulatoria y domiciliaria adecuado. El dinero que el estado ahorró cuando se cerraron muchos hospitales públicos no se ha invertido en programas de asistencia comunitaria. En todo caso, en Estados Unidos la asistencia hospitalaria a los pacientes con trastornos mentales sigue consumiendo la mayor parte del gasto sanitario en salud mental, lo que indica que la asistencia comunitaria nunca ha recibido la financiación adecuada. Además, los servicios de salud mental comunitarios, si quieren ser realmente eficaces, deberían ser individualizados y fácilmente accesibles, y estar adaptados para tratar a las minorías culturales.

En 1993, el gobierno de Estados Unidos fundó y financió los Community Care and Effective Services and Support (ACCESS) para atender las necesidades de las personas sin hogar o sin un sitio fijo en el que vivir y con un trastorno mental. Los objetivos de los ACCESS eran mejorar el acceso a todo tipo de servicios a través de todo el continuo de atención sanitaria y social, reducir la duplicación, y por tanto los costes, de los servicios, así como mejorar la eficacia de las prestaciones. Los programas de ACCESS atienden a personas que de otra forma no podrían acceder a estos servicios, y se ha demostrado que son útiles para tratar los trastornos mentales y disminuir el número de personas sin hogar.

### **Perspectivas de futuro**

Por desgracia, sólo una de cada cuatro personas adultas y uno de cada cinco niños y adolescentes que lo necesita reciben tratamiento psiquiátrico ([Department of Health and Human Services de Estados Unidos \[DHHS\], 2008](#)). Estos datos llevaron a elaborar los objetivos del programa *Healthy People 2010* del DHHS ([DHHS, 2000](#); [cuadro 1-1](#)). Estos objetivos formaban parte de un programa denominado inicialmente *Healthy People 2000*, y se modificaron en enero de 2000 con el fin de ampliar las personas a las que se pretendía identificar, diagnosticar y tratar para lograr una vida más sana. Entre estos objetivos estaban reducir la cifra de suicidios, de paro y de falta de vivienda entre las personas con un trastorno mental, así como proporcionar más servicios a los adultos, adolescentes y jóvenes encarcelados y con problemas de salud mental. En este momento se está trabajando en el programa *Healthy People 2020*, que se puso en marcha en enero de 2010.

### **Atención comunitaria en salud mental**



Tras la desinstitucionalización, no se construyeron los 2 000 centros de salud mental previstos hasta 1980. En 1990 sólo se habían puesto en marcha 1 300 programas dependientes de diferentes tipos de servicios de rehabilitación psicosocial. Los pacientes con un trastorno mental grave o crónico no han recibido atención adecuada de los centros de salud mental hasta ahora. Esto significa que muchas personas que necesitaban atención, y que aún la necesitan, no reciben los servicios que requiere su estado de salud. Según un informe del [Treatment Advocacy Center \(2008\)](#), la mitad de las personas con un trastorno mental grave no han recibido ningún tratamiento en los últimos 12 meses. Es más probable que lo reciban quienes sufren un trastorno mental leve, mientras que las personas con trastornos mentales graves o crónicos tienen menos probabilidades de recibir tratamiento.

Los programas de asistencia comunitaria en salud mental están pensados para atender fuera de una institución las necesidades de las personas aquejadas de un trastorno mental. Se centran en la rehabilitación, la orientación profesional, la educación en cuestiones de salud y la reintegración del paciente en la sociedad, además del tratamiento de los síntomas y la prescripción y control de la medicación. En Estados Unidos, la financiación corre a cargo de los estados o los condados, y a veces depende de empresas privadas. Por tanto, la disponibilidad y calidad de estos servicios varían mucho de un sitio a otro. Por ejemplo, en las zonas rurales los recursos financieros suelen ser más escasos, pero también hay menos personas que necesitan usar estos servicios. En las grandes áreas metropolitanas, si bien el presupuesto público es mayor, hay miles de personas por atender, y casi nunca se dispone del dinero suficiente. En el [capítulo 4](#) se explican con detalle estos programas.

### Cuadro 1-1. Objetivos en el ámbito de la salud mental del programa *Healthy People 2010*

- Disminuir el riesgo de suicidio por debajo de un máximo de 6 casos por cada 100 000 habitantes.
- Reducir al 1 % la incidencia de intentos de suicidio con resultado de lesiones en 12 meses entre los adolescentes de 14-17 años.
- Disminuir al 19 % la proporción de adultos que viven en la calle y padecen un trastorno mental grave.
- Aumentar al 51 % la proporción de hombres empleados que padecen un trastorno mental grave.
- Reducir la tasa de recidivas de los trastornos de la conducta alimentaria, incluidas la anorexia y la bulimia nerviosas.
- Aumentar el número de personas diagnosticadas en atención primaria que son objeto de una evaluación específica en salud mental y de tratamiento.
- Aumentar el número de niños con problemas de salud mental que reciben tratamiento.
- Aumentar el número de juzgados de menores y de correccionales que realizan pruebas para la detección de los problemas de salud mental.
- Aumentar un 17 % la proporción de adultos con trastornos mentales que reciben tratamiento.
  - Un 55 % entre los adultos de 18-54 años que padecen un trastorno mental grave.
  - Un 50 % entre los adultos a partir de los 18 años que padecen depresión.
  - Un 75 % entre los adultos a partir de los 18 años que padecen esquizofrenia.
  - Un 50 % entre los adultos a partir de los 18 años que padecen un trastorno de ansiedad.

- Aumentar el número de personas que reciben tratamiento para un trastorno mental y un problema concurrente de consumo excesivo o dependencia de alcohol y otras drogas.
- Aumento del número de administraciones públicas que ponen en marcha programas de salud mental para adultos con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios.
- Aumento del número de estados (de Estados Unidos) que ponen en marcha programas para conocer el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud mental (como mínimo a 30 estados).
- Aumento del número de estados que disponen de un plan de salud mental en el que se tienen en cuenta las diferencias culturales.
- Aumento del número de estados que disponen de un plan de salud mental en el que se tiene en cuenta la intervención en momentos de crisis personal o familiar, programas permanentes de detección sistemática y atención especializada para las personas mayores.

U.S. Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010. National health promotion and disease prevention objectives*. Washington, DC: DHHS.

Por desgracia, el sistema de asistencia comunitaria en el ámbito de la salud no pudo o no supo prever el enorme número de personas que iban a demandar sus servicios para tratar un trastorno mental de naturaleza grave o crónica. Muchas personas con este tipo de trastornos no tienen las habilidades para vivir de forma independiente fuera de un hospital, y enseñárselas lleva mucho tiempo y trabajo, porque cada paciente necesita una persona que lo atienda; naturalmente esto exige un gran número de personal cualificado. Además, en algunos trastornos mentales resulta especialmente complicado enseñar estas habilidades a los pacientes. Por ejemplo, a una persona con alucinaciones visuales o que «oye voces» puede resultarle difícil escuchar o atender a quienes están intentando enseñarle a hacer algo. Otros pacientes tienen cambios bruscos de estado de ánimo: un día no son capaces de levantarse de la cama y poco después están tan excitados o eufóricos que no prestan atención a lo que se les dice.

A pesar de sus muchas carencias, los programas comunitarios de atención a la salud mental tienen aspectos positivos que los convierten en una forma mejor y más eficaz de tratar a muchas personas con un trastorno mental. Entre las ventajas está el hecho de que los pacientes pueden seguir viviendo en casa, con o cerca de sus familiares y amigos, por lo que gozan de una libertad impensable en una institución. En muchos casos, los pacientes institucionalizados pierden la motivación y la esperanza, así como las habilidades básicas necesarias para vivir fuera de la institución, como ir de compras y cocinar. Por tanto, es seguro que la tendencia en favor de la atención extrahospitalaria frente a la institucionalización continuará.

### Contención del gasto y gestión de la asistencia

Durante las décadas de 1970 y 1980 se dispararon los costes sanitarios en Estados Unidos. El concepto de **gestión de la asistencia** o **asistencia gestionada** se refiere al conjunto de medidas para alcanzar el equilibrio entre la calidad y el coste de los servicios. En un sistema basado en la gestión de la asistencia, los pacientes reciben los servicios que necesitan, en vez de los servicios que demandan, por lo que el personal tiene que evaluar las necesidades reales existentes en la población de referencia. La gestión de la asistencia

empezó a principios de la década de 1970 con las organizaciones para el mantenimiento de la salud, que tuvieron buenos resultados en algunas poblaciones con un estado de salud bastante aceptable.

En la década de 1990 aparecieron las empresas u organizaciones dedicadas a la gestión de la asistencia sanitaria, denominadas **empresas de evaluación o gestión de la asistencia**, que se dedicaban a controlar el gasto de los seguros médicos privados. La empresa tenía que autorizar el servicio prestado por el seguro antes de que éste se hiciese efectivo. En la gestión de la asistencia se recurre a la atención individualizada, que consiste en estudiar cada caso por separado para proporcionar al paciente los servicios que realmente necesita con el fin de contener los costes. A cada paciente se le asigna un gestor del caso, que es la persona encargada de coordinar todos los servicios que necesita el paciente. En teoría, este sistema está pensado para evitar la fragmentación de la atención que se produce cuando el paciente recibe atención de diferentes departamentos o unidades, así como para eliminar el solapamiento innecesario de servicios, prestar la atención en un entorno menos restrictivo y disminuir los costes de los seguros médicos privados. En realidad, lo que se hace es reducir los costes mediante la negativa a prestar a los pacientes servicios que no se consideran necesarios o mediante la sustitución de los tratamientos más costosos (p. ej., la hospitalización) por otros más baratos.

La asistencia psiquiátrica es cara porque los trastornos mentales suelen prolongarse. La hospitalización de un paciente puede costar entre 20 000 y 30 000 dólares. Además, en psiquiatría es más difícil determinar objetivamente qué es salud y qué es enfermedad. Por ejemplo, en el caso de una persona con ideas suicidas, el psiquiatra tiene que basar su juicio en lo que esta persona o sus allegados le cuentan, puesto que no existen pruebas de laboratorio ni ningún otro procedimiento diagnóstico para detectar que efectivamente existen ideas suicidas. En los seguros médicos privados la atención a la salud mental va aparte de la atención a las enfermedades orgánicas. En algunos casos, hay un límite al número de días de hospitalización psiquiátrica al año. Cuando el paciente no puede recibir tratamiento porque ha sobrepasado los límites del seguro privado, se utilizan fondos públicos para atenderle, y cuando el sistema público de salud tiene problemas económicos, se recorta el presupuesto dedicado a la salud mental.

La atención a la salud mental pueden gestionarla empresas especializadas que en muchos casos proporcionan los servicios a la vez que gestionan los costes. En Estados Unidos, las personas sin un seguro médico privado tienen que acudir al Estado, que se financia a través de los impuestos de los contribuyentes. Con frecuencia, estos servicios y la financiación correspondiente son claramente insuficientes para atender las necesidades de la población. Además, muchas personas con trastorno mental no buscan la ayuda de un profesional, e incluso cuando se les propone un tratamiento lo rechazan. Suelen vivir en la calle o están cumpliendo condena en prisión. Dos de los retos futuros más importantes son proporcionar un tratamiento eficaz a todas las personas que lo necesiten y encontrar la financiación necesaria para pagarlo.

La Health Care Finance Administration es la responsable de los dos seguros médicos que integran el sistema público de salud de Estados Unidos: Medicare y Medicaid.

Medicare atiende a las personas de 65 años o más, a los pacientes con insuficiencia renal crónica y a quienes padecen alguna discapacidad. Por su parte, Medicaid se financia con fondos tanto del gobierno federal como de los estados, y atiende a familias con pocos recursos económicos. Los requisitos para acceder a la asistencia en Medicaid varían de un estado a otro. Cada uno establece los requisitos, la cartera de servicios y la cantidad que el usuario debe pagar por cada prestación (copago). Medicaid cubre la asistencia de las personas que están amparadas que reciben el SSI o el SSDI (v. antes) hasta que cumplen los 65 años, si bien las personas con derecho al SSDI no pueden acceder a las prestaciones durante un período de carencia de 24 meses, mientras que las que reciben el SSI pueden recibirlas de inmediato. Por desgracia, no todas las personas discapacitadas solicitan las prestaciones por discapacidad, y cuando lo hacen, no siempre se conceden. Como consecuencia, muchas personas con trastornos mentales graves de carácter crónico no reciben ningún tipo de prestación.

Relacionada con la financiación de la asistencia sanitaria está la paridad o igualdad entre la salud mental y las enfermedades médicas. En el pasado, los seguros médicos privados tenían un límite máximo para el tratamiento de los trastornos mentales y de las adicciones a drogas y medicamentos psicoactivos. En algunas pólizas se hacía constar una cantidad máxima anual en dólares para estos tratamientos, mientras que en otras se limitaban los días al año o durante todo el período en vigor de la póliza que el asegurado podía beneficiarse del mismo. En 1996, el Congreso de Estados Unidos aprobó la ley denominada *Mental Health Parity Act*, que elimina las cantidades dinerarias anuales o referidas al tiempo de vigencia de la póliza para salud mental en las empresas de más 50 trabajadores. No obstante, los problemas con el alcohol y otras drogas y con los medicamentos psicoactivos no se incluyen en esta ley, y los seguros médicos privados pueden limitar los días de estancia en el hospital o el número de visitas anuales a la clínica. Por tanto, en la práctica no existe paridad entre la atención a la salud mental y la atención a las enfermedades médicas. Cada estado tiene su propia legislación en materia de seguros médicos privados, así que en algunos se ha conseguido una paridad plena, mientras que en otros es limitada, y en algunos ni siquiera existe legislación relacionada ([National Alliance for the Mentally Ill \[NAMI\], 2007](#)).

### **Aspectos culturales**

La Oficina de Estadística de Estados Unidos ([U.S. Census Bureau, 2000](#)) indica que el 62 % de la población de este país es de origen europeo. Se prevé que ese porcentaje siga disminuyendo y que cada vez haya en Estados Unidos más personas de origen africano, asiático, árabe o hispanoamericano. El personal de enfermería debe estar preparado para atender a esta población tan heterogénea desde el punto de vista cultural, para lo cual es necesario tomar conciencia de las diferencias culturales que influyen en la salud mental y en el tratamiento de las enfermedades mentales. Para una explicación detallada de las diferencias culturales, véase el [capítulo 7](#).

Sin embargo, la diversidad en Estados Unidos no se limita a la cultura. La estructura de la familia ha cambiado. Con una tasa de divorcios del 50 %, hay cada vez más

familias monoparentales, y cuando los padres divorciados vuelven a casarse, se crean familias reconstituidas. El 25 % de los hogares están formados por una sola persona (U.S. Census Bureau, 2000) y muchas personas conviven sin estar casadas. Los hombres y mujeres homosexuales forman familias y a veces pueden adoptar niños. Por tanto, en Estados Unidos, el perfil de las familias es muy diverso, lo que constituye un reto para el personal de enfermería que debe prestar una atención respetuosa y eficiente.

## LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA

En 1873, Linda Richards obtuvo el título de enfermera en el New England Hospital for Women and Children de Boston. Trabajó intensamente para mejorar la atención de enfermería psiquiátrica que recibían los pacientes y organizó programas educativos en los hospitales psiquiátricos de Illinois. Richards está considerada la primera enfermera psiquiátrica de Estados Unidos. Ella creía que «las enfermedades mentales deben atenderse al menos con la misma motivación y eficiencia que las enfermedades médicas» (Doona, 1984).

Los primeros cursos formativos específicos para el personal de enfermería que iba a dedicarse a la salud mental datan de 1882 y se impartieron en el McLean Hospital de Belmont, Massachusetts. El objeto de la atención de enfermería eran pacientes recluidos en los hospitales y se centraba sobre todo, además de en la vigilancia del paciente, en la nutrición y en la actividad física. El personal de enfermería era el encargado de adaptar los principios médico-quirúrgicos a los pacientes con trastornos mentales, que además, debían ser tratados siempre con tolerancia y amabilidad. Las funciones fueron ampliándose conforme se introducían terapias biológicas para el tratamiento de los trastornos mentales, como la cura de insulina (1935), la psicocirugía (1936) y la terapia electroconvulsiva (1937). Estos nuevos tratamientos exigían que el personal de enfermería aplicara sus conocimientos y habilidades médico-quirúrgicas de forma más amplia y con más frecuencia.

El primer manual de enfermería psiquiátrica fue el *Nursing Mental Diseases* de Harriet Bailey, de 1920. En 1913 se incorporó por primera vez al programa de estudios de la escuela de enfermería de Johns Hopkins un curso sobre enfermería psiquiátrica y en 1950 la National League for Nursing, institución encargada de reconocer los créditos de los estudios de enfermería, pidió a todas las escuelas de enfermería del país que incluyesen la enfermería psiquiátrica en los programas.

### Cuadro 1-2. Temas de interés para los profesionales de la enfermería en psiquiatría y salud mental

- La promoción de una salud física y mental óptimas, así como del bienestar y de la prevención de los trastornos mentales.
- La incapacidad para funcionar en la vida diaria relacionada con el malestar producido por las alteraciones psiquiátricas, emocionales y fisiológicas.
- Las alteraciones de la percepción, del pensamiento y de la comunicación causadas por problemas psiquiátricos o psicosociales.

- Las alteraciones conductuales y del estado mental indicativas de que existe riesgo para la vida o la integridad física del paciente o de otras personas.
- El estrés psicológico relacionado con la enfermedad, el dolor, la discapacidad o la pérdida de un ser querido.
- El tratamiento de los síntomas, los efectos secundarios de la medicación o la toxicidad asociada con la autoadministración de fármacos, intervenciones psicofarmacológicas y otras modalidades de tratamiento.
- Los factores relacionados con el consumo excesivo o la adicción a alcohol y otras drogas que influyen negativamente en la eficacia del tratamiento y en las posibilidades de recuperación.
- Los cambios en el concepto de sí mismo y en la imagen corporal, aspectos relacionados con el desarrollo, con los cambios acaecidos durante la vida del paciente y con el final de la vida.
- Los síntomas físicos asociados con las alteraciones del estado mental.
- Los síntomas psicológicos asociados con las alteraciones físicas.
- Las circunstancias interpersonales, organizativas, socioculturales, espirituales y relacionadas con el entorno o circunstancias y acontecimientos que influyen en el bienestar psicológico del paciente y de su familia.
- Los componentes de la recuperación: la capacidad para conservar la vivienda, para responsabilizarse de la casa y realizar las tareas domésticas, la vida laboral y el apoyo social, que contribuyen a que el paciente trate de reencontrar una vida plena y con sentido.
- Los factores sociales, como la pobreza, la violencia y el consumo excesivo de alcohol y otras drogas.

Dos teóricas de la enfermería, Hildegard Peplau y June Mellow, publicaron en 1952 el libro *Relaciones interpersonales en enfermería (Interpersonal Relations in Nursing)* y en 1962 *Interpersonal Techniques: The Crux of Psychiatric Nursing* (Técnicas interpersonales: la clave de la enfermería psiquiátrica). Las autoras describen la relación terapéutica entre el personal de enfermería y el paciente en términos de fases y tareas, y tratan de forma muy extensa el problema de la ansiedad (v. [cap. 13](#)). Consideraban que la dimensión interpersonal era la clave y el fundamento de la práctica diaria de la enfermería psiquiátrica, una idea que actualmente constituye la base más importante de esta especialidad en enfermería.

En 1968, Mellow publicó *Nursing Therapy (Terapéutica en enfermería)*, donde describe su método centrado en las necesidades psicosociales y en los puntos fuertes de los pacientes. Mellow sostenía que el personal de enfermería es muy adecuado para trabajar como terapeuta en el contexto de las actividades de la vida diaria con los pacientes con trastornos mentales, y que debería centrar su actividad terapéutica en el aquí y en el ahora con el fin de dar respuesta a las necesidades psicosociales de estas personas (1986). Tanto Peplau como Mellow contribuyeron decisivamente al desarrollo de la práctica de la enfermería psiquiátrica.

En 1973, la sección de enfermería de psiquiatría y salud mental de la American Nurses Association (ANA) publicó una serie de directrices que luego se modificaron en cuatro ocasiones (1982, 1994, 2000 y 2007). Se trata de criterios y recomendaciones de prestigiosas organizaciones profesionales competentes en las que se se tratan asuntos relacionados con la responsabilidad legal del personal de enfermería psiquiátrica. No puede haber responsabilidades legales si éstas no figuran en una ley sobre la práctica de la enfermería o en las normas legales y administrativas de cada estado. Cuando se

plantea un problema de responsabilidad legal o un paciente o sus familiares presentan una demanda judicial contra el personal de enfermería, el juez recurre a estas directrices y normas de actuación profesional para determinar si la práctica del profesional ha sido prudente y correcta, así como para valorar la calidad de la atención que se ha prestado al paciente.

### **Cuadro 1-3. Enfermería en psiquiatría y salud mental: ámbito de aplicación y normas para la práctica profesional**

#### **Norma 1. Evaluación**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental debe recoger de forma exhaustiva los datos sobre la salud que sean pertinentes, teniendo en cuenta el estado de salud del paciente y su situación personal.

#### **Norma 2. Diagnóstico**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental debe analizar los resultados de las evaluaciones realizadas con el fin de proceder al diagnóstico de los problemas, incluido el nivel de riesgo.

#### **Norma 3. Planificación de los resultados de las intervenciones**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental debe prever y planificar los resultados que pueden obtenerse con las diferentes intervenciones en función del plan de actuación individualizado para cada paciente y de la situación concreta del mismo.

#### **Norma 4. Planificación**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental debe elaborar un plan en el que figuren las estrategias y alternativas encaminadas a conseguir los resultados previstos.

#### **Norma 5. Puesta en práctica**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental debe poner en práctica el plan que se ha elaborado.

#### **Norma 5A. Coordinación de la atención al paciente**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental debe coordinar la ejecución del plan de tratamiento con otros profesionales sanitarios.

#### **Norma 5B. Educación para la salud y promoción de la salud**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental debe desarrollar de forma sistemática estrategias para promover la salud y un ambiente seguro.

#### **Norma 5C. Intervención en el entorno físico**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental contribuirá a mantener en todo momento un entorno físico terapéutico y seguro en colaboración con los demás profesionales sanitarios, pacientes y familiares.

#### **Norma 5D. Tratamientos farmacológicos, biológicos e integrales**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental debe incorporar conocimientos sobre intervenciones farmacológicas, biológicas y complementarias a sus habilidades clínicas con el fin de restaurar la salud del paciente y prevenir las recidivas.

#### **Norma 5E. Prescripción de fármacos y de otros tratamientos**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental dispensará fármacos y otros tratamientos y procedimientos y autorizará la derivación del paciente a otra institución en la forma establecida en las leyes y normas administrativas del centro en el que ejerce su profesión.

#### **Norma 5F. Psicoterapia**



El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental actuará como terapeuta en las siguientes intervenciones: psicoterapia individual, terapia de pareja, terapia de familia y psicoterapia de grupo, así como en cualquier otro tratamiento psicoterapéutico basado en la evidencia o en la relación terapéutica entre personal de enfermería y paciente en la forma que esté establecido en las leyes y normas administrativas del lugar en el que ejerce la profesión.

#### **Norma 5G. Interconsulta**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental atenderá a las consultas sobre el plan de tratamiento, las intervenciones y los servicios que se prestan al paciente que le soliciten otros profesionales sanitarios.

(Nota: las normas 5D, 5E, 5F y 5G se refieren únicamente al personal de enfermería especializado y con suficiente experiencia en el ámbito de la psiquiatría y de la salud mental, y dependen de lo que se indique en las leyes y normas administrativas vigentes en el lugar en el que el profesional de la enfermería ejerza su profesión.)

#### **Norma 6. Evaluación**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental evaluará el progreso del plan de tratamiento teniendo en cuenta los objetivos propuestos.

### **NORMAS SOBRE COMPETENCIA PROFESIONAL**

#### **Norma 7. Calidad de la práctica profesional**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental mejorará sistemáticamente la calidad y eficacia de su práctica profesional.

#### **Norma 8. Formación**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental adquirirá y mantendrá los conocimientos pertinentes y se procurará la formación suficiente para poder realizar su trabajo con la calidad, capacidad y competencia que se exige actualmente a los profesionales de la enfermería.

#### **Norma 9. Evaluación de la práctica profesional**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental evaluará su propia práctica profesional teniendo en cuenta las normas de la práctica, las directrices de las instituciones y las leyes, normas y reglas que sean de aplicación.

#### **Norma 10. Colegialidad**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental se relacionará con sus colegas y contribuirá en la medida de sus capacidades al desarrollo profesional de sus compañeros y al progreso de la profesión.

#### **Norma 11. Colaboración**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental colaborará con el resto del personal sanitario, con los pacientes, sus familiares y otras personas implicadas en su trabajo como profesional de la enfermería.

#### **Norma 12. Ética**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental respetará siempre las normas y principios éticos de general aceptación en su práctica profesional.

#### **Norma 13. Investigación**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental integrará en su práctica profesional los avances de la investigación científica.

#### **Norma 14. Utilización de recursos**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental tendrá en cuenta la seguridad, la efectividad y el coste económico a la hora de planificar y prestar los servicios de enfermería.



### **Norma 15. Liderazgo**

El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental actuará como líder en su lugar de trabajo y, en general, en su profesión.

Reproducido con permiso de la [American Nurses Association \(2007\)](#). *Psychiatric-mental health nursing: Scope and standards of practice*. Silver Spring, MD: Nursebooks.

## **Cuadro 1-4. Áreas de la práctica profesional**

### **Funciones del nivel básico**

- Orientación:
  - Intervenciones y técnicas de comunicación.
  - Resolución de problemas.
  - Intervención en crisis.
  - Tratamiento del estrés.
  - Modificación de la conducta.
- Intervención en el entorno:
  - Mantenimiento del entorno terapéutico.
  - Enseñar habilidades.
  - Fomentar la comunicación entre el paciente y otras personas.
  - Promover el crecimiento personal a través de modelos de conducta.
- Actividades para el cuidado de sí mismo:
  - Fomentar la autonomía del paciente.
  - Aumentar la autoestima.
  - Mejora del funcionamiento y de la salud.
- Intervenciones psicobiológicas:
  - Administración de la medicación.
  - Educación.
  - Observación.
- Educación para la salud.
- Gestión del caso.
- Promoción y mantenimiento de la salud.

### **Funciones del nivel avanzado**

- Psicoterapia.
- Prescripción de fármacos (sólo en algunos estados de Estados Unidos y no en todos los países).
- Interconsulta.
- Evaluación.
- Programación del tratamiento.
- Supervisión clínica.

En este documento de la ANA se detallan también las áreas en las que se desarrolla actualmente la práctica de la enfermería en psiquiatría y salud mental ([cuadro 1-2](#)). En las normas para la práctica profesional se explican las fases del proceso de enfermería (incluidos los tipos específicos de intervención) para la práctica en el contexto de la

atención psiquiátrica y a la salud mental, y se describen los criterios básicos para valorar la práctica profesional: calidad de la atención, evaluación, formación, contribución, colaboración, ética, trabajo en equipo, investigación y utilización de recursos (**cuadro 1-3**). En el **cuadro 1-4** se presentan las áreas de la práctica profesional y las intervenciones específicas de la práctica de enfermería en psiquiatría y salud mental básica y avanzada.

### **Temas de interés para el estudiante**

Los estudiantes de enfermería que tienen su primer contacto con la práctica clínica de la enfermería en psiquiatría y salud mental suelen comprender que esta práctica es muy diferente de otras disciplinas. Entonces, aparecen una serie de inquietudes, por otra parte normales y que suelen desaparecer cuando el estudiante tiene su primer contacto con los pacientes.

A continuación presentamos una serie de recomendaciones que pueden ser útiles para los estudiantes que se inician en la práctica clínica de la enfermería en psiquiatría y salud mental:

- *¿Qué pasa si digo algo que no debería haber dicho?*

No existe ninguna palabra ni frase mágica que pueda resolver los problemas del paciente ni es posible que una sola palabra o frase los empeore significativamente. Lo importante es escuchar al paciente con atención, mostrarle interés genuino y preocuparse por sus problemas. Si se hacen estas tres cosas pero se dice algo que pueda estar fuera de lugar, lo que debe hacerse es decir lo mismo pero de otra manera (p. ej., «Bueno, no es eso lo que quería decir. A lo que me refiero es a...»).

- *¿Qué tendré que hacer en la clínica, hospital o centro de salud mental?*

En el ámbito de la salud mental se realizan muy pocas de las actividades habituales del personal de enfermería de otras especialidades. Las tareas de atención a la salud física y las pruebas y procedimientos diagnósticos son menos frecuentes que en los servicios médico-quirúrgicos. La idea de «dedicarse simplemente a hablar con la gente» puede hacer pensar al estudiante que no está haciendo nada. Debe superar la ansiedad que provoca tener que dirigirse a un desconocido para hablar de asuntos muy delicados y personales. La creación de la relación terapéutica entre el personal de enfermería y el paciente, así como de la confianza, exige tiempo y paciencia.

- *¿Qué pasa si nadie me dirige la palabra?*

Hay estudiantes que tiene miedo de que los pacientes los rechacen o no quieran tener ningún tipo de relación con ellos. Ciertamente, hay pacientes que no quieren hablar o se retraen del entorno y no quieren relacionarse con nadie, pero entonces suelen comportarse con los estudiantes de la misma forma que con un psiquiatra o un profesional de enfermería que lleva mucho tiempo trabajando, y que por tanto, tiene experiencia. El estudiante no debe considerar este comportamiento como algo personal o sentirse culpable. En general, las personas que están mal desde el punto de vista psicológico agradecen que alguien les escuche y les demuestre que está sinceramente interesado por sus problemas. Estar dispuesto y ser capaz de escuchar es en muchos

casos todo lo que hace falta para iniciar una relación con otra persona.



«¿Qué pasa si digo algo que no debería haber dicho?».

- *¿Me estoy entrometiendo en la vida del paciente si le hago preguntas de carácter personal?*

Muchos estudiantes se sienten fatal sólo por el hecho de imaginarse hablando con los pacientes de temas personales o escabrosos. Es importante tener en cuenta que las primeras preguntas al paciente no deben referirse a cuestiones personales. Los temas de carácter más personal deben plantearse sólo cuando se ha establecido una buena relación de confianza (*rapport*) con el paciente. Además, muchos pacientes están angustiados o preocupados por sus problemas y se dan cuenta de que conversar con el personal de enfermería puede ser una buena forma de sentirse mejor. Cuando los temas personales y psicológicos aparecen en el contexto de la relación entre el personal de enfermería y el paciente, lo mejor es hacer las preguntas que se considere necesario, de forma natural y

sincera, sin pretender entrometerse en la vida del paciente ni saber más de lo necesario. Con el tiempo, el estudiante va desarrollando las habilidades necesarias para la comunicación terapéutica con el paciente.

- *¿Qué tengo que hacer para manejar las conductas extrañas o inapropiadas del paciente?*

Al principio, el comportamiento y el lenguaje de algunos pacientes pueden sorprender al estudiante, incluso provocarle cierto malestar. Hay que controlar la expresión facial y las respuestas emocionales para que el paciente no interprete rechazo o ridiculización. Es útil para el estudiante recordar que el responsable de la formación del personal de enfermería y los profesionales con más experiencia están siempre disponibles para ayudarlo en cualquier situación. Un estudiante nunca debería tener la sensación de que está solo y de que no le queda más remedio que enfrentarse solo a la situación.

- *¿Qué ocurre si un paciente quiere quedar conmigo, flirtea o muestra un comportamiento sexual agresivo o inadecuado?*

A algunos pacientes les cuesta reconocer o mantener los límites en las relaciones interpersonales. Cuando un paciente busca contacto más allá de la relación terapéutica entre personal de enfermería y paciente, es importante que el estudiante, con la ayuda del responsable de su formación del personal de enfermería o de otro profesional con experiencia, explique al paciente cuáles son los límites de la relación terapéutica (v. [cap. 5](#)). Estos límites serán claros y se mantendrán en el caso de los pacientes que presentan un comportamiento sexual inadecuado. Al principio puede ser embarazoso afrontar este tipo de conductas, pero con la práctica y la ayuda del responsable de la formación del personal de enfermería y de los profesionales con más experiencia, se vuelve más fácil. También es importante proteger la dignidad y la intimidad del paciente en los casos en los que, debido a su situación, no puede hacerlo por sí mismo.

- *¿Está en riesgo mi seguridad física?*

Muchos estudiantes han tenido poco o ningún contacto con personas que sufren un trastorno mental grave. Los medios de comunicación suelen cubrir ampliamente los asesinatos y otros delitos violentos cometidos por personas con un trastorno mental, por lo que se cree que la mayoría de afectados por un trastorno mental son violentos. En realidad, los pacientes se hacen daño a sí mismos con más frecuencia que a los demás. Los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental están muy atentos a cualquier indicio de que un paciente violento está a punto de presentar una explosión de violencia. Ante una agresión física, el personal sanitario está entrenado para un control seguro y sin riesgos de la misma. El estudiante no debe participar físicamente en las maniobras para reducir a un paciente agresivo porque carece del entrenamiento y la experiencia necesarios. Cuando se hable con un paciente que pudiera ser agresivo, hay que sentarse en una zona abierta o de paso, nunca en una habitación cerrada, y hay dejar al paciente espacio suficiente para moverse con libertad. Es aconsejable pedir a la persona encargada de la formación del personal de enfermería o a un profesional experimentado que esté presente durante la conversación.

- *¿Qué ocurre si en la unidad en la que trabajo me encuentro con un conocido mío que*

*está recibiendo tratamiento?*

En cualquier contexto, es posible que el estudiante se encuentre con alguien conocido. Todavía hay personas que son reacias a pedir ayuda profesional cuando tienen problemas de salud mental debido a la estigmatización que aún se hace de los trastornos mentales y de su tratamiento. En la atención a la salud mental, es esencial mantener la confidencialidad de la identidad del paciente y del tratamiento. Si el estudiante ve a alguien al que conoce, tiene que comunicarlo de inmediato a la persona encargada de la formación del personal de enfermería, quien decidirá cómo debe manejarse la situación. Lo mejor suele ser que el estudiante (y, a veces, también la persona encargada de la formación del personal de enfermería o un profesional con experiencia) hable con el paciente para tranquilizarle y asegurarle que en todo momento se mantendrá su confidencialidad. Hay que garantizarle que el estudiante no leerá su historia clínica ni le tratará.

- *¿Qué ocurre si me doy cuenta de que las cosas que me han pasado en la vida, mis características o problemas son muy parecidos a los de algún paciente?*

El estudiante puede encontrar similitudes con los problemas de los pacientes, su dinámica familiar o sus experiencias. Esto puede ser bastante traumático. No obstante, hay que entender que éste es un hecho normal, aunque es cierto que no resulta fácil aconsejar sobre esta cuestión. Muchas personas han tenido que afrontar situaciones estresantes a lo largo de la vida, como malos tratos y abusos sexuales en la infancia. Algunas de estas personas consiguen solucionar con éxito estos problemas, mientras que otras quedan afectadas de por vida. Aunque se sabe que las habilidades para afrontar los problemas de la vida y las situaciones estresantes son un componente clave de la salud mental, no siempre es posible averiguar por qué, ante una misma circunstancia, una persona sale airosa mientras otra queda gravemente afectada. En el [capítulo 7](#) se explican con detalle los factores que influyen en esta cuestión.

## TEMAS DE AUTOCONCIENCIA



Mediante la autoconciencia, el personal de enfermería hace conscientes sus propios sentimientos, emociones, afectos, creencias, actitudes y pensamientos, y es especialmente importante en el ámbito de la enfermería en psiquiatría y salud mental. Todo el mundo tiene valores, ideas y creencias, que son únicos y diferentes a los de los demás, y el personal de enfermería no es una excepción. A veces, estos valores, ideas y creencias entran en conflicto con los del paciente o con su comportamiento. Hay que aprender a aceptar estas diferencias, normales entre los seres humanos. No sólo las personas que llamamos normales difieren en sus ideas, valores y estilos de vida, también los pacientes son muy diferentes unos de otros respecto a estas cuestiones. Más allá de las opiniones del paciente, el personal de enfermería siempre debe considerarlo una persona valiosa. No hay que estar de acuerdo con los puntos de vista del paciente, tampoco con su comportamiento; basta con aceptarlos diferentes de los propios. Lo importante es que estas diferencias no interfieran en la atención de enfermería.

Por ejemplo, un profesional de enfermería puede ser contrario al aborto y tener que atender a una paciente que se ha sometido a una interrupción voluntaria del embarazo. Si éste quiere ayudar de verdad, debe ser capaz de dejar a un lado sus ideas y asegurarse de que en ningún momento esto interfiere u obstaculiza la atención sanitaria que presta a esta paciente.

El personal de enfermería puede conseguir la autoconciencia a través de la reflexión; es decir, dedicando tiempo a pensar cómo se siente con respecto a un paciente o una situación determinada y sobre cuáles son sus valores y creencias como persona. Si bien todos tenemos valores y creencias, es posible que no dediquemos suficiente tiempo a reflexionar sobre cómo nos sentimos y sobre cuáles son nuestras ideas y por qué tenemos determinadas opiniones sobre ciertos temas, como el suicidio o la negativa del paciente a tomar la medicación. Hay que descubrirse a uno mismo para conocer sus propias creencias antes de intentar ayudar a personas que tienen otros puntos de vista.

### **Consideraciones a tener en cuenta cuando se trabaja la autoconciencia**

- En un diario, anote las experiencias vividas durante la jornada laboral y los sentimientos asociados con estas situaciones. Identifique las emociones asociadas con cada situación y sentimiento, así como las circunstancias que se presentaron en cada caso. Revise el diario cada cierto tiempo para ver si ha habido cambios en su forma de experimentar determinadas situaciones y de reaccionar frente a ellas.
- Hable con alguien de confianza sobre sus experiencias y sentimientos (un familiar, un amigo, un compañero o la persona encargada de la formación del personal sanitario). Pregúntele cómo se sentiría en una situación similar o cómo actuaría frente a una determinada situación o sentimiento conflictivo por el que usted haya pasado antes.
- Participe en las sesiones de supervisión clínica. Incluso los profesionales sanitarios con mucha experiencia tienen un supervisor con el que hablan sobre sus sentimientos y sobre las situaciones conflictivas que plantea el paciente con el fin de conocer otras opiniones y de crecer como persona y como profesional.
- Busque siempre otros puntos de vista. Póngase en la situación del paciente y piense cómo actuaría y se sentiría usted.
- No sea demasiado crítico consigo mismo ni con los demás acerca de sus valores y creencias. Acéptelas como algo que forma parte de usted o haga todo lo que esté en su mano para modificar los valores y creencias que desee cambiar.

### ***P*reguntas de razonamiento crítico**

1. Explique con sus propias palabras en qué consiste la salud mental, así como las características, conductas y habilidades de las personas mentalmente sanas.
2. Cuando piensa en los trastornos mentales, ¿qué ideas o imágenes le vienen a la mente? ¿De dónde proceden? ¿De la televisión? ¿Del cine? ¿De su experiencia



personal?

3. ¿Qué características personales tiene usted para poder decir que goza de una buena salud mental?

## PUNTOS CLAVE



- La salud mental y los trastornos mentales son difíciles de definir y están muy influidos por la cultura y la sociedad a la que pertenecemos.
- La OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no meramente como la ausencia de enfermedad o de malestar.
- La salud mental depende de numerosos factores individuales, como la constitución biológica, la autonomía y la independencia personal, la autoestima, la capacidad para crecer como persona, la vitalidad, la capacidad de dar sentido a la vida, la resiliencia o resistencia frente a los problemas, el sentimiento de pertenencia a un grupo o colectividad, la orientación con respecto a la realidad, las estrategias y habilidades de afrontamiento y la capacidad de afrontar el estrés. Depende también de factores interpersonales, como la comunicación eficaz, y la capacidad de ayudar a los demás, de mantener relaciones íntimas y de mantener el equilibrio entre la necesidad de estar solo y el deseo de estar con los demás. Por último, depende de factores socioculturales relacionados con el entorno, como el sentimiento de pertenecer a una colectividad, el acceso a los recursos sociales, la intolerancia frente a la violencia, la defensa de la diversidad entre los seres humanos, la capacidad para funcionar en el entorno y un punto de vista sobre el mundo crítico pero realista.
- A lo largo de la historia se ha creído que los trastornos mentales se debían a la posesión demoníaca, al pecado o a la debilidad moral, y se castigaba a quienes los padecían.
- Hoy consideramos que los trastornos mentales son un problema médico, cuyos síntomas provocan insatisfacción con respecto a lo que uno es, así como con las habilidades y logros propios. Esto síntomas dan lugar también a unas relaciones interpersonales insatisfactorias y a la insatisfacción por el lugar que se ocupa en el mundo, así como a estrategias de afrontamiento ineficaces frente a los problemas de la vida y a la falta de crecimiento personal.
- Los factores que contribuyen a la aparición de un trastorno mental son biológicos, como la constitución innata, así como psicológicos, interpersonales y sociales, como la ansiedad, las preocupaciones, los miedos, la incomunicación, la dependencia excesiva de las relaciones con los demás, la retracción en las relaciones sociales, la pérdida del control de las emociones, la falta de recursos económicos, la pobreza, vivir en la calle, la violencia y la discriminación.
- El DSM-IV-TR es un sistema de clasificación de los trastornos mentales que se usa en psiquiatría con el fin de establecer una terminología estándar, definir las características

de cada uno de los trastornos mentales y ayudar a los psiquiatras a identificar las causas del trastorno.

- El desarrollo de la psicofarmacología se inició a principios de la década de 1950 y ha representado un gran avance en el tratamiento de las personas con un trastorno mental.



## RECURSOS DE INTERNET

### RECURSOS

- Center for the Study of the History of Nursing
- Department of Health and Human Services
- National Alliance for the Mentally Ill
- National Mental Health Association
- World Health Organization
- Treatment Advocacy Center

### DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.nursing.upenn.edu/history>

<http://www.dhhs.gov>

<http://www.nami.org>

<http://www.nmha.org>

<http://www.who.int>

<http://www.psychlaws.org>

- El cambio de una asistencia psiquiátrica institucionalizada a la atención extrahospitalaria se inició en la década de 1960. Este cambio se denomina desinstitucionalización y permitió que muchas personas que sufrían un trastorno mental saliesen del hospital por primera vez en su vida.
- Uno de los efectos negativos de la desinstitucionalización ha sido la constante entrada y salida de los pacientes de las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, sin que existan suficientes recursos de atención extrahospitalaria para poder hacer un seguimiento del paciente cuando se le da el alta en el hospital. Este fenómeno se denomina «efecto de la puerta giratoria».
- Se calcula que una tercera parte de las personas que viven en la calle padecen un trastorno mental, y la mitad tiene problemas con el alcohol u otras drogas.
- Según el National Institute of Mental Health de Estados Unidos, más del 26 % de la población de entre 15 y 44 años de edad padece un trastorno mental, pero sólo 1 de cada 4 adultos y 1 de cada 5 niños o adolescentes recibe tratamiento.
- La tendencia actual son los programas de atención comunitaria, pero existe falta de financiación y muy pocos de estos programas están en funcionamiento en la



actualidad.

- La gestión de la asistencia es una estrategia para contener el gasto sanitario y ha dado lugar a que los pacientes no puedan acceder a ciertos servicios y a la puesta en marcha de alternativas menos costosas en el ámbito de la atención a la salud mental.
- La población de Estados Unidos es cada vez más variada en términos de cultura, grupo étnico y estructura familiar.
- En Estados Unidos, la enfermería psiquiátrica se reconoció como especialidad a finales del siglo XIX, pero no se incorporó a los programas de estudios hasta 1950.
- En la práctica de la enfermería psiquiátrica han influido de forma muy significativa las ideas de Hildegard Peplau y June Mellow, que escribieron sobre la relación entre el personal de enfermería y el paciente, así como sobre la ansiedad, el tratamiento y la teoría interpersonal en enfermería.
- La American Nurses Association ha publicado una serie de directrices que sirven como normas en la práctica de la enfermería en psiquiatría y salud mental.
- Las preocupaciones más frecuentes de los estudiantes de enfermería que empiezan sus prácticas en los servicios de psiquiatría y salud mental son: miedo a decir algo equivocado, no saber qué hacer, ser rechazados por los pacientes, ser objeto de amenazas o violencia física, encontrarse con una persona conocida que está siendo tratada en el servicio y darse cuenta de que algunos problemas y experiencias vitales de los pacientes se parecen o coinciden con los suyos.
- La consciencia de los propios sentimientos, creencias, actitudes, valores y pensamientos se denomina autoconciencia y es esencial para la práctica de la enfermería psiquiátrica.
- El objetivo de la autoconciencia es conocerse a sí mismo, de tal forma que el personal de enfermería no proyecte sus propios valores y creencias en el paciente, ya que esto interferiría negativamente en la atención de enfermería. No obliga al personal a cambiar sus valores y creencias si no lo desea.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Nurses Association. (2007). *Psychiatric–mental health nursing: Scope and standards of practice*. Washington, DC: American Nurses Publishing, American Nurses Foundation/American Nurses Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baly, M. (1982). A leading light. *Nursing Mirror*, 155(19), 49–51.
- Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy people 2010*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.
- Department of Health and Human Services. (2008). *The Department of Health and Human Services on Mental Health Issues*. Available at: <http://www.dhhs.gov>.
- Doona, M. (1984). At least well cared for ... Linda Richards and the mentally ill. *Image*, 16(2), 51–56.
- Gollaher, D. (1995). *Voice for the mad: The life of Dorothea Dix*. New York: Free Press.
- McMillan, I. (1997). Insight into bedlam: One hospital's history. *Journal of Psychosocial Nursing*, 3(6), 28–34.
- Mellow, J. (1986). A personal perspective of nursing therapy. *Hospital and Community Psychiatry*, 37(2), 182–183.
- National Alliance for the Mentally Ill. (2007). *Mental health parity laws*. Retrieved November 15, 2008, from

<http://www.nami.org>.

National Institute of Mental Health. (2008). *Mental health statistics*. Available at: <http://www.nimh.nih.gov>.

Rosenblatt, A. (1984). Concepts of the asylum in the care of the mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 244–250.

Treatment Advocacy Center. (2008). *Fact sheet: Homelessness*. Retrieved November 15, 2008, from <http://www.pychlaws.org>.

U.S. Census Bureau. (2000). *2000 Census survey results*. Available at: <http://www.census.gov>.

## LECTURAS RECOMENDADAS

Forchuk, C., & Tweedell, D. (2001). Celebrating our past: The history of Hamilton Psychiatric Hospital. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39(10), 16–24.

Zahourek, R.P. (2008). Integrative holism in psychiatric–mental health nursing. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(10), 31–37.

## Autoevaluación

### PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. Aproximadamente, ¿cuántas personas sufren un trastorno mental en Estados Unidos?
  - a. 10 %.
  - b. 19 %.
  - c. 26 %.
  - d. 35 %.
2. El Department of Health and Human Services de Estados Unidos calcula que entre las 200 000 personas que sufren una situación crónica de falta de vivienda la prevalencia de los trastornos mentales y de los problemas con el alcohol y otras drogas es:
  - a. 25 %.
  - b. 40 %.
  - c. 70 %.
  - d. 85 %.
3. ¿Cuál era el objetivo de los hospitales en cuya fundación participó Dorothea Dix?
  - a. Asilo.
  - b. Confinamiento.
  - c. Entorno terapéutico.
  - d. Seguridad pública.

4. Hildegard Peplau es conocida fundamentalmente por haber escrito sobre uno de los siguientes temas:
  - a. Atención de enfermería extrahospitalaria.
  - b. Humanización del tratamiento que recibían los pacientes.
  - c. Psicofarmacología.
  - d. Relación terapéutica entre el personal de enfermería y el paciente.
  
5. ¿Cuántos adultos que necesitan los servicios de salud mental reciben tratamiento en Estados Unidos?
  - a. Uno de cada 2.
  - b. Uno de cada 3.
  - c. Uno de cada 4.
  - d. Uno de cada 5.

---

### RELLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO

*¿Qué tipo de información se registra en cada uno de los ejes del DSM-IV-TR?*

- \_\_\_\_\_ Eje I
- \_\_\_\_\_ Eje II
- \_\_\_\_\_ Eje III
- \_\_\_\_\_ Eje IV
- \_\_\_\_\_ Eje V

---

### PREGUNTAS DE RESPUESTA BREVE

1. ¿Qué medidas se podrían tomar para que aumente el número de personas que reciben tratamiento para los trastornos mentales?
  
2. Cite tres tendencias en salud mental actualmente existentes en Estados Unidos.
  
3. Cite tres preocupaciones frecuentes de los estudiantes de enfermería cuando empiezan sus prácticas en psiquiatría y salud mental.



# 2

## Teorías neurobiológicas y psicofarmacología

### Términos clave

- acatisia
- adrenalina
- ansiolíticos
- antidepresivos
- aviso de precaución en los prospectos de los medicamentos
- discinesia tardía (DT)
- distonía
- dopamina
- efecto de rebote
- efectos secundarios anticolinérgicos
- eficacia
- estabilizadores del estado de ánimo
- estimulantes del sistema nervioso central
- inyección de liberación prolongada
- neurolépticos
- neurotransmisor
- noradrenalina
- potencia
- proceso de facilitación
- psicofarmacología
- psicofármacos
- psicoimmunología
- resonancia magnética (RM)
- semivida
- serotonina
- seudoparkinsonismo
- síndrome de abstinencia

- síndrome neuroléptico maligno
- síndrome serotoninérgico
- síntomas extrapiramidales (SEP)

## Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Explicar la estructura, procesos y funciones del encéfalo.
2. Describir las teorías neurobiológicas y la investigación actual en este campo y su relación con el desarrollo de la psicofarmacología como forma de tratar los trastornos mentales.
3. Explicar el papel que desempeña el personal de enfermería en la información al paciente y a sus familiares sobre las teorías biológicas y la importancia de la medicación.
4. Identificar los aspectos más importantes acerca de la información al paciente y a sus familiares sobre las técnicas de imagen.
5. Explicar la clasificación de los fármacos que se utilizan en el tratamiento de los trastornos mentales, así como su mecanismo de acción, sus efectos secundarios y las cuestiones especiales que interesan al personal de enfermería.
6. Identificar las respuestas del paciente que indican que el tratamiento está siendo eficaz.
7. Explicar los problemas más importantes que impiden que se mantenga el tratamiento farmacológico.
8. Elaborar un plan de educación dirigido al paciente y a sus familiares para conseguir un cumplimiento del tratamiento adecuado.

**SI BIEN TODAVÍA HAY MUCHOS ASPECTOS QUE SE IGNORAN** sobre las causas de los trastornos mentales, en los últimos 20 años se han hecho grandes progresos que nos permiten conocer mejor cómo funciona el encéfalo y comprender de forma más precisa qué hace que el encéfalo de algunas personas funcione de manera diferente al de la mayoría de los seres humanos. Estos avances en la investigación neurobiológica están ampliando día tras día las bases teóricas de la psiquiatría, lo que, como es lógico, se traduce en una práctica clínica más eficaz. El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental debe tener un conocimiento básico de la estructura y funcionamiento del encéfalo y de las teorías neurobiológicas actuales en relación con los trastornos mentales. En este capítulo se presenta una visión de conjunto de las principales estructuras que componen el sistema nervioso central y de su funcionamiento, con especial hincapié en la función de los neurotransmisores. Se presentan asimismo las teorías neurobiológicas actuales más importantes sobre la causa de los trastornos mentales, como la teoría genética y de la herencia, la teoría del estrés y el sistema inmunitario y la teoría de los microorganismos infecciosos.

- 
- sistema límbico
  - tomografía computarizada (TC)
  - tomografía por emisión de fotón único (SPECT)

- tomografía por emisión de positrones (PET)
- uso para una indicación no autorizada

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.

El uso de medicamentos para tratar los trastornos mentales (**psicofarmacología**) está muy relacionado con estas teorías neurobiológicas. Los psicofármacos (que también se denominan psicótrópos) actúan directamente sobre el sistema nervioso central (SNC) y, como consecuencia, afectan al comportamiento, a la percepción, al pensamiento y a las emociones del paciente. En este capítulo se explica el mecanismo de acción y los efectos secundarios de cinco tipos o clases farmacológicas de psicofármacos. Asimismo, se explica cuál es la función del personal de enfermería en la administración de estos fármacos y en la explicación e información de sus propiedades y efectos al paciente y a sus familiares. Aunque en psiquiatría las intervenciones psicofarmacológicas (farmacoterapia) son las más eficaces para el tratamiento de numerosos trastornos mentales, existen otras opciones de tratamiento de carácter auxiliar, como la terapia conductista, la cognitiva, la terapia familiar y la psicoterapia dinámica, que contribuyen a mejorar los resultados que se obtienen con la farmacoterapia. Estos tratamientos auxiliares se conocen con el nombre genérico de modalidades terapéuticas psicosociales y se explican en el [capítulo 3](#).

## **ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

### **Sistema nervioso central**

El SNC está formado por el encéfalo, la médula espinal y los nervios asociados que controlan los actos voluntarios. Por su parte, el encéfalo se divide en cuatro estructuras: el cerebro, el cerebelo, el tronco encefálico y el sistema límbico ([figs. 2-1 y 2-2](#)).

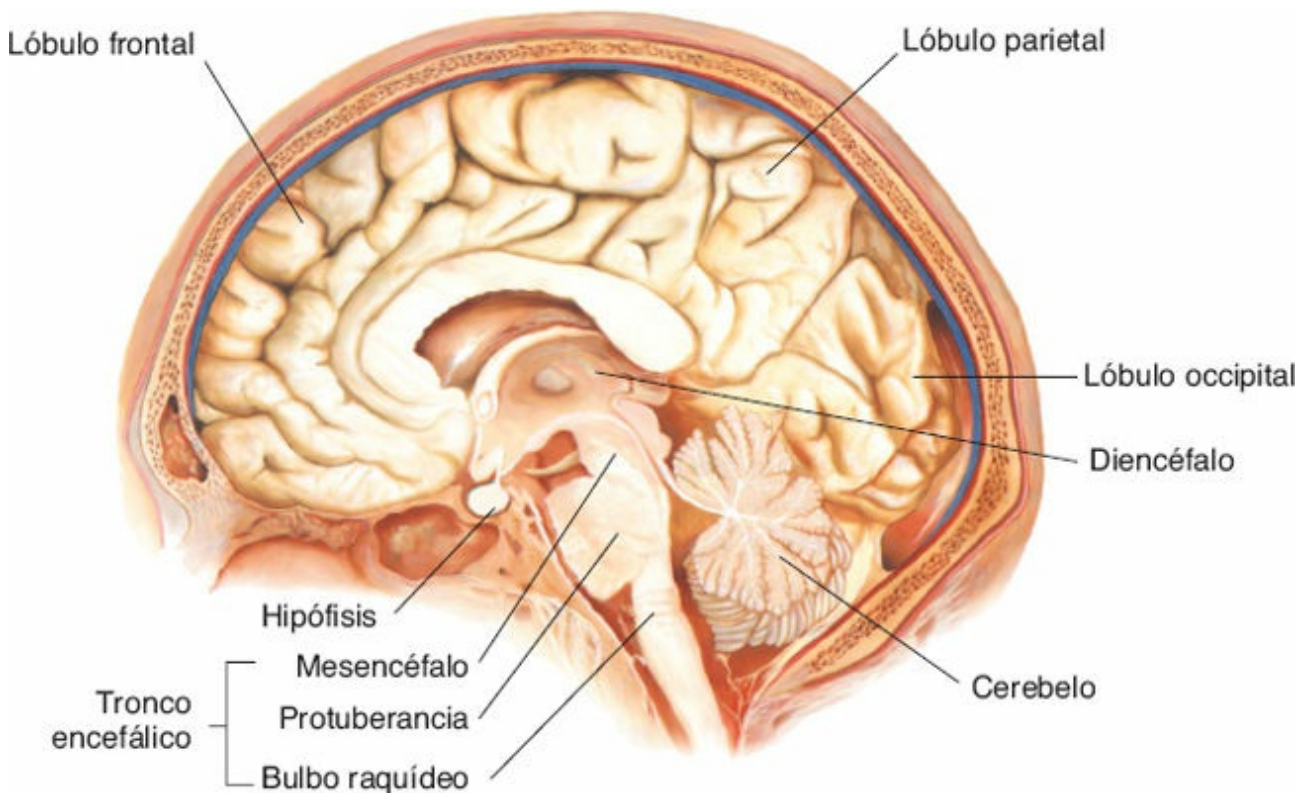
### **Cerebro**

El cerebro se divide en dos hemisferios o mitades. Todos los lóbulos y demás estructuras se encuentran en los dos hemisferios, el derecho y el izquierdo, excepto la glándula pineal, que está situada entre los dos hemisferios. Ésta es una glándula endocrina que actúa sobre la hipófisis, los islotes de Langerhans, la paratiroides, las glándulas suprarrenales y las gónadas. El cuerpo calloso está formado por un conjunto de vías nerviosas que sirven para que los dos hemisferios entren en conexión y coordinen sus funciones respectivas. El hemisferio izquierdo controla el lado derecho del cuerpo, y en él se encuentran los centros del razonamiento lógico y de las funciones analíticas, como la lectura, la escritura y todo lo relacionado con las matemáticas. El hemisferio derecho controla la parte izquierda del cuerpo, y en él se encuentran los centros del pensamiento creativo, la intuición y las habilidades artísticas.

Los hemisferios cerebrales se dividen en cuatro lóbulos: frontal, parietal, temporal y occipital. Algunas funciones son específicas de uno u otro lóbulo, pero otras dependen de la coordinación entre los distintos lóbulos. El lóbulo frontal es el responsable del control

del pensamiento, de los movimientos del cuerpo, de la memoria, de las emociones y del comportamiento moral. La coordinación de toda esta información sirve para regular la activación y la atención, y permite al individuo resolver problemas y tomar decisiones.

Las alteraciones de los lóbulos frontales están asociadas con la esquizofrenia, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y las demencias. Por su parte, los lóbulos parietales se encargan de procesar e interpretar los estímulos procedentes del sentido del gusto y del tacto y colaboran en todas las funciones relacionadas con la orientación espacial. Los lóbulos temporales procesan e interpretan los estímulos procedentes del sentido del olfato y del oído y participan en todas las funciones relacionadas con la memoria y la expresión de las emociones. Por último, los lóbulos occipitales participan en la producción del lenguaje y en el procesamiento e interpretación de los estímulos visuales (p. ej., la percepción visual de la profundidad).



**Figura 2-1.** Anatomía del encéfalo.



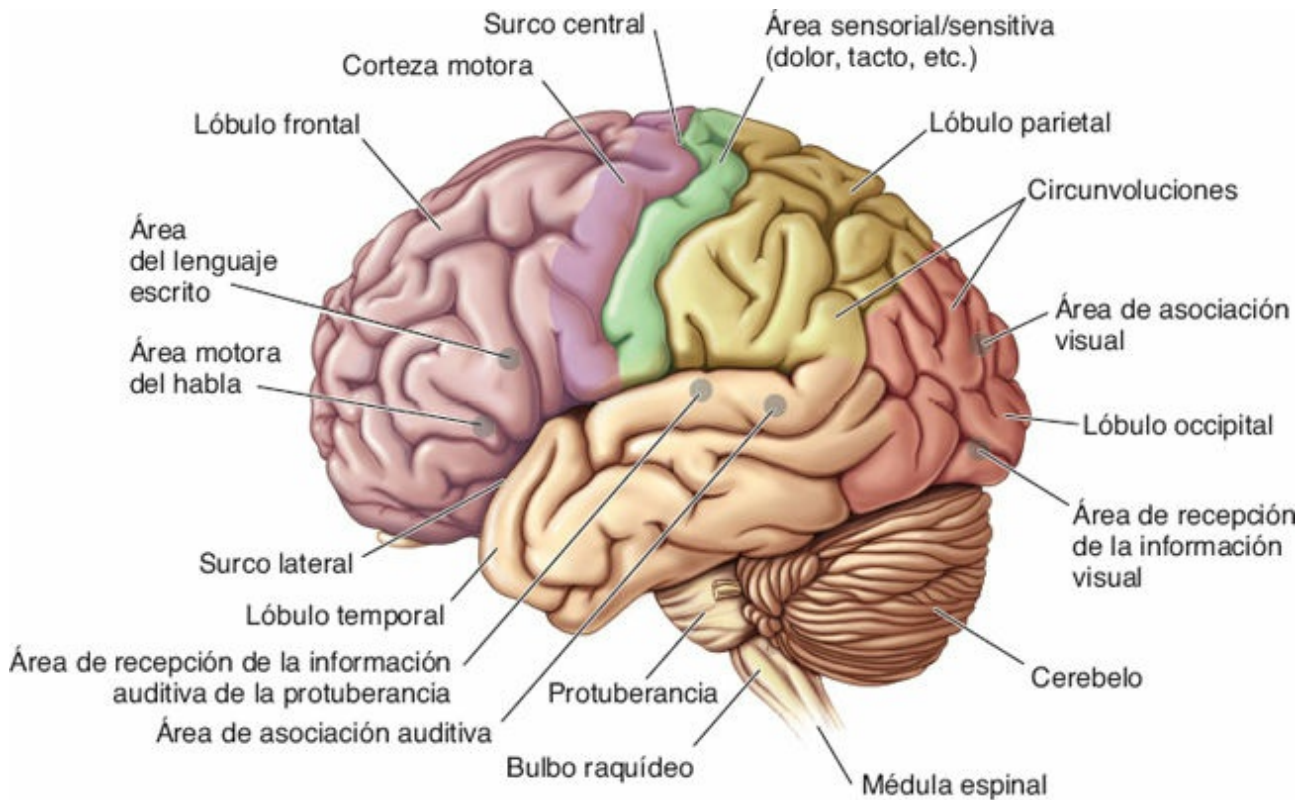


Figura 2-2. Anatomía del cerebro.

### Cerebelo

El cerebelo está situado debajo del cerebro, y es el centro encargado de la coordinación de los movimientos y de los ajustes posturales. Recibe e integra la información proveniente de todas las estructuras del cuerpo, como los músculos, las articulaciones y los órganos, que llega al SNC. La investigación ha demostrado que, si se inhibe la transmisión de dopamina (neurotransmisor) en el cerebelo, se pierde la coordinación de los movimientos finos, lo que contribuye a explicar la causa de la enfermedad de Parkinson y de otras demencias.

### Tronco encefálico

El tronco encefálico está formado por el mesencéfalo, la protuberancia, el bulbo raquídeo y el núcleo de los pares craneales III a XII. El bulbo raquídeo está situado en la parte superior de la médula espinal y contiene centros vitales que controlan y regulan la respiración y el funcionamiento del sistema cardiovascular. Por encima del bulbo raquídeo y delante del cerebro se encuentra la protuberancia, que sirve de puente tanto estructural como funcional entre la médula espinal y el cerebro. Además, por la protuberancia discurren las vías motoras. El mesencéfalo conecta la protuberancia y el cerebelo con el cerebro. Tiene una longitud de sólo 2 cm y en él se encuentra la mayor parte del sistema de activación reticular y del sistema extrapiramidal. El sistema de activación reticular actúa sobre la actividad motora, el sueño, la vigilia y la consciencia. Por su parte, el sistema extrapiramidal transmite información sobre el movimiento y la coordinación desde el cerebro a los nervios de la médula espinal. El *locus caeruleus* es

un pequeño grupo de neuronas que producen noradrenalina y que está situado en el tronco encefálico. Está asociado con el estrés, la ansiedad y las conductas impulsivas.

### ***Sistema límbico***

El **sistema límbico** es un conjunto de estructuras del encéfalo situado por encima del tronco encefálico. Está formado por el tálamo, el hipotálamo, el hipocampo y la amígdala, si bien los anatomistas no se ponen de acuerdo sobre qué estructuras integran el sistema límbico. El tálamo regula la actividad, las sensaciones y las emociones, mientras que el hipotálamo interviene en la temperatura corporal, el apetito, la función endocrina, el deseo sexual y las conductas impulsivas asociadas con sentimientos de ira, rabia y excitación. El hipocampo y la amígdala guardan relación con la memoria y con la activación emocional. Las alteraciones del sistema límbico se asocian con varios síntomas indicativos de un trastorno mental, como la pérdida de memoria que se observa en las demencias y el control deficiente de los impulsos y las emociones, que es una manifestación del comportamiento maniaco y de otras conductas psicóticas.

### **Neurotransmisores**

En el cerebro del ser humano hay miles de millones de células nerviosas denominadas neuronas, que se agrupan y forman una red. La información se transmite de una neurona a otra mediante mensajes electroquímicos, proceso que se denomina neurotransmisión. Estos mensajes pasan desde las dendritas (proyecciones cortas del soma o cuerpo celular de la neurona) al cuerpo celular de la neurona y, desde éste, al axón (proyección larga del soma) hasta llegar a la hendidura sináptica, que es el espacio que existe entre una neurona y otra. Desde la hendidura sináptica, el mensaje pasa a la dendritas de la neurona receptora. Los mensajes electroquímicos que circulan por el SNC atraviesan la hendidura sináptica situada entre las neuronas emisora y receptora gracias a la acción de unos mensajeros químicos especiales denominados neurotransmisores.

Los **neurotransmisores** son sustancias químicas producidas por las neuronas. Participan activamente en el proceso de transmisión de la información que circula por todo el SNC. Existen dos tipos de neurotransmisores: los que excitan la acción de las neuronas (neurotransmisores excitatorios) y los que inhiben la acción (neurotransmisores inhibitorios). Los neurotransmisores encajan en los receptores situados en las dendritas de la neurona receptora, de la misma forma que una llave entra en la cerradura de una puerta. Cuando los neurotransmisores son liberados en la hendidura sináptica desde la terminación del axón de la neurona emisora, el mensaje electroquímico pasa a la neurona receptora. A partir de ese momento, pueden ocurrir dos cosas: o bien el neurotransmisor es devuelto a la neurona emisora para su recuperación y uso posterior, proceso que se denomina recaptación, o bien es eliminado en la hendidura sináptica por unas sustancias químicas denominadas enzimas. La eliminación del neurotransmisor se lleva a cabo mediante metabolización e inactivación. La principal de estas enzimas es la monoaminoxidasa (MAO) (fig. 2-3).

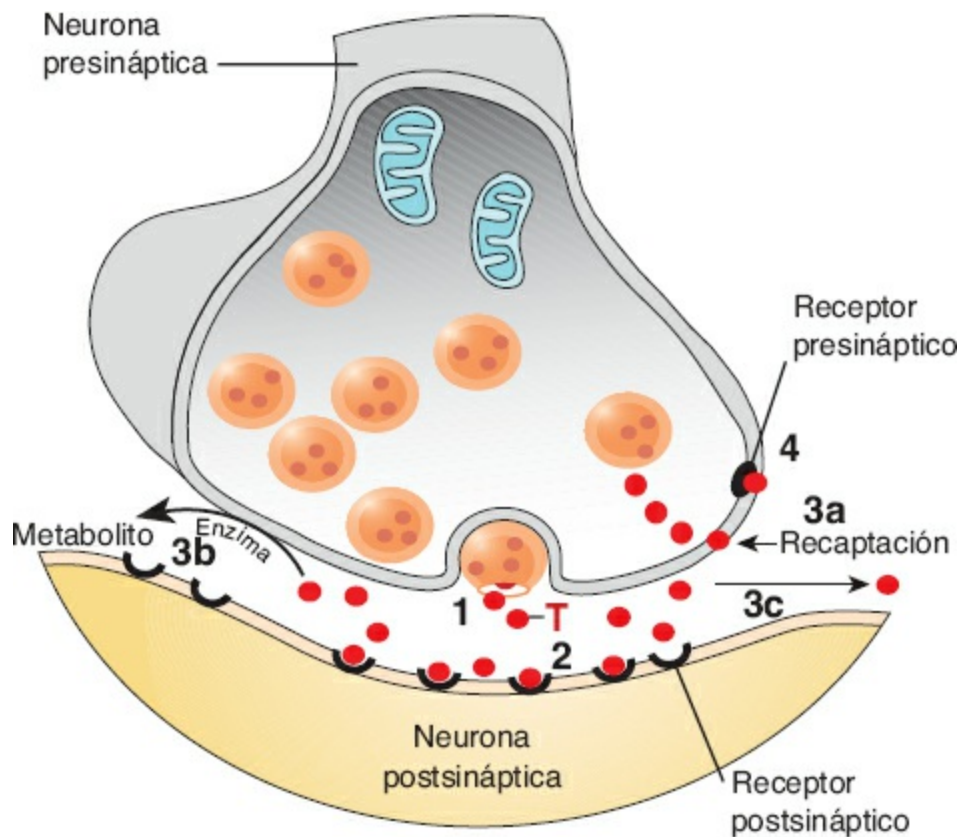


Figura 2-3. Ilustración esquemática de: (1) la liberación de un neurotransmisor (T); (2) la unión del transmisor al receptor postsináptico; terminación de la transmisión del mensaje electroquímico por recaptación del neurotransmisor por el botón terminal presináptico (3a), por degradación enzimática (3b) o por difusión en el exterior de la sinapsis (3c), y (4) unión del neurotransmisor a los receptores presinápticos para la regulación mediante retroalimentación de la liberación del neurotransmisor.

Los neurotransmisores son necesarios en su justa proporción para que el mensaje electroquímico se transmita a través de la hendidura sináptica y, por lo tanto, pueda pasar de una neurona a otra. Los investigadores están empezando a comprender que existen diferencias en la cantidad de ciertos neurotransmisores presentes en el encéfalo de las personas con un trastorno mental y las que no presentan síntomas ni signos indicativos de trastorno mental (fig. 2-4).

Se ha observado que los principales neurotransmisores intervienen en los trastornos mentales y en el mecanismo de acción y los efectos secundarios de los psicofármacos. En la tabla 2-1 se enumeran los principales neurotransmisores, su mecanismo de acción y sus efectos en el SNC. En la investigación de las causas y el tratamiento de los trastornos mentales, la dopamina y la serotonina son los dos neurotransmisores que más atención han recibido de los investigadores (Tecott y Smart, 2005). A continuación se explica con detalle la función de los principales neurotransmisores en la causa y tratamiento de los trastornos mentales.

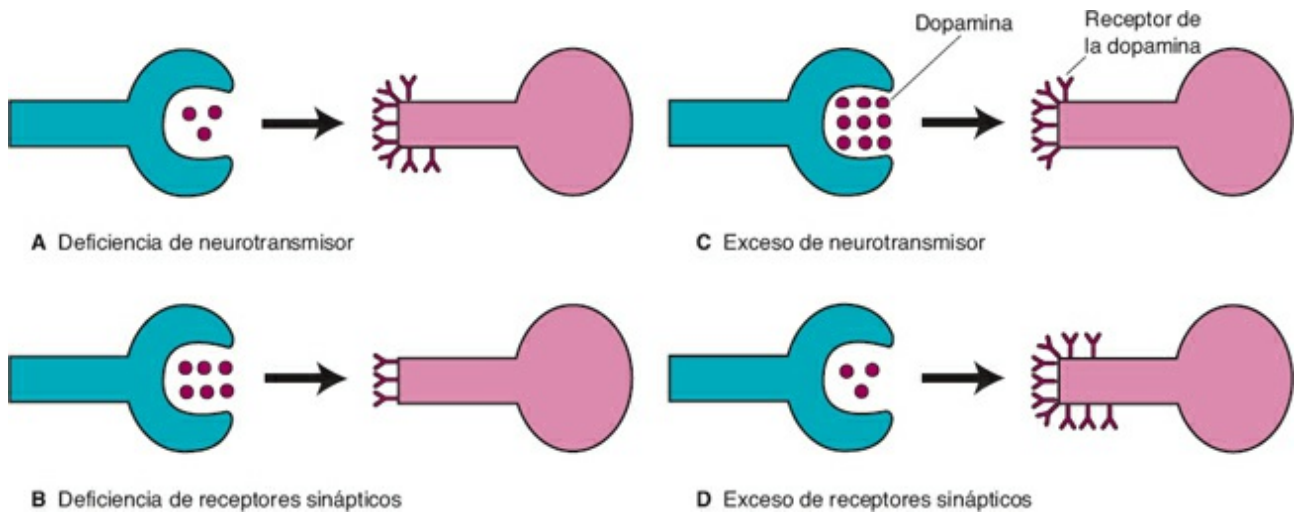
### Dopamina

La **dopamina** es un neurotransmisor que se encuentra fundamentalmente en el tronco cerebral. Se ha observado que interviene en el control de los movimientos complejos, la

motivación y las funciones cognitivas, así como en la regulación de la respuesta emocional. La mayor parte de las ocasiones actúa como un neurotransmisor y se sintetiza a partir de la tirosina, un aminoácido presente en los alimentos. La dopamina está implicada en la esquizofrenia y en otros trastornos psicóticos, así como en las alteraciones del movimiento que se observan en algunas enfermedades neurológicas, como la enfermedad de Parkinson. Los neurolépticos, también llamados antipsicóticos, bloquean los receptores de la dopamina y, por tanto, hacen que disminuya la actividad de este neurotransmisor.

**Noradrenalina y adrenalina**

La **noradrenalina** es el neurotransmisor más abundante en el SNC humano. Se encuentra principalmente en el tronco encefálico y está implicada en los cambios de atención, en el aprendizaje, en la memoria, en el sueño y la vigilia, y en la regulación del estado de ánimo. La noradrenalina y su derivado, la **adrenalina**, se conocen también con los nombres de norepinefrina y epinefrina, respectivamente. El exceso de noradrenalina se relaciona con varios trastornos de ansiedad, y la deficiencia de noradrenalina puede contribuir a la pérdida de memoria, a la retracción social y a la depresión. Algunos antidepressivos bloquean la recaptación de noradrenalina, mientras que otros inhiben la MAO para que no metabolice el neurotransmisor. La adrenalina tiene una distribución limitada en el encéfalo, pero desempeña una función muy importante, ya que regula las respuestas de tipo «lucha o huida» en el sistema nervioso periférico.



**Figura 2-4.** Neurotransmisión anómala implicada en la causa de algunos trastornos mentales debido al exceso de neurotransmisores o a receptividad excesiva de los receptores sinápticos.



Tabla 2-1. Principales neurotransmisores

Tipo	Mecanismo de acción	Efectos fisiológicos
Dopamina	Excitatorio	Controla los movimientos complejos, la motivación y las funciones cognitivas, y regula las respuestas emocionales
Noradrenalina (también denominada norepinefrina)	Excitatorio	Provoca cambios en la atención y regula la memoria, el aprendizaje, el sueño, la vigilia y el estado de ánimo
Adrenalina (también denominada epinefrina)	Excitatorio	Controla las respuestas de tipo «lucha o huida»
Serotonina	Inhibitorio	Controla la ingesta de alimentos, el sueño y la vigilia, y regula la temperatura corporal, el dolor, la conducta sexual y las emociones
Histamina	Neuromodulador	Controla el mantenimiento de la atención, las secreciones gástricas, la estimulación cardíaca y las respuestas de hipersensibilidad (alergias)
Acetilcolina	Excitatorio o inhibitorio	Controla el ciclo sueño-vigilia y prepara los músculos para que estén alerta
Neuropéptidos	Neuromoduladores	Refuerzan, prolongan o inhiben o reducen los efectos de los principales neurotransmisores
Glutamato	Excitatorio	Si las concentraciones son demasiado elevadas, produce neurotoxicidad
Ácido $\gamma$ -aminobutírico	Inhibitorio	Modula la acción de otros neurotransmisores

### *Serotonina*

La **serotonina** es un neurotransmisor que se encuentra únicamente en el encéfalo. Deriva del triptófano, un aminoácido que se encuentra en los alimentos. Su mecanismo de acción es fundamentalmente inhibitorio. Interviene en el control de la ingesta de alimentos, del sueño y la vigilia, de la temperatura corporal, del dolor y de la conducta sexual. También participa en la regulación de las emociones. La serotonina desempeña un papel importante en los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, así como en la esquizofrenia. Se ha observado que participa en las alucinaciones, en los delirios y en la retracción social característicos de la esquizofrenia. Algunos antidepresivos bloquean la recaptación de serotonina, lo que hace que el neurotransmisor permanezca más tiempo en la hendidura sináptica, lo que a su vez produce una mejoría del estado de ánimo.

### *Histamina*

Actualmente se investiga el papel que desempeña la histamina en los trastornos mentales. Se sabe que este neurotransmisor participa en las reacciones alérgicas y en el control de las secreciones gástricas y de la estimulación cardíaca, así como en el mantenimiento de la atención. Algunos psicofármacos bloquean la histamina y, como resultado, se produce ganancia de peso, sedación e hipotensión arterial.

### *Acetilcolina*

La acetilcolina es un neurotransmisor que se encuentra en el encéfalo, en la médula espinal y en el sistema nervioso periférico, especialmente en las uniones neuromusculares de la musculatura esquelética. Su mecanismo de acción puede ser tanto excitatorio como inhibitorio. Procede de la síntesis de la colina, una sustancia que se encuentra en las carnes rojas y las verduras. Se ha observado que está implicada en el ciclo sueño-vigilia y en la transmisión de la señal nerviosa a los músculos. Los estudios han demostrado que los pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer tienen un número menor de neuronas secretoras de acetilcolina, y que en los pacientes que sufren miastenia grave (enfermedad que afecta a los músculos en la cual los impulsos nerviosos no llegan a la unión neuromuscular y se produce debilidad muscular) tienen menos receptores de la

acetilcolina.

### **Glutamato**

El glutamato es un aminoácido excitatorio que, en concentraciones elevadas, puede producir neurotoxicidad importante. Se ha relacionado con la lesión cerebral provocada por accidentes cerebrovasculares, hipoglucemia, hipoxia prolongada o por isquemia, así como con algunas enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Huntington y la de Alzheimer.

### **Ácido $\gamma$ -aminobutírico**

El ácido  $\gamma$ -aminobutírico (denominado también GABA) es un aminoácido. Es el principal neurotransmisor inhibitorio del encéfalo, y se ha observado que modula los sistemas de otros neurotransmisores en vez de ejercer una acción fisiológica específica (Plata-Salaman, Shank y Smith-Swintosky, 2005). Los psicofármacos que producen un aumento de las funciones del GABA, como las benzodiazepinas, se utilizan para tratar la ansiedad y provocar el sueño.

## **TÉCNICAS DE IMAGEN CEREBRAL**

En el pasado, el encéfalo sólo podía estudiarse mediante observación directa; es decir, mediante cirugía o autopsia. Sin embargo, en los últimos 25 años han ido apareciendo diferentes técnicas de imagen cerebral que permiten visualizar tanto la estructura como las funciones del encéfalo. Estas técnicas son útiles para diagnosticar algunos trastornos mentales y para establecer correlaciones entre ciertas áreas del encéfalo y una serie de funciones específicas. Asimismo, son útiles en la investigación sobre la causa de los trastornos mentales. En la [tabla 2-2](#) se describen y se comparan algunas de estas técnicas diagnósticas.

### **Tipos de técnicas de imagen cerebral**

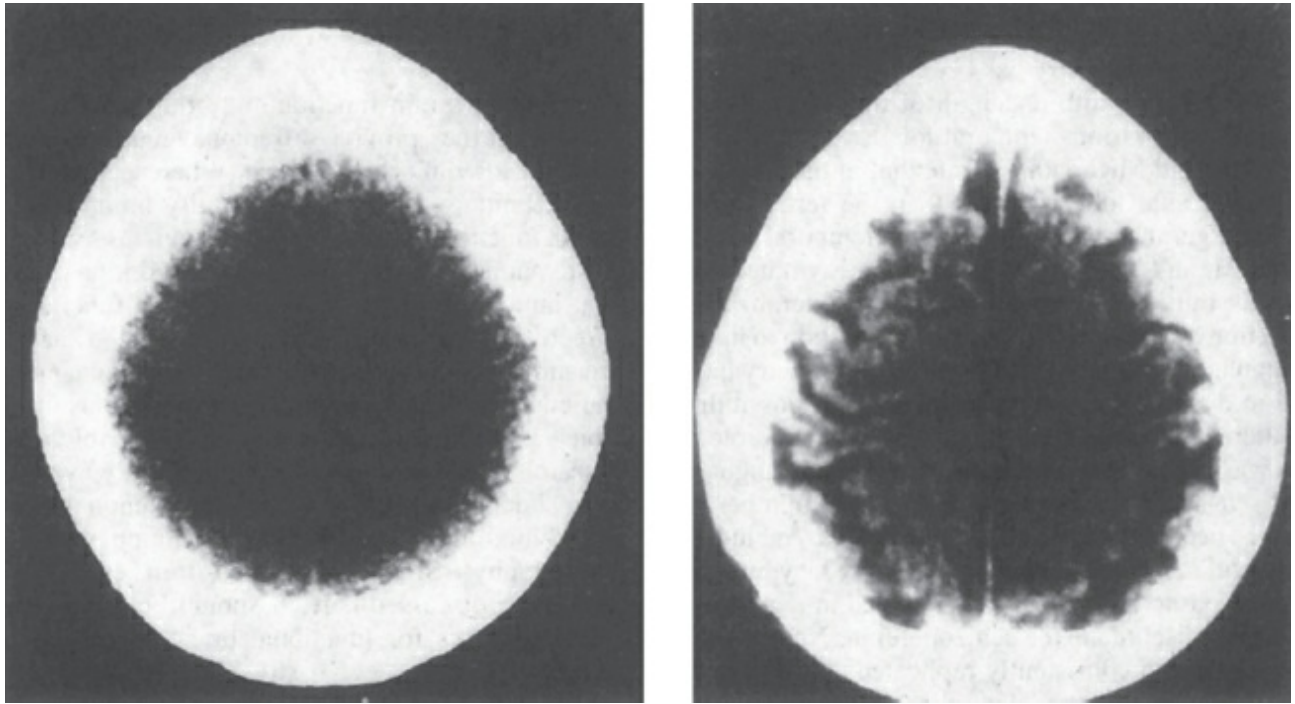
La **tomografía computarizada** (TC) es un procedimiento en el que un haz muy preciso de rayos X toma imágenes transversales (cortes) capa a capa. A continuación, las imágenes se reconstruyen con un ordenador, lo que permite su visualización en un monitor. Luego, las imágenes se guardan en una película o cinta magnética. Con la TC pueden visualizarse las partes blandas del encéfalo, por lo que esta técnica se utiliza para el diagnóstico de los tumores primarios, las metástasis y los derrames cerebrales. Se usa también para determinar el tamaño de los ventrículos cerebrales. Algunos pacientes con esquizofrenia presentan un agrandamiento de los ventrículos cerebrales; esto es un hallazgo que se asocia con peor pronóstico y síntomas negativos más graves ([fig. 2-5](#); v. [cap. 14](#)). Cuando se lleva a cabo una TC, el paciente debe permanecer inmóvil y tumbado en una tabla estrecha parecida a una camilla durante unos 20 min a 40 min. La camilla se introduce a través de un «anillo» parecido a un túnel y el aparato empieza a tomar imágenes de rayos X en serie.

**Tabla 2-2. Técnicas de imagen cerebral**

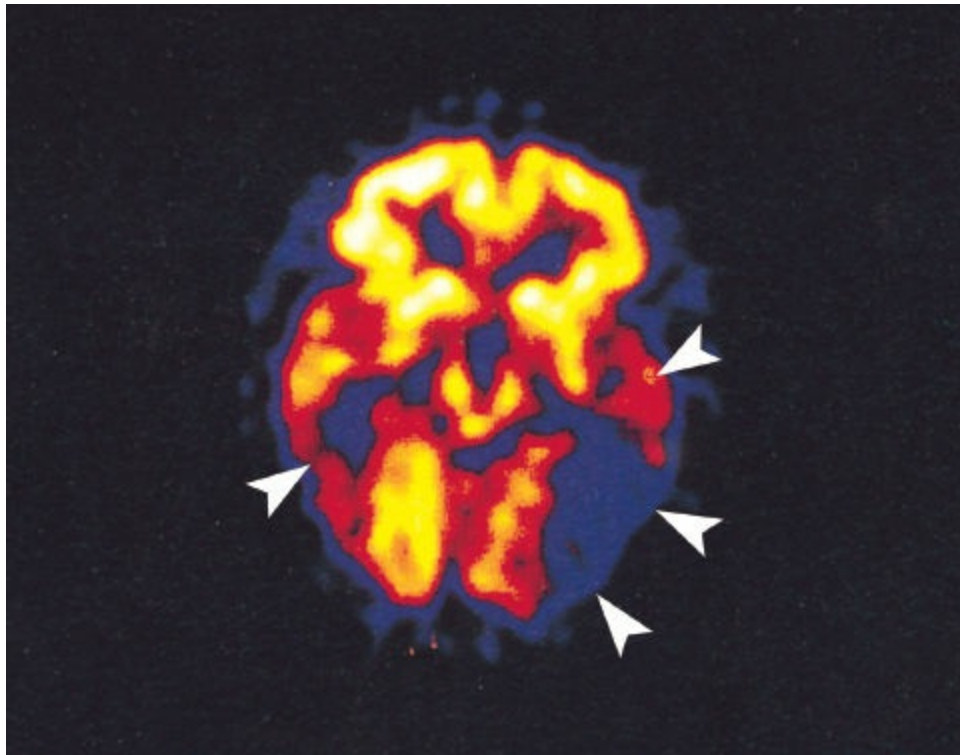
Procedimiento	Método para la obtención de las imágenes	Resultados	Duración de la prueba
Tomografía computarizada	Imágenes de rayos X en serie del encéfalo	Imágenes estructurales	20-40 min
Resonancia magnética	Ondas de radio procedentes del encéfalo que son detectadas por un imán	Imágenes estructurales	45 min o más
Tomografía por emisión de positrones (PET)	Marcador radiactivo que se inyecta en el torrente sanguíneo del paciente, del que se hace un seguimiento mientras el paciente realiza alguna tarea	Imágenes funcionales	2-3 h
Tomografía por emisión de fotón único (SPECT)	Igual que en la PET	Imágenes funcionales	1-2 h

En la **resonancia magnética** (RM) se genera un campo de energía magnética y una serie de ondas de radio. El campo de energía se transforma en imágenes visuales. Con la RM se obtiene más detalle de los tejidos y mejor contraste que con la TC. Además, puede visualizarse el patrón que siguen el flujo sanguíneo y las alteraciones de los tejidos, como el edema. También puede utilizarse para determinar el tamaño y el grosor de las estructuras encefálicas. Los pacientes que padecen esquizofrenia presentan una reducción del grosor de la corteza cerebral de hasta el 7%. Cuando se realiza un RM, el paciente debe permanecer tumbado en un habitáculo cerrado muy estrecho. El procedimiento dura unos 45 min, y el paciente debe permanecer inmóvil durante ese período. A veces se recurre a la sedación si el paciente sufre claustrofobia o algún problema de ansiedad. La RM no puede utilizarse si el paciente tiene un marcapasos o algún tipo de implante metálico, como válvulas cardíacas y dispositivos ortopédicos.

Existen además técnicas de imagen más avanzadas, como la **tomografía por emisión de positrones** (PET) y la **tomografía por emisión de fotón único** (SPECT), que se utilizan para estudiar las funciones del encéfalo. Se inyectan sustancias radiactivas (denominadas marcadores o radiomarcadores) en el torrente sanguíneo del paciente y, a continuación, se visualiza la distribución de estas sustancias en el encéfalo mientras el paciente realiza una tarea de tipo cognitivo siguiendo las instrucciones del médico. Mientras que en la PET se utilizan dos fotones al mismo tiempo, en la SPECT se utiliza un único fotón. Con la PET se obtiene una mejor resolución e imágenes más nítidas y mejor definidas. La PET requiere entre 2 h y 3 h, y la SPECT, entre 1 h y 2 h. Ambas técnicas se utilizan sobre todo con fines de investigación, no para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con un trastorno mental (Fujita, Kugaya e Innis, 2005; Vythilingam et al., 2005) (fig. 2-6). Un avance muy reciente es el uso del marcador FDDNP en la PET para identificar las placas y ovillos de amiloide que se observan en el encéfalo de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Antes, estas alteraciones sólo podían identificarse en las muestras de autopsia. Las imágenes obtenidas con este marcador muestran que en los pacientes con enfermedad de Alzheimer se produce una disminución del metabolismo cerebral de la glucosa y del flujo sanguíneo cerebral. Algunos pacientes esquizofrénicos también presentan una disminución del flujo sanguíneo cerebral.



**Figura 2-5.** Ejemplo de imagen de tomografía computarizada del encéfalo de un paciente con esquizofrenia (*derecha*) y de un paciente control sano (*izquierda*).



**Figura 2-6.** Ejemplo de una imagen axial (horizontal) de tomografía por emisión de positrones en un paciente de sexo masculino con enfermedad de Alzheimer. Se observan alteraciones del metabolismo en algunas regiones de la corteza cerebral (*puntas de flecha*).



## Limitaciones de las técnicas de imagen cerebral

Si bien técnicas de imagen como la PET y la SPECT han contribuido a que se produzcan avances importantísimos en el estudio de las enfermedades del encéfalo, tienen algunas limitaciones que se enumeran a continuación:

- En la PET y en la SPECT se utilizan sustancias radiactivas, lo que limita el número de veces que una misma persona puede someterse a estos procedimientos. Además, existe el riesgo de que el paciente sufra una alergia no conocida a alguna de estas sustancias. Algunos pacientes tienen miedo de estas sustancias radiactivas o no permiten que se las administren.
- El equipo de las técnicas de imagen cerebral es caro, y también lo es su mantenimiento. Una cámara de PET cuesta alrededor de 2,5 millones y una de SPECT, unos 500 000 dólares.
- Estos procedimientos no pueden llevarse a cabo en algunas personas debido al miedo o a la claustrofobia.
- Las investigaciones recientes indican que las alteraciones asociadas a algunos trastornos mentales (p. ej., la esquizofrenia) son de naturaleza química y molecular, por lo que no es posible visualizarlas mediante las técnicas de imagen cerebral actuales (Fujita et al., 2005; Vythilingam et al., 2005).

## CAUSAS NEUROBIOLÓGICAS DE LOS TRASTORNOS MENTALES

### Genética y herencia

A diferencia de lo que sucede en muchas enfermedades físicas de las que se sabe a ciencia cierta que son hereditarias (como el caso de la fibrosis quística, la enfermedad de Huntington y la distrofia muscular de Duchenne), todo parece indicar que la explicación de la causa de los trastornos mentales no es tan sencilla. Las teorías y los estudios actuales indican que algunos trastornos mentales podrían estar asociados con un gen específico o con una combinación de genes, pero se sabe que éstos no son el único factor que interviene en la etiología de estos trastornos, ya que factores como los ambientales también pueden tener una influencia importante.

Hasta la fecha, uno de los descubrimientos más prometedores ha sido la identificación en 2007 de variantes del gen *SORL1* que podrían tener relación con la etiología de la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío. Actualmente los investigadores continúan trabajando para encontrar un nexo genético para otros trastornos mentales, como la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo. Éste es precisamente el objetivo de un estudio que está realizándose en el marco del Proyecto Genoma Humano financiado por los National Institutes of Health (NIH) y el U.S. Department of Energy. Se trata de un estudio internacional que se inició en 1988 y es el más amplio de todos los que se han realizado hasta ahora en esta área. Hasta ahora se ha conseguido identificar todo el genoma humano, y actualmente se intenta averiguar cuáles son las características humanas y las enfermedades asociadas con cada gen (las características y enfermedades que codifica cada gen). Además, este proyecto también estudia las implicaciones éticas, legales y sociales de la investigación en el campo de la genética humana. Este programa

de investigación se conoce con las siglas ELSI y se centra en todo lo relacionado con la confidencialidad, la privacidad y la justicia en el uso e interpretación de la información genética, en la integración clínica de las tecnologías genéticas, en la investigación en el campo de la genética y en la información y educación sobre estos temas tanto de los ciudadanos como de los profesionales (NIH, 2007). Los investigadores publican los resultados de este proyecto de investigación en la revista *Science*. Para más información, véase [www.genome.gov](http://www.genome.gov).

Para investigar las bases genéticas de los trastornos mentales generalmente se llevan a cabo tres tipos de estudios:

1. Los *estudios en gemelos* se realizan para comparar las tasas de ciertos trastornos mentales o rasgos de personalidad entre gemelos monocigóticos (idénticos); es decir, personas con una constitución genética idéntica, así como entre gemelos dicigóticos (gemelos bivitelinos, no idénticos), cuya constitución genética es diferente. Los gemelos dicigóticos tienen las mismas similitudes y diferencias genéticas que los hermanos que han nacido en partos diferentes.
2. Los *estudios de adopción* se realizan para ver las diferencias y semejanzas en los rasgos de personalidad y en las enfermedades entre los miembros biológicos y adoptados de una familia.
3. Los *estudios de familias* se utilizan para comparar los rasgos de personalidad y las enfermedades entre los familiares de primer grado (padres, hermanos e hijos). Se trata de ver si estos rasgos y enfermedades son más frecuentes entre los familiares de primer grado que entre los familiares genéticamente más distantes (familiares de segundo o tercer grado) o en la población general.

Si bien se han encontrado algunos nexos genéticos en ciertos trastornos mentales, hasta ahora no se ha conseguido demostrar que la etiología de estos trastornos sea exclusivamente genética. Se sigue investigando el papel que desempeñan en la génesis de los trastornos mentales la herencia y el entorno (el antiguo debate entre lo innato y lo adquirido). La influencia de los factores psicosociales y del entorno se expone con detalle en el [capítulo 3](#).

### **Estrés y sistema inmunitario (psicoimmunología)**

Actualmente los investigadores siguen varias vías de investigación para intentar descubrir la causa de los trastornos mentales. Una de ellas es la **psicoimmunología**, un campo de investigación relativamente nuevo en el que se examina el posible papel que desempeñan los estresores psicosociales sobre el sistema inmunitario. La afección inmunitaria podría contribuir a la aparición de toda una serie de trastornos mentales, especialmente en personas predispuestas genéticamente. Sin embargo, hasta la fecha todos los intentos que se han realizado para establecer una relación entre un estresor específico y un trastorno mental concreto han sido infructuosos.

## **Las infecciones como posible causa de los trastornos mentales**

Otra línea de investigación se centra en el estudio de las infecciones como posible causa de los trastornos mentales. La mayoría de las investigaciones se centran en la esquizofrenia y parten de la hipótesis de la existencia de una infección vírica. Sin embargo, hasta la fecha ningún investigador ha aportado datos concluyentes. Actualmente se proponen una serie de hipótesis, como la que sostiene que existe un virus que tiene afinidad por el SNC, la que dice que puede haber un virus que provoca una alteración en los genes humanos o la que indica que la exposición materna a un virus durante el período crítico del desarrollo fetal puede dañar el SNC del feto.

Swedo y Grant (2005) estudiaron la posible relación entre las bacterias estreptocócicas y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y los tics. Estos investigadores observaron en estos pacientes un agrandamiento de los núcleos de la base (ganglios basales), que es un signo indicativo de una posible respuesta inmunitaria a una infección estreptocócica. Cuando se sustituyó el plasma sanguíneo, rico en anticuerpos para las bacterias estreptocócicas, por plasma de un donante sano mediante transfusión, la incidencia de los tics disminuyó en un 50 % y los síntomas del TOC se redujeron en un 60 %. Estos resultados son prometedores y abren una vía de investigación muy interesante que puede llevar a descubrir una relación entre las infecciones y los trastornos mentales.

## **PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA INVESTIGACIÓN Y LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y A SUS FAMILIARES**

En medio de todos estos estudios de investigación en el campo de la neurobiología, las implicaciones para el paciente y sus familiares no están todavía claras. A menudo los resultados de las investigaciones neurobiológicas y las noticias que sobre los mismos aparecen en los medios de comunicación son confusos, contradictorios o difíciles de entender para el paciente y su familia. El personal de enfermería debe asegurarse de que el paciente y los familiares estén bien informados sobre los avances y progresos que van produciéndose en la investigación neurobiológica sobre los trastornos mentales, y debe ayudarles a distinguir entre los hechos demostrados y las meras hipótesis. También tiene que explicarse de forma clara y precisa la forma en la que los nuevos descubrimientos pueden afectar al tratamiento y al pronóstico del paciente. Los profesionales de la enfermería son un buen medio para transmitir información y responder a las preguntas del paciente y sus familiares, que tienen que estar bien informados en todo momento.



**El paciente debe estar siempre bien informado.**

## **PSICOFARMACOLOGÍA**

El cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico es un aspecto de enorme importancia que va a influir de forma muy significativa en el desenlace clínico de muchos pacientes con trastorno mental. En este apartado se presentan los diferentes tipos de fármacos que se utilizan para el tratamiento de los trastornos mentales (**psicofármacos**): neurolepticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y estimulantes del SNC. El personal de enfermería tiene que saber cómo funcionan estos fármacos (mecanismos de acción), sus efectos secundarios, sus contraindicaciones y sus interacciones, así como las intervenciones de enfermería necesarias para administrarlos y para ayudar al paciente a cumplir el régimen de tratamiento farmacológico prescrito por el psiquiatra.

Hay varios términos farmacológicos que el personal de enfermería tiene que conocer.

La **eficacia** se refiere al máximo efecto terapéutico que puede conseguirse con un fármaco. La **potencia** es la cantidad de fármaco necesaria para obtener el máximo efecto. Cuando la potencia del fármaco es pequeña, se necesita una dosis elevada, mientras que con los medicamentos de potencia elevada pueden conseguirse resultados terapéuticos con una dosis más baja. La **semivida** es el tiempo que tarda el organismo en eliminar la mitad del medicamento presente en la sangre. Cuando el fármaco tiene una semivida corta, generalmente es necesario administrarlo tres o cuatro veces al día para conseguir el efecto terapéutico deseado; por el contrario, los fármacos cuya semivida es larga, pueden administrarse sólo una vez al día. El tiempo que el organismo tarda en eliminar todo el fármaco cuando se ha dejado de administrar suele ser aproximadamente el quintuple de su semivida.

La Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos es el organismo encargado de supervisar los estudios y la comercialización de los medicamentos. El objetivo fundamental de la FDA es que los medicamentos que se ponen a la venta no presenten riesgos para la salud de los pacientes. Entre sus funciones se encuentra la de supervisar los estudios que se llevan a cabo para probar la eficacia y seguridad de los nuevos fármacos. La FDA autoriza la comercialización y uso de los medicamentos en una población específica de pacientes y para una o varias enfermedades concretas. A veces la práctica clínica demuestra que un medicamento es eficaz para el tratamiento de una enfermedad distinta a aquella en la que se había probado y para la cual la FDA había concedido su autorización. Esto se denomina **uso para una indicación no autorizada**. Un ejemplo son algunos anticonvulsivos, que están autorizados sólo para el tratamiento de las crisis convulsivas que se observan, por ejemplo en la epilepsia, pero se prescriben también como estabilizadores del estado de ánimo a algunos pacientes con trastorno bipolar (uso para una indicación no autorizada). La FDA hace un seguimiento de los efectos secundarios graves de los medicamentos. Cuando se observa que un fármaco tiene uno o varios efectos secundarios graves o que pueden poner en peligro la vida del paciente, incluso en el caso de que estos efectos secundarios sean muy poco frecuentes, la FDA puede obligar a la empresa farmacéutica que lo comercializa a incluir en el prospecto un **aviso de precaución** enmarcado en un recuadro de bordes negros. Esto significa que el fabricante del medicamento está obligado a insertar un recuadro que destaque mucho para que sea bien visible para las personas que leen el prospecto. Este recuadro debe estar claramente separado del resto del texto y contener una advertencia explícita del efecto secundario peligroso para el paciente. En el prospecto de algunos de los psicofármacos que figuran en este capítulo puede leerse una advertencia de este tipo.

### **Principios básicos del tratamiento farmacológico**

Los siguientes principios sirven como directrices básicas para el uso de los psicofármacos en el tratamiento de los trastornos mentales:

- El fármaco se elige según el efecto que produce en los síntomas que se quieren tratar, como alucinaciones, crisis de angustia o delirios. La eficacia del fármaco elegido se



valora fundamentalmente según su capacidad para hacer desaparecer o mejorar los síntomas que se quieren tratar.

- Muchos psicofármacos sólo hacen efecto después de una administración prolongada de la dosis recomendada por el fabricante. Por ejemplo, los antidepresivos tricíclicos pueden necesitar entre 4 y 6 semanas para obtener un efecto terapéutico óptimo.
- Es necesario ajustar la dosis del psicofármaco a la dosis eficaz más baja en cada paciente. A veces un paciente puede necesitar una dosis más elevada para conseguir estabilizar los síntomas, mientras que en otros casos puede utilizarse una dosis baja para mantener los efectos que se han conseguido con la más alta.
- Como regla general, las personas mayores necesitan dosis más bajas que los jóvenes para conseguir el mismo efecto terapéutico. Además, generalmente se tarda más en conseguir el efecto terapéutico en las personas mayores que en las personas más jóvenes.
- Es habitual ir reduciendo progresivamente la dosis de psicofármaco (ajuste de la dosis) antes de suspender su administración. Esto se hace para evitar el denominado **efecto rebote** (reaparición de los síntomas cuando se interrumpe bruscamente la administración del psicofármaco), la recaída y el **síndrome de abstinencia** (aparición de nuevos síntomas como consecuencia de la interrupción de la administración del psicofármaco).
- El seguimiento del paciente y el control del tratamiento son esenciales para asegurar el cumplimiento del tratamiento, para hacer los ajustes necesarios en la dosis y tratar los efectos secundarios que pudieran aparecer.
- El cumplimiento del tratamiento mejora en muchos casos cuando el régimen de tratamiento es lo más sencillo posible, tanto en términos del número de medicamentos prescritos como en el número de veces que el paciente tiene que tomar el medicamento cada día.

## Neurolépticos

Los **neurolépticos** se denominan también antipsicóticos. Se utilizan para tratar los síntomas de la psicosis, como las alucinaciones y los delirios, que se observan en trastornos mentales como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y la fase maníaca del trastorno bipolar. Además de las indicaciones autorizadas, los neurolépticos se utilizan también en el tratamiento de la ansiedad, del insomnio, así como del comportamiento agresivo y de otras conductas perturbadoras que suelen observarse en la enfermedad de Alzheimer. El mecanismo de acción de estos psicofármacos consiste en el bloqueo de los receptores de la dopamina. Llevan utilizándose en la clínica psiquiátrica desde la década de 1950. Constituyen el principal tratamiento farmacológico de la esquizofrenia y se utilizan también en los episodios psicóticos de la manía, la depresión psicótica y la psicosis provocada por una droga o un medicamento. Los pacientes con demencia que presentan síntomas psicóticos pueden responder a dosis bajas de los neurolépticos clásicos. No obstante, hay que tener en cuenta que los neurolépticos atípicos pueden provocar el aumento de las tasas de mortalidad en los pacientes mayores con síntomas

psicóticos relacionados con la demencia. El tratamiento de corta duración con neurolépticos también puede ser útil en el caso de los síntomas psicóticos transitorios que se observan en algunos pacientes con trastorno límite de la personalidad.

En la [tabla 2-3](#) figura el nombre genérico de los principales neurolépticos clásicos y atípicos, junto con la forma de presentación y el intervalo de dosis recomendado. El límite inferior del intervalo de la dosis suele utilizarse en los pacientes mayores con psicosis y en los niños con síntomas psicóticos, agresividad o conductas perturbadoras muy graves que no pueden tratarse de otra forma.

### *Mecanismo de acción de los neurolépticos*

La principal acción que ejercen los neurolépticos en el SNC consiste en el bloqueo de los receptores de la dopamina; sin embargo, aún no se conoce a ciencia cierta el mecanismo de acción terapéutico. Los receptores de la dopamina se clasifican en cinco categorías (D1, D2, D3, D4 y D5) y los receptores D2, D3 y D4 se han asociado con los trastornos mentales. Los neurolépticos clásicos, también denominados neurolépticos de primera generación, son antagonistas potentes (bloqueantes) de D2, D3 y D4. Esto hace que sean eficaces en el tratamiento de los síntomas diana, pero también provocan efectos secundarios extrapiramidales (v. más adelante) debido al bloqueo de los receptores D2. Los neurolépticos atípicos, denominados también neurolépticos de segunda generación, como la clozapina, son bloqueantes relativamente poco potentes de D2, lo que puede explicar por qué la incidencia de efectos secundarios extrapiramidales es más baja cuando se utilizan estos neurolépticos. Además, los neurolépticos atípicos, al igual que algunos antidepresivos, inhiben la recaptación de serotonina, lo que hace que sean aún más eficaces para el tratamiento de los síntomas depresivos. La paliperidona es el neuroléptico atípico más reciente (la autorización de comercialización en Estados Unidos se concedió en enero de 2007). Desde el punto de vista de su estructura química, es parecido a la risperidona, pero es un medicamento de liberación prolongada. Esto quiere decir que en la mayoría de los casos se puede administrar una sola vez al día, lo que puede ser muy importante para mejorar el cumplimiento del tratamiento.

Tabla 2-3. Neurolépticos

Nombre genérico	Presentación	Intervalo de la dosis diaria*	Límites máximos en el intervalo de la dosis*
<b>Neurolépticos clásicos (neurolépticos de primera generación)</b>			
<i>Fenotiazinas</i>			
Clorpromazina	C, L, INY	200-1600	25-2000
Perfenazina	C, L, INY	16-32	4-64
Flufenazina	C, L, INY	2,5-20	1-60
Tioridazina	C, L	200-600	40-800
Mesoridazina	C, L, INY	75-300	30-400
Trifluoperazina	C, L, INY	6-50	2-80
<i>Tioxanteno</i>			
Tiotixeno	Cáp, L, INY	6-30	6-60
<i>Butirofenonas</i>			
Haloperidol	C, L, INY	2-20	1-100
Droperidol	INY	2,5	
<i>Dibenzazepina</i>			
Loxapina	Cáp, L, INY	60-100	30-250
<i>Dihidroindolona</i>			
Molindona	C, L	50-100	15-250
<b>Neurolépticos atípicos (neurolépticos de segunda generación)</b>			
Clozapina	C	150-500	75-700
Risperidona	C, L, CDO	2-8	1-16
Olanzapina	C	5-15	5-20
Quetiapina	C	300-600	200-750
Ziprasidona	Cáp, INY	40-160	20-200
Paliperidona	C	6	3-12
<b>Neurolépticos de nueva generación</b>			
Aripiprazol	C	15-30	10-40

C, comprimido; Cáp, cápsula; CDO, comprimido de disolución oral; INY, inyectable por vía intramuscular (generalmente); L, forma líquida para administración oral.  
\*La dosis se expresa en mg/día sólo en el caso de la administración por vía oral.

Actualmente se está trabajando en el desarrollo de una nueva generación de neurolépticos denominados estabilizadores del sistema de la dopamina. Se cree que estos neurolépticos estabilizan la producción de dopamina; es decir, mantienen o refuerzan la transmisión dopaminérgica cuando es demasiado baja y la reducen cuando es demasiado elevada. Estos nuevos psicofármacos combaten los síntomas sin producir algunos de los efectos secundarios característicos de los demás neurolépticos. El aripiprazol es el primer fármaco de este tipo que se ha comercializado (noviembre 2002) y, según los resultados de los estudios clínicos, los efectos secundarios más frecuentes son cefalea, ansiedad y náuseas.

Existen cuatro neurolépticos que están disponibles en **inyección de liberación prolongada**. Esta presentación se utiliza para el tratamiento de mantenimiento. La liberación prolongada significa que, una vez que se ha administrado, el fármaco va haciendo efecto poco a poco durante un período de tiempo prolongado. Dos de estos neurolépticos contienen aceite de sésamo como excipiente, lo que hace que el medicamento se absorba lentamente, si bien en algunos casos es necesario repetir la administración para que se mantenga el efecto terapéutico deseado. El efecto de la flufenazina (decanoato de flufenazina) dura entre 7 y 28 días, y el del haloperidol (decanoato de haloperidol), 4 semanas. Una vez que se ha conseguido estabilizar los síntomas mediante la administración por vía oral de estos medicamentos, se procede a su



administración mediante inyección de liberación prolongada cada 2-4 semanas para que se mantenga el efecto terapéutico. Los neurolépticos atípicos risperidona y paliperidona se presentan en cápsulas, en las que el principio activo se encuentra en el interior de microsferas de un polímero que se degradan lentamente en el interior del organismo y van liberando el fármaco progresivamente a velocidad controlada. La risperidona Risperdal<sup>®</sup> Consta, 25 mg, se administra cada 2 semanas, y en el caso de la paliperidona Invega<sup>®</sup> Sustenna, 117 mg, cada 4 semanas.

### PRECAUCIÓN ● Neurolépticos atípicos

Los pacientes mayores con síntomas psicóticos relacionados con una demencia tratados con neurolépticos atípicos tienen un riesgo más elevado de muerte. La causa de la muerte varía, pero por lo general es de naturaleza cardiovascular o infecciosa.

### *Efectos secundarios*

**Efectos secundarios extrapiramidales.** Los **síntomas extrapiramidales (SEP)** son alteraciones neurológicas graves y los principales efectos secundarios de los neurolépticos. Los más frecuentes son la distonía aguda, el seudoparkinsonismo y la acatisia. Aunque estos tres efectos secundarios se conocen en su conjunto como SEP, en realidad tienen características muy diferentes. Algunos pacientes presentan las tres reacciones al mismo tiempo durante un mismo curso de tratamiento, lo que hace que sea difícil distinguirlas. La causa de estos efectos secundarios es el bloqueo de los receptores D2 situados en la región del mesencéfalo del tronco encefálico. Los neurolépticos clásicos (de primera generación) provocan SEP en mayor medida que los neurolépticos atípicos (de segunda generación); de hecho, la ziprasidona casi nunca da lugar a SEP (Daniel, Copeland y Tamminga, 2006).

### PRECAUCIÓN ● Ziprasidona

Está contraindicada en pacientes con antecedentes de prolongación del intervalo QT, infarto de miocardio reciente o insuficiencia cardíaca descompensada. No debe utilizarse al mismo tiempo que otros fármacos que prolongan el intervalo QT.

El tratamiento de la distonía aguda, del seudoparkinsonismo y de la acatisia es similar. Consiste en una disminución de la dosis del neuroléptico, en cambiar el neuroléptico que está tomando el paciente o en la administración de anticolinérgicos (v. más adelante). Dado que los anticolinérgicos también producen efectos secundarios, en muchos casos se prescriben neurolépticos atípicos, ya que producen menos SEP.

La **distonía** aguda consiste en rigidez y calambres musculares, además de rigidez de la lengua, que puede provocar dificultad para tragar los alimentos, espasmos laríngeos y, en los casos más graves, dificultad respiratoria. Suele aparecer durante la primera semana de tratamiento, en pacientes de sexo masculino de menos de 40 años y en pacientes tratados

con neurolépticos de potencia elevada, como el haloperidol y el tiotixeno. Los espasmos y la rigidez muscular pueden producir *tortícolis* (dolor en el cuello al girar la cabeza), *opistótono* (rigidez en todo el cuerpo con la cabeza hacia atrás y el cuello arqueado) y *crisis oculógiras* (globo ocular fijo vuelto hacia atrás). La distonía aguda puede causar dolor y miedo al paciente, por lo que es necesario proceder de inmediato al tratamiento con anticolinérgicos como el mesilato de benztropina por vía intramuscular o la difenhidramina por vía intramuscular o intravenosa. Estos fármacos suelen producir una mejoría rápida del cuadro clínico.

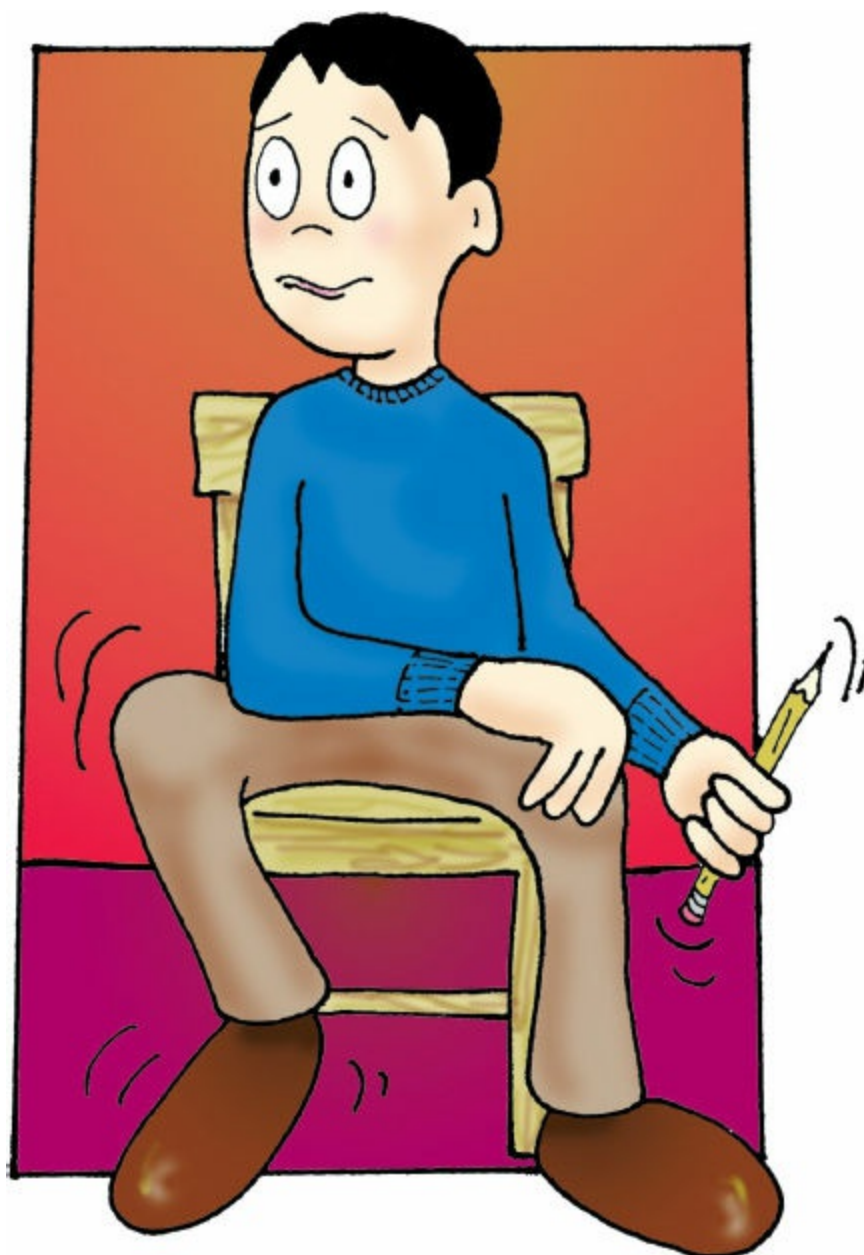
En la [tabla 2-4](#) se presentan los fármacos que se utilizan para el tratamiento de los SEP, incluidas la vía de administración y la dosis recomendada. La administración habitual de anticolinérgicos como la benztropina a menudo permite que el paciente siga tomando el neuroléptico sin que aparezca de nuevo la distonía aguda. Las reacciones distónicas recidivantes se tratan con una disminución de la dosis del neuroléptico o el cambio de la medicación. En el [capítulo 14](#) se explica la evaluación de los SEP mediante la Escala de Simpson-Angus.

El parkinsonismo causado por fármacos o **seudoparkinsonismo**, suele considerarse un SEP. Los síntomas recuerdan a los de la enfermedad de Parkinson: rigidez, postura encorvada, rostro inexpresivo, marcha festinante (el paciente anda con pasos muy cortos), disminución del balanceo de los brazos, deambulación arrastrando los pies, rigidez en rueda dentada (los movimientos de las articulaciones se parecen a los del engranaje de un trinquete), babeo, temblores, bradicardia y movimientos en reposo de los dedos de la mano como si el paciente estuviese liando un cigarrillo. Estos síntomas parkinsonianos se tratan cambiando el neuroléptico por otro que esté asociado con una incidencia más baja de SEP o complementando el tratamiento con un anticolinérgico o con amantadina, que es un agonista de la dopamina cuyo mecanismo de acción consiste en aumentar la transmisión de este neurotransmisor cuando es bloqueada por el neuroléptico.

La **acatisia** se define como la necesidad intensa de moverse. El paciente no puede sentarse o permanecer sentado, y se muestra inquieto y ansioso. En muchos casos se acompaña de rigidez postural o de la marcha y de falta de gestualidad espontánea. Esta sensación de inquietud intensa y la imposibilidad de descansar hacen que en muchas ocasiones el paciente deje de tomar el neuroléptico sin consultar con el médico. La acatisia puede tratarse cambiando de neuroléptico o complementando el tratamiento con un  $\beta$ -bloqueante, un anticolinérgico o una benzodiazepina por vía oral.

**Tabla 2-4. Fármacos para el tratamiento de los efectos secundarios extrapiramidales provocados por los neurolépticos**

Nombre genérico	Dosis por vía oral (mg)	Dosis por vía i.m./i.v. (mg)	Clase farmacológica
Amantadina	100 mg dos o tres veces al día	—	Agonista dopaminérgico
Benzotropina	1-3 mg dos veces al día	1-2	Anticolinérgico
Biperideno	2 mg tres o cuatro veces al día	2	Anticolinérgico
Diazepam	5 mg tres veces al día	5-10	Benzodiazepina
Difenhidramina	25-50 mg tres o cuatro veces al día	25-50	Antihistamínico
Lorazepam	1-2 mg tres veces al día	—	Benzodiazepina
Prociclidina	2,5-5 mg tres veces al día	—	Anticolinérgico
Propranolol	10-20 mg tres veces al día; hasta 40 mg cuatro veces al día	—	$\beta$ -bloqueante
Trihexifenidilo	2-5 mg tres veces al día	—	Anticolinérgico



## Acatisia.

**Síndrome neuroléptico maligno.** El **síndrome neuroléptico maligno (SNM)** es una reacción idiosincrásica a los neurolépticos que puede ser mortal. Si bien el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4.<sup>a</sup> edición, texto revisado (DSM-IV-TR) de la [American Psychiatric Association, 2000](#), indica que la tasa de mortalidad asociada con este síndrome es del 10-20 %, estas cifras pueden estar sesgadas debido a un sistema de notificación poco fiable. Se sabe que la tasa de mortalidad está disminuyendo y probablemente ahora no es tan elevada como indica el DSM-IV-TR. Los síntomas principales del SNM son rigidez, fiebre elevada, inestabilidad del sistema nervioso autónomo (presión arterial inestable, sudoración y palidez), delirium y aumento de las concentraciones enzimáticas, especialmente de la creatina cinasa. El paciente suele estar desorientado y no habla. A veces, el cuadro clínico fluctúa entre la agitación y el estupor. Parece ser que todos los neurolépticos pueden causar un SNM, pero las dosis elevadas de estos medicamentos aumentan el riesgo. El SNM suele aparecer durante las primeras 2 semanas de tratamiento o después de un aumento de la dosis, pero puede observarse en cualquier momento.

La deshidratación, el mal estado nutricional y la coexistencia de enfermedades médicas aumentan el riesgo de SNM. El tratamiento consiste en la retirada inmediata del neuroléptico y en la adopción de medidas de apoyo para tratar la deshidratación y la hipertermia hasta que se consiga estabilizar al paciente desde el punto de vista médico. Una vez resuelto el episodio, es necesario decidir si se va a continuar o no el tratamiento con el neuroléptico. Si se decide seguirlo, hay que elegir otro neuroléptico, y la decisión se tomará de común acuerdo con el paciente después de sopesar los riesgos y los posibles beneficios.

**Discinesia tardía.** La **discinesia tardía (DT)** es un síndrome que consiste en una serie de movimientos involuntarios de carácter continuo. Suele ser consecuencia del tratamiento prolongado con neurolépticos clásicos. Aproximadamente el 20-30 % de los pacientes tratados durante mucho tiempo con este tipo de medicación presentan síntomas indicativos de DT ([Sadock y Sadock, 2008](#)). Aún no se conoce bien la patogenia de este síndrome y no existe ningún fármaco autorizado que sea eficaz para su tratamiento. No obstante, [Woods, Saksa, Baker, Cohen y Tek \(2008\)](#) han informado del tratamiento satisfactorio de la DT con levetiracetam en estudios clínicos. Los síntomas de la DT son: movimientos involuntarios de la lengua y de la musculatura de la cara y del cuello, así como de las extremidades superiores y del tronco. También son característicos la masticación repetitiva, el movimiento oscilatorio de la mandíbula, la protrusión de la lengua, la gestualidad con los labios, el parpadeo excesivo, las muecas y otros movimientos faciales excesivos o innecesarios. Una vez que han aparecido los síntomas, la DT es irreversible, si bien la interrupción del tratamiento con el neuroléptico o la disminución de la dosis puede detener la progresión del síndrome. Por desgracia, los neurolépticos pueden enmascarar los síntomas iniciales de la DT; es decir, el aumento de la dosis del neuroléptico puede hacer que los síntomas de la DT desaparezcan

temporalmente; sin embargo, conforme los síntomas empeoran, acaban superando el efecto del neuroléptico.

Cuando se administran neurolépticos, es necesario tomar medidas para prevenir la DT. La mejor forma de prevenir esta complicación consiste en mantener la dosis lo más baja posible, cambiar de neuroléptico y hacer un seguimiento del paciente para detectar de forma precoz los primeros síntomas del síndrome. Un instrumento muy útil para la evaluación de los pacientes que están siendo tratados con neurolépticos es la Escala de movimientos involuntarios (*Abnormal Involuntary Movement Scale*) (v. [cap. 14](#)). En el caso de los pacientes que ya presentan síntomas y signos claros de DT, en los que el tratamiento con el neuroléptico sigue siendo necesario, suele utilizarse alguno de los neurolépticos atípicos que se ha observado que no provoca DT o que, al menos, no la agrava.

**Efectos secundarios anticolinérgicos.** Los **síntomas y signos anticolinérgicos** son un efecto secundario frecuente de los neurolépticos. Los más frecuentes son la hipotensión ortostática, la boca seca, el estreñimiento, la disuria inicial o la retención de orina, la visión borrosa cercana, la xerofthalmia, la fotofobia, la congestión nasal y los problemas de memoria. La intensidad de estos efectos secundarios suele disminuir a las 3 o 4 semanas de tratamiento, pero no desaparecen del todo. Los pacientes que están tomando medicación anticolinérgica para el tratamiento de los SEP pueden presentar más síntomas anticolinérgicos de los habituales. El consumo de bebidas y caramelos duros sin contenido calórico puede mejorar la sequedad de boca, y la administración de emolientes para ablandar las heces, una dieta rica en cereales y fruta, y la ingesta frecuente de líquidos puede servir para mejorar el estreñimiento.

**Otros efectos secundarios.** Los neurolépticos también pueden producir un aumento de la concentración sanguínea de prolactina. Las cifras elevadas de prolactina pueden provocar el aumento del tamaño de los senos y dolor a la palpación, tanto en hombres como en mujeres, disminución de la libido, disfunción eréctil y orgásmica, alteraciones de la menstruación, ganancia de peso y aumento del riesgo de cáncer de mama.

El aumento de peso está asociado con muchos neurolépticos, pero se observa con más frecuencia en los pacientes tratados con neurolépticos atípicos, a excepción de la ziprasidona. Los mayores incrementos de peso se observan con la clozapina y la olanzapina. Desde 2004, la FDA obliga a los laboratorios farmacéuticos que fabrican y comercializan neurolépticos a incluir en el prospecto una nota de advertencia sobre el aumento del riesgo de padecer hiperglucemia y diabetes. Si bien no se conoce el mecanismo de acción por el que estos fármacos producen este aumento de peso, se sabe que está asociado con el aumento del apetito, los atracones de comida, el deseo imperioso de ingerir hidratos de carbono, los cambios en la preferencia por determinados alimentos y la dificultad para saciarse que se observan en algunos pacientes tratados con neurolépticos. Además, los pacientes que por razones genéticas son propensos a engordar tienen un riesgo mayor ([Muller y Kennedy, 2006](#)). Es posible que el aumento de las concentraciones de prolactina estimule los centros cerebrales que controlan el apetito. Además, el efecto antihistamínico provoca un aumento del apetito y puede existir una



interrelación que aún no conocemos entre varios neurotransmisores y receptores, que podría producir cambios en el apetito y en la saciedad, en la ingesta calórica y en la conducta con respecto a la alimentación. La obesidad es habitual en los pacientes con esquizofrenia, lo cual aumenta aún más el riesgo de diabetes de tipo 2 y de enfermedad cardiovascular (Newcomer y Haupt, 2006). Además, los pacientes esquizofrénicos no suelen hacer ejercicio físico ni siguen una dieta equilibrada baja en grasas. Estos dos factores hacen que disminuya la posibilidad de minimizar la ganancia y pérdida de peso. Se recomienda que los pacientes tratados con neurolépticos participen en programas de información y educación para controlar el peso y disminuir el índice de masa corporal.

### **PRECAUCIÓN** ● Droperidol, tioridazina, mesoridazina

Puede provocar un alargamiento del intervalo QT y provocar posibles arritmias o paro cardíacos.

La mayoría de los neurolépticos provocan efectos cardiovasculares relativamente leves, como hipotensión postural, palpitaciones y taquicardia. Algunos neurolépticos (p. ej., tioridazina, droperidol y mesoridazina) dan lugar a un alargamiento del intervalo QT. Cuando este intervalo es de más 500 ms se considera peligroso y está asociado con arritmias que pueden poner en peligro la vida del paciente, así como con muerte súbita. Aunque no es frecuente, el acortamiento del intervalo QT puede producir taquicardia ventricular en entorchado (*torsades de pointes*), que consiste en una frecuencia cardíaca acelerada de 150-250 lat/min que da lugar a un trazado electrocardiográfico con apariencia «retorcida», de ahí que esta alteración cardíaca se denomine *torsades de pointes* (Glassman, 2005). La tioridazina y la mesoridazina se utilizan para tratar la psicosis, mientras que el droperidol se utiliza la mayor parte de las veces como medicación adyuvante de la anestesia o como sedante. El sertindol nunca llegó a autorizarse en Estados Unidos para el tratamiento de la psicosis, pero en Europa se utilizaba para este fin, hasta que fue retirado del mercado debido al gran número de arritmias cardíacas y de muertes que producía.

La clozapina produce menos efectos secundarios tradicionales que la mayoría de los neurolépticos, pero puede provocar agranulocitosis. Este efecto secundario es de comienzo brusco y se caracteriza por fiebre, malestar general, irritación de garganta que puede llegar a ulcerarse y leucocitopenia. En algunos casos, la agranulocitosis no aparece hasta 24 semanas después del inicio del tratamiento con clozapina. Al empezar el tratamiento, el paciente debe someterse a un análisis de sangre una vez a la semana con el fin de determinar la cifra de leucocitos. Para continuar con el tratamiento durante la semana siguiente, la cifra de leucocitos debe ser superior a  $3\ 500/\text{mm}^3$ . Actualmente, se recomienda realizar un análisis de sangre una vez a la semana durante los primeros 6 meses de tratamiento para determinar la cifra de leucocitos. Si el resultado del análisis indica que la cifra de leucocitos es como mínimo de  $3\ 500/\text{mm}^3$  y la cifra absoluta de neutrófilos (CAN) de  $2\ 000/\text{mm}^3$ , puede mantenerse el tratamiento con el neuroléptico.

Posteriormente, el análisis de sangre se realiza cada 2 semanas durante los siguientes 6 meses y luego cada 4 semanas. Este plan de control del tratamiento se aplica a los pacientes que toman clozapina de forma continuada; si se interrumpe el tratamiento, se empieza de nuevo con los análisis de sangre semanales durante los primeros 6 meses después de reiniciarse el tratamiento. Cuando se suspende el tratamiento con clozapina, hay que realizar un análisis de sangre a la semana durante 4 semanas para determinar la cifra de leucocitos y la CAN.

### **PRECAUCIÓN** ● Clozapina

Puede provocar agranulocitosis, que puede ser mortal. Si es necesario tratar al paciente con clozapina, debe determinarse la cifra de leucocitos y obtenerse la fórmula diferencial antes de empezar el tratamiento. Después, el análisis de sangre debe realizarse una vez a la semana durante todo el tiempo que dure el tratamiento y durante 4 semanas al terminar.

### *Educación del paciente*

El personal de enfermería debe informar a los pacientes que están en tratamiento con neurolépticos sobre los efectos secundarios que provoca este tipo de medicación. Asimismo, se les explicará que deben notificar al médico cualquier efecto secundario que noten, pero que en ningún momento deben dejar de tomar la medicación. Se enseñará a los pacientes métodos para evitar o aliviar los efectos secundarios desagradables y a cumplir el tratamiento tal como lo ha prescrito el médico. Las bebidas y los caramelos duros sin glucosa pueden servir para aliviar la sequedad de boca. No obstante, el paciente debe evitar las bebidas y los caramelos con alto contenido calórico, ya que provocan caries, engordan y no son eficaces para mejorar la sequedad de boca. Una serie de medidas mejorarán el estreñimiento, como hacer ejercicio físico y aumentar la ingesta de agua y de alimentos ricos en fibra. El paciente puede tomar emolientes para ablandar las heces, pero debe evitar el uso de laxantes. Se recomienda el uso de un protector solar, pues la fotosensibilidad provocada por los neurolépticos puede hacer que el paciente se quemé fácilmente al exponerse al sol.

El paciente ha de estar atento a las horas que duerme y a la somnolencia diurna. Debe evitar conducir y realizar otras actividades peligrosas hasta que el tiempo de respuesta y los reflejos se normalicen.

Si el paciente olvida una dosis del neuroléptico, puede tomarla sólo si han transcurrido 3-4 h. Si han pasado más de 4 h, el paciente se saltará la dosis que ha olvidado y tomará la siguiente a la hora indicada por el médico. El personal de enfermería enseñará a los pacientes que presentan problemas de memoria a utilizar una tabla y registrar las dosis que toman. Asimismo, es útil dar al paciente una caja para guardar las pastillas con todas las dosis que debe tomar durante el día o la semana.

### **Antidepresivos**

Los **antidepresivos** se utilizan fundamentalmente para el tratamiento de los episodios de depresión mayor, los trastornos de ansiedad, la fase depresiva del trastorno bipolar y la depresión psicótica. El uso de antidepresivos para indicaciones no autorizadas incluye el tratamiento del dolor crónico, de las jaquecas, de la neuropatía diabética y periférica, de la apnea del sueño, de las alteraciones dermatológicas, del trastorno de angustia y de los trastornos de la conducta alimentaria. Si bien no se conoce del todo el mecanismo de acción de los antidepresivos, estos psicofármacos interactúan de alguna manera con dos neurotransmisores, la noradrenalina y la serotonina, que intervienen en la regulación del estado de ánimo, de la activación, de la atención, del procesamiento de la información sensorial y del apetito.

Los antidepresivos se dividen en cuatro grupos:

1. Tricíclicos y otros antidepresivos de estructura cíclica.
2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
3. Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).
4. Otros antidepresivos, como la venlafaxina, la desvenlafaxina, el bupropión, la duloxetina, la trazodona y la nefazodona, no pertenecen a ninguna clase farmacológica concreta.

En la [tabla 2-5](#) puede verse la presentación, el intervalo de la dosis diaria recomendada y los límites máximos en el intervalo de dosis de los antidepresivos.

Los antidepresivos aparecieron en la década de 1950, y desde entonces son el tratamiento de primera elección para la depresión, a pesar de que producen una serie de efectos secundarios que varían mucho de un antidepresivo a otro, como sedación, hipotensión ortostática (disminución de la presión arterial al ponerse de pie) y efectos anticolinérgicos. Además, los antidepresivos cíclicos pueden causar la muerte si se ingiere una sobredosis.



**Tabla 2-5. Antidepresivos**

Nombre genérico	Presentación	Intervalo de la dosis diaria recomendada*	Limites máximos en el intervalo de la dosis*
<b>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina</b>			
Fluoxetina	Cáp, L	20-60	10-80
Fluvoxamina	C	150-200	50-300
Paroxetina	C	20-40	10-50
Sertralina	C	100-150	50-200
Citalopram	C, L	20-40	20-60
Escitalopram	C	10-20	5-30
<b>Antidepresivos de estructura cíclica</b>			
Imipramina	C, Cáp, INY	150-200	50-300
Desipramina	C, Cáp	150-200	50-300
Amitriptilina	C, INY	150-200	50-300
Nortriptilina	Cáp, L	75-100	25-150
Doxepina	Cáp, L	150-200	25-300
Trimipramina	Cáp	150-200	50-300
Protriptilina	C	15-40	10-60
Maprotilina	C	100-150	50-200
Mirtazapina	C	15-45	15-60
Amoxapina	C	150-200	50-250
Clomipramina	Cáp, INY	150-200	50-250
<b>Otros antidepresivos</b>			
Bupropión	C	200-300	100-450
Venlafaxina	C, Cáp	75-225	75-375
Desvenlafaxina	C	50-100	50-400 en días alternos
Trazodona	C	200-300	100-600
Nefazodona	C	300-600	100-600
Duloxetina	Cáp	60	30-90
<b>Inhibidores de la monoaminoxidasa</b>			
Fenelzina	C	45-60	15-90
Tranilcipromina	C	30-50	10-90
Isocarboxazida	C	20-40	10-60

C, comprimido; Cáp, cápsula; INY, inyectable (sólo para vía i.m.); L, forma líquida para administración oral.

\*La dosis se expresa en mg/día sólo en el caso de los antidepresivos por vía oral.

Los primeros antidepresivos que aparecieron en el mercado fueron los IMAO cuando se descubrió que tenían un efecto positivo en las personas deprimidas. Si bien estos antidepresivos apenas producen sedación ni efectos secundarios anticolinérgicos, hay que utilizarlos con mucha cautela por varias razones:

- Pueden producir un efecto secundario, las crisis hipertensivas, que puede poner en peligro la vida del paciente cuando éste consume alimentos que contienen un aminoácido denominado tiramina mientras está en tratamiento con un IMAO.
- Debido al riesgo de que se produzcan interacciones farmacológicas potencialmente mortales, los IMAO no deben administrarse al mismo tiempo que otro IMAO, un antidepresivo tricíclico, petidina, depresores del SNC, algunos antihipertensores y anestésicos para anestesia general.
- La sobredosis de IMAO puede ser mortal y el riesgo de sobredosis es mayor en el caso de los pacientes que presentan ideación suicida.

El primer ISRS fue la fluoxetina, que apareció en el mercado en 1987 con la marca comercial Prozac®. Estos medicamentos han sustituido a los antidepresivos de estructura cíclica como tratamiento de primera elección para la depresión, ya que son igual de eficaces y producen menos efectos secundarios problemáticos. Los ISRS y la clomipramina son eficaces también en el tratamiento del TOC. Prozac® semanal es el primer y, hasta la fecha, único medicamento para la depresión que puede administrarse una vez a la semana como tratamiento de mantenimiento una vez que se ha conseguido estabilizar al paciente con fluoxetina. Cada comprimido contiene 90 mg de fluoxetina e incorpora un recubrimiento entérico gracias al cual el principio activo se libera lentamente al torrente sanguíneo.

### *Antidepresivos más utilizados en los pacientes con riesgo elevado de suicidio*

Cuando se trata a un paciente con depresión, siempre hay que considerar la posibilidad del suicidio. Los ISRS, la venlafaxina, la nefazodona y el bupropión suelen ser los antidepresivos de primera elección en el caso de los pacientes muy impulsivos o que presentan un riesgo elevado de suicidio debido a que la sobredosis de estos antidepresivos no es mortal, al contrario de lo que sucede con los antidepresivos de estructura cíclica y los IMAO. Sin embargo, los ISRS son eficaces únicamente cuando se utilizan para el tratamiento de la depresión leve o moderada. Debe seguirse con la evaluación del riesgo de suicidio incluso después del inicio del tratamiento antidepresivo. Cuando el tratamiento empieza a hacer efecto, el paciente puede sentirse más animado, pero esto no quiere decir que haya desaparecido el riesgo de suicidio; más bien, si el riesgo ya existía, aumenta ahora, puesto que el paciente se siente más desinhibido y, por tanto, con más iniciativa. En muchos casos, se tarda varias semanas en conseguir el efecto terapéutico óptimo, por lo que el paciente, al ver que no se siente mejor, puede perder la paciencia, desesperarse y suicidarse. La FDA obliga a todos los laboratorios farmacéuticos que fabrican y comercializan los ISRS a incluir en el prospecto una advertencia sobre el riesgo de suicidio en niños y adolescentes.

### *Mecanismo de acción*

No se conoce con precisión el mecanismo de acción de los antidepresivos, a pesar de que existen abundantes datos sobre cómo actúan en el SNC. La interacción principal se produce en el encéfalo con los sistemas de los neurotransmisores monoamínicos, especialmente con la noradrenalina y la serotonina. Estos dos transmisores son liberados por todo el encéfalo e intervienen en la regulación de la activación, la vigilancia, la atención, el estado de ánimo, el procesamiento de la información sensorial y el apetito. La noradrenalina, la serotonina y la dopamina se eliminan de la sinapsis después de su liberación mediante la recaptación por parte de las neuronas presinápticas. Una vez que se ha producido la recaptación, estos tres neurotransmisores se almacenan para ser liberados de nuevo o son metabolizados por la MAO. Los ISRS bloquean la recaptación de la serotonina, la venlafaxina bloquea fundamentalmente la recaptación de noradrenalina y, hasta cierto punto, también la recaptación de serotonina y los IMAO interfieren en el metabolismo de la enzima. Debe tenerse en cuenta que esto no

constituye una explicación completa de todo el proceso, que es mucho más complejo. Se ha observado que el bloqueo de la recaptación de la serotonina y de la noradrenalina y la inhibición de la MAO tienen lugar en cuestión de horas, a pesar de que los antidepresivos no suelen hacer efecto hasta que no han transcurrido varias semanas. Los antidepresivos de estructura cíclica pueden tardar en hacer efecto entre 4 y 6 semanas, los IMAO, entre 2 y 4 semanas, y los ISRS, entre 2 y 3 semanas. Los investigadores consideran que la acción farmacológica de estos medicamentos constituye un «episodio inicial», y que el efecto terapéutico se origina cuando las neuronas empiezan a responder con más lentitud lo que, a su vez, hace que la serotonina esté disponible en la sinapsis en una cantidad mayor (Lehne, 2006).

### *Efectos secundarios de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina*

Los ISRS tienen menos efectos secundarios que los antidepresivos de estructura cíclica. El aumento de la transmisión serotoninérgica puede producir varios efectos secundarios, que se observan con frecuencia en los pacientes tratados con estos psicofármacos. Entre estos efectos están la ansiedad, la agitación, la acatisia (inquietud motora), las náuseas, el insomnio y las disfunciones sexuales (disminución de la libido, disfunción eréctil y dificultad para alcanzar el orgasmo). Además, la ganancia de peso es un problema tanto al principio como durante el tratamiento, si bien los ISRS provocan menor aumento de peso que otros tipos de antidepresivos. Las náuseas suelen mejorar cuando se toma la medicación con las comidas. La acatisia suele tratarse con un  $\beta$ -bloqueante como el propranolol o con una benzodiazepina. El insomnio puede ser un problema, incluso en los casos en los que el paciente toma la medicación por la mañana, y puede ser necesario prescribir un sedantehipnótico o trazodona a dosis bajas. Otros efectos secundarios son la sedación, sobre todo con la paroxetina, la sudoración, la diarrea, el temblor de la mano y la cefalea. Por lo general, la diarrea y la cefalea pueden tratarse sin dificultad. Cuando la sudoración y la sedación se prolongan en el tiempo suelen indicar la necesidad de cambiar a otro antidepresivo.

### *Efectos secundarios de los antidepresivos de estructura cíclica*

Los antidepresivos de estructura cíclica tienen más efectos secundarios que los ISRS, si bien la intensidad varía mucho de un antidepresivo cíclico a otro, aunque los efectos suelen ser los mismos. Los antidepresivos de este tipo bloquean los receptores colinérgicos, por lo que producen efectos secundarios de tipo anticolinérgico como sequedad de boca, estreñimiento, disuria inicial o retención de orina, sequedad en la nariz y visión de cerca borrosa. Otros efectos anticolinérgicos más graves son la agitación, el delirium y la oclusión intestinal, que suelen aparecer en personas mayores. También son frecuentes la hipotensión ortostática, la sedación, la ganancia de peso y la taquicardia. El paciente puede desarrollar tolerancia a los efectos anticolinérgicos; sin embargo, estos efectos secundarios son la razón principal por la que el paciente deja de tomar la medicación. Además, los pacientes suelen quejarse de una disfunción sexual similar a la que se observa con los ISRS. La ganancia de peso y la disfunción sexual son las causas principales del cumplimiento insatisfactorio del tratamiento (Stahl, 2006).

## Cuadro 2-1. Alimentos que deben evitar los pacientes tratados con imao debido a su elevado contenido en tiramina

- Quesos curados o fuertes y cualquier alimento que los contenga, como *pizza* y *lasaña*. Se pueden tomar quesos frescos como los quesos blandos (tipo queso de Burgos), para untar y los quesos en lonchas para sándwiches.
- Embutidos o fiambres curados, o carnes procesadas de algún otro modo: *pepperoni*, salami, mortadela, salchichón, fuet, longaniza, extractos de carne y productos similares. Las carnes, incluido el pollo, deben ser frescas y estar bien refrigeradas.
- Habas, tofu, cáscara de plátano, fruta muy madura y aguacate.
- Cervezas de barril y cervezas de fabricación artesanal o casera. No se debe beber más de dos latas o botellas de cerveza (incluida la cerveza sin alcohol) ni más de 118 ml de vino al día.
- Chucrut, salsa y condimentos de soja, y concentrado de le vadura.
- Yogur, cremas agrias, cacahuetes, levadura de cerveza y glutama to monosódico.

Adaptado del University of North Carolina Clinical Research Center (2004).

### *Efectos secundarios de los inhibidores de la monoaminoxidasa*

Los efectos secundarios más frecuentes de los IMAO son sedación diurna, insomnio, ganancia de peso, sequedad de boca, hipotensión ortostática y disfunción sexual. La sedación y el insomnio no son fáciles de tratar, por lo que puede ser necesario cambiar de antidepresivo. De especial interés en el tratamiento con los IMAO son las crisis hipertensivas que pueden poner en peligro la vida del paciente. Pueden aparecer cuando éste toma alimentos que contienen tiramina o fármacos simpaticomiméticos. Dado que la MAO es necesaria para metabolizar la tiramina presente en ciertos alimentos, su inhibición da lugar a un aumento de la concentración sérica de tiramina, lo que a su vez provoca hipertensión arterial grave, fiebre muy elevada, taquicardia, sudoración, temblores y arritmias cardíacas. Hay una serie de medicamentos cuya interacción farmacológica con los IMAO puede ser mortal: los ISRS, algunos antidepresivos de estructura cíclica, la bupiriona, el dextrometorfano y los derivados de los opiáceos como la petidina. El paciente ha de seguir una dieta sin tiramina. Los alimentos que deben evitarse figuran en el [cuadro 2-1](#).

Actualmente se están realizando estudios para determinar si el parche transdérmico de selegilina es eficaz para tratar la depresión sin el riesgo que comportan los alimentos ricos en tiramina cuando se toman durante el tratamiento con IMAO.

### *Efectos secundarios de otros antidepresivos*

Entre los antidepresivos atípicos o de nueva generación que no pertenecen a ninguna clase farmacológica específica, la nefazodona, la trazodona y la mirtazapina suelen provocar sedación. Tanto la nefazodona como la trazodona causan cefalea. Además, no es infrecuente que la nefazodona provoque sequedad de boca y náuseas. El bupropión, la venlafaxina y la desvenlafaxina pueden producir pérdida del apetito, náuseas, agitación e insomnio. La venlafaxina puede provocar mareos, sudoración y sedación. Los atípicos o de nueva generación provocan mucha menos disfunción sexual que los otros tipos de

antidepresivos, con una importante excepción: la trazodona, que puede causar priapismo (erección prolongada y dolorosa que puede requerir tratamiento inmediato y la suspensión del antidepresivo). El priapismo, a su vez, puede provocar impotencia.

#### **PRECAUCIÓN** ● Nefazodona

Puede provocar daño hepático con potencial fallo hepático que ponga en peligro la vida del paciente.

#### **PRECAUCIÓN** ● Bupropión

La probabilidad de episodios convulsivos es cuatro veces mayor que en el caso de los otros antidepresivos. El riesgo de episodios convulsivos aumenta cuando la dosis se eleva por encima de 450 mg/día, cuando hay un incremento brusco de la dosis o el incremento es grande. Otros factores que aumentan el riesgo son: antecedentes de crisis convulsivas, antecedentes de traumatismo craneoencefálico, consumo excesivo de alcohol o síndrome de abstinencia de alcohol, y adicción a opiáceos o a estimulantes del SNC. Asimismo, el riesgo se incrementa si el paciente consume psicofármacos estimulantes del SNC o anoréxicos comprados sin receta médica, o si es diabético y está en tratamiento con hipoglucemiantes orales o insulina.

#### ***Interacciones farmacológicas***

Una interacción infrecuente pero que puede tener graves consecuencias es el denominado **síndrome serotoninérgico** (o síndrome de la serotonina). Se debe a la administración simultánea de un IMAO y un ISRS. También puede producirse si el paciente empieza a tomar uno de estos fármacos poco después de haber terminado el tratamiento con el otro, por lo que no hay que prescribir un IMAO a un paciente que acaba de terminar el tratamiento con un ISRS, ni un ISRS a un paciente que ha recibido tratamiento reciente con un IMAO. Antes de empezar un nuevo tratamiento, es necesario dejar transcurrir tiempo suficiente para que el organismo elimine completamente el fármaco anterior. Los síntomas del síndrome serotoninérgico son: agitación, sudoración, fiebre, taquicardia, hipotensión arterial, rigidez e hiperreflexia y, en los casos más graves, coma e incluso la muerte (Krishnan, 2006). El cuadro clínico es parecido al que se observa en la sobredosis provocada por un ISRS.

#### ***Educación del paciente***

Los ISRS deben tomarse por la mañana nada más levantarse, a no ser que la sedación sea un problema, lo cual suele ocurrir sobre todo con la paroxetina. Si el paciente se olvida de tomar una dosis de un ISRS, puede tomarla siempre y cuando no hayan transcurrido más de 8 h. Para reducir al máximo el riesgo de que aparezcan efectos secundarios, el paciente tiene que tomar los antidepresivos de estructura cíclica por la noche, y si es posible, en una sola dosis al día. Si olvida una dosis de estos antidepresivos, puede tomarla siempre y cuando no hayan transcurrido más de 3 h, en cuyo caso debe

saltarse la dosis. El personal de enfermería aconsejará al paciente precaución si tiene que conducir o realizar cualquier otra actividad que exija atención, concentración y buenos reflejos, al menos hasta que se pueda determinar si el antidepresivo produce o no sedación.

Los pacientes que toman un IMAO deben ser conscientes de que las crisis hiperadrenérgicas pueden poner en riesgo su vida, por lo que es muy importante que respeten las restricciones dietéticas. El personal de enfermería dará a estos pacientes una lista con los alimentos que no deben consumir mientras están tomando el IMAO. Asimismo, deben conocer el riesgo grave, incluso mortal, que corren debido a las interacciones farmacológicas de los IMAO, por lo que hay que advertirles que no tomen ningún otro medicamento sin la supervisión del médico o farmacéutico.

### **Estabilizadores del estado de ánimo**

Los **estabilizadores del estado de ánimo** se utilizan para tratar el trastorno bipolar. De esta forma, se consigue prevenir o al menos reducir los episodios alternantes de depresión y de estado de ánimo expansivo que caracterizan a esta enfermedad. Se utilizan también para tratar los episodios maníacos. El estabilizador del estado de ánimo mejor conocido y más utilizado en la práctica clínica es el litio, pero también se utilizan algunos anticonvulsivos, fundamentalmente la carbamazepina y el ácido valproico. Se usan también como estabilizadores del estado de ánimo anticonvulsivos como la gabapentina, el topiramato, la oxcarbazepina y la lamotrigina, aunque con menos frecuencia. En ocasiones se utiliza el clonazepam para el tratamiento de los episodios agudos maníacos. Para más información sobre el clonazepam, ver el apartado dedicado a los ansiolíticos.

### **PRECAUCIÓN** ● Lamotrigina

Puede provocar una erupción cutánea grave que requiere hospitalización, incluido el síndrome de Stevens-Johnson y, excepcionalmente, necrólisis epidérmica tóxica que puede poner en peligro la vida del paciente. El riesgo es mayor en los pacientes de menos de 16 años.

### ***Mecanismo de acción***

Si bien se conoce un gran número de efectos neurobiológicos del litio, se sabe muy poco sobre su mecanismo de acción en el trastorno bipolar. El litio normaliza la recaptación de ciertos neurotransmisores, como la serotonina, la noradrenalina, la acetilcolina y la dopamina. También provoca una disminución de la liberación de noradrenalina mediante competencia con el calcio y ejerce sus efectos farmacodinámicos intracelularmente, en vez de en el interior de la sinapsis interneuronal. El litio actúa directamente sobre las proteínas G y en algunos subsistemas enzimáticos, como los monofosfatos de adenosina cíclicos y el fosfatidilinositol. Se considera un fármaco de primera elección para el tratamiento del trastorno bipolar ([Howland, 2007](#)).



No se conoce por completo el mecanismo de acción de los anticonvulsivos cuando se utilizan para una indicación no autorizada, como en el caso del trastorno bipolar y de los episodios maníacos. El ácido valproico y el topiramato producen un aumento de las concentraciones de los neurotransmisores inhibitorios GABA. Se cree que tanto el ácido valproico como la carbamazepina estabilizan el estado de ánimo porque inhiben el **proceso de facilitación**. Este proceso es parecido al efecto bola de nieve y se observa cuando la actividad convulsiva da lugar a crisis convulsivas más frecuentes y de mayor entidad. En el tratamiento de la actividad comicial (crisis convulsivas), el mecanismo de acción de los anticonvulsivos consiste en el aumento del umbral de activación para prevenir la aparición de las crisis convulsivas. Se sospecha que en la manía franca se produce también este proceso de facilitación, por lo que la manía tendría su origen en la acción continuada de una serie de episodios maníacos frecuentes, aunque de poca importancia. Esto explicaría por qué los anticonvulsivos son eficaces también en el tratamiento y prevención de la manía (Plata-Salaman et al., 2005).

### **Posología**

El litio se comercializa en comprimidos, cápsulas, en forma líquida para consumo oral y en una preparación farmacéutica de liberación prolongada. No se dispone de fórmula para la administración parenteral. Para determinar la dosis terapéutica del litio es necesario hacer un seguimiento de la concentración sérica del fármaco y de la respuesta del paciente al tratamiento. La dosis diaria suele oscilar entre 900 mg y 3 600 mg, y la concentración sérica de litio debe ser de unos 1,0 mEq/l. Las concentraciones de litio inferiores a 0,5 mEq/l casi nunca producen efectos terapéuticos, mientras que las cifras superiores a 1,5 mEq/l suelen ser tóxicas. La concentración de litio en la sangre tiene que determinarse cada 2 o 3 días cuando se está intentando establecer la dosis terapéutica del fármaco y luego la concentración se comprueba una vez a la semana. Cuando el estado del paciente se ha estabilizado, la concentración del medicamento se comprueba una vez al mes o incluso con menos frecuencia.

### **PRECAUCIÓN** ● Litio

La toxicidad depende fundamentalmente de la concentración del medicamento en la sangre, y puede producirse con dosis terapéuticas. Cuando se prescribe litio, es necesario disponer del equipamiento necesario para hacer un seguimiento de la concentración sanguínea del medicamento.

La carbamazepina se comercializa en comprimidos, en forma líquida para consumo oral y en pastillas masticables. La dosis suele oscilar entre 800 mg/día y 1 200 mg/día, y el intervalo máximo es de entre 200 mg/día y 2 000 mg/día. El ácido valproico se presenta en comprimidos, en forma líquida, en cápsulas y en microcápsulas dispersables, y la dosis se administra en intervalos de entre 1 000 mg/día y 1 500 mg/día; el intervalo máximo es de entre 750 mg/día y 3 000 mg/día. La concentración sérica de estos medicamentos se determina 12 h después de la última dosis para comprobar si se ha

conseguido alcanzar la concentración terapéutica.

### *Efectos secundarios*

Los efectos secundarios del litio son náuseas o diarrea leve, anorexia, temblor fino en la mano, polidipsia, poliuria, sabor metálico en la boca, cansancio y letargo. El aumento de peso y el acné son efectos de aparición tardía muy engorrosos para el paciente. Las náuseas suelen mejorar cuando el litio se toma con las comidas y la administración de propranolol mejora en muchos casos el temblor de la mano. El letargo y el aumento de peso son difíciles de tratar, y en muchas ocasiones son la causa de un cumplimiento insatisfactorio del tratamiento.

Los efectos tóxicos del litio provocan diarrea grave, vómitos, somnolencia, debilidad muscular y problemas de coordinación. Si no se tratan, estos síntomas empeoran y pueden producir insuficiencia renal, coma e incluso la muerte. Si hay síntomas o signos indicativos de toxicidad, se suspenderá inmediatamente la administración del medicamento. Si la concentración de litio en la sangre supera los 3,0 mEq/l, puede estar indicada la diálisis.

Los efectos secundarios de la carbamazepina y el ácido valproico son somnolencia, sedación, sequedad de boca y visión borrosa. Además, la carbamazepina puede provocar erupción cutánea e hipotensión ortostática, y el ácido valproico puede producir aumento de peso, alopecia y temblor en las manos. El topiramato provoca mareos, sedación, pérdida de peso (en lugar de incremento) y aumento de la incidencia de nefrolitiasis (Stahl, 2006).





Compruebe a intervalos regulares la concentración del fármaco en la sangre.

**PRECAUCIÓN** ◆ Ácido valproico y sus derivados

Pueden producir insuficiencia hepática, que puede conducir a la muerte. Se realizarán pruebas de función hepática antes de iniciar el tratamiento y luego, con frecuencia y a intervalos regulares, sobre todo durante los primeros 6 meses. Pueden provocar también malformaciones en el feto, como anomalías congénitas del tubo neural (p. ej., espina bífida), así como pancreatitis, que puede ser mortal tanto en niños como en adultos. La insuficiencia hepática y la pancreatitis pueden aparecer poco después de iniciarse el tratamiento o después de varios años.

**PRECAUCIÓN** ◆ Carbamazepina

El riesgo de anemia aplásica y de agranulocitosis es entre cinco y ocho veces superior al que se observa en la población general. Deben obtenerse los valores

hematológicos iniciales antes de empezar el tratamiento. Luego es aconsejable realizar análisis de sangre de forma periódica durante el tratamiento con el fin de detectar lo antes posible la disminución de las cifras de leucocitos o de trombocitos.

### *Educación del paciente*

En el caso de los pacientes tratados con litio o anticonvulsivos, es necesario determinar las concentraciones sanguíneas del fármaco de forma periódica. Hay que determinar con exactitud la hora a la que el paciente tomó la última dosis para comprobar la concentración del fármaco justo 12 h después de la administración de la última dosis. Tomar la medicación con las comidas reduce las náuseas. El paciente no debe conducir hasta que se hayan resuelto el mareo, el letargo, el cansancio y la visión borrosa.

### **Ansiolíticos**

Los **ansiolíticos** se utilizan para tratar la ansiedad y los trastornos de ansiedad, como el TOC y el trastorno por estrés postraumático; también se usan para tratar otros trastornos mentales, entre ellos el insomnio, la depresión y el síndrome de abstinencia de alcohol. Actualmente son unos de los medicamentos más recetados. Estos psicofármacos se clasifican de diferentes formas (v. más adelante). La benzodiazepinas han demostrado ser los ansiolíticos más eficaces para aliviar la ansiedad, y de hecho son uno de los fármacos que los médicos prescriben con más frecuencia. Además, las benzodiazepinas tienen efectos anticonvulsivos y son relajantes musculares. La buspirona es un ansiolítico no benzodiazepínico que se utiliza con frecuencia para tratar la ansiedad, por lo que se incluye en este apartado. Otros medicamentos, como el propranolol, la clonidina y la hidroxizina, también pueden utilizarse para este fin, pero son mucho menos eficaces que los ansiolíticos convencionales, por lo que no se incluyen en este apartado.

### *Mecanismo de acción*

Las benzodiazepinas actúan como mediadoras en las acciones del aminoácido GABA, que es el neurotransmisor inhibitorio más importante del encéfalo. Dado que los canales de los receptores del GABA permiten que el anión cloruro entre en las neuronas de forma selectiva, la activación de los receptores del GABA hiperpolariza las neuronas y produce, por tanto, un efecto inhibitorio. Las benzodiazepinas se unen a un sitio específico de los receptores del GABA, y se cree que la buspirona actúa como un agonista parcial en los receptores de la serotonina, lo que hace que se produzca una disminución del metabolismo de la serotonina (Arniel y Mathew, 2007).

**Tabla 2-6. Ansiolíticos**

Nombre genérico	Intervalo de la dosis diaria recomendada	Semivida (h)	Velocidad de inicio
<b>Benzodiazepinas</b>			
Alprazolam	0,75-1,5	12-15	Intermedia
Clordiazepóxido	15-100	50-100	Intermedia
Clonazepam	1,5-20	18-50	Intermedia
Clorazepato	15-60	30-200	Rápida
Diazepam	4-40	30-100	Muy rápida
Flurazepam	15-30	47-100	Rápida
Lorazepam	2-8	10-20	Moderadamente lenta
Oxazepam	30-120	3-21	Moderadamente lenta
Temazepam	15-30	9,5-20	Moderadamente rápida
Triazolam	0,25-0,5	2-4	Rápida
<b>Ansiolíticos no benzodiazepínicos</b>			
Buspirona	15-30	3-11	Muy lenta

Las benzodiazepinas pueden clasificarse en función de su semivida, según cómo se metabolizan y su eficacia para tratar la ansiedad y el insomnio. En la [tabla 2-6](#) se presenta la dosis, la semivida y la velocidad de inicio después de la administración de una única dosis de ansiolíticos. Las benzodiazepinas con una semivida prolongada se administran con menos frecuencia y producen menos efectos de rebote entre una administración y la siguiente; sin embargo, pueden acumularse en el organismo y producir una serie de efectos como «sedación del día siguiente». Por el contrario, las benzodiazepinas con una semivida más corta no se acumulan en el organismo y, por tanto, no producen los efectos de la «sedación del día siguiente», pero pueden dar lugar al efecto rebote, por lo que es necesario administrarlas con más frecuencia.

El temazepam, el triazolam y el flurazepam son benzodiazepinas que se prescriben, más que para reducir la ansiedad, para inducir el sueño a los pacientes con dificultades para dormir. El diazepam, el clordiazepóxido y el clonazepam suelen prescribirse para el tratamiento del síndrome de abstinencia de alcohol, pero también para reducir la ansiedad.

### ***Efectos secundarios***

Aunque no se trata de un efecto secundario propiamente dicho, el principal problema de las benzodiazepinas es su tendencia a provocar dependencia física. Cuando se interrumpe el tratamiento, pueden aparecer síntomas clínicamente significativos, que se parecen a los síntomas que llevaron a la prescripción inicial del fármaco. Esto ocurre en especial en el caso de los pacientes que llevan mucho tiempo tomando una benzodiazepina para el tratamiento del trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad. Además, con frecuencia se observa dependencia psicológica de las benzodiazepinas, en cuyo caso el paciente tiene miedo de que vuelvan a aparecer los síntomas si deja de tomar la medicación o se siente incapaz de manejar la ansiedad sin el fármaco. Esto puede hacer que tome una dosis mayor de la prescrita por el médico o que acabe desarrollando dependencia física. La buspirona no produce este tipo de

dependencia.

Los efectos secundarios más frecuentes de las benzodiazepinas son los asociados con la depresión del SNC, como somnolencia, sedación, mala coordinación, problemas de memoria y obnubilación. Cuando se administran como hipnótico, el paciente puede referir los efectos de la «sedación del día siguiente» y de síntomas de resaca, como sensación de pesadez en la cabeza. En muchos casos, el paciente desarrolla tolerancia a estos efectos secundarios, por lo que van disminuyendo de intensidad conforme se prolonga el tratamiento. Los efectos secundarios más frecuentes de la buspirona son mareos, sedación, náuseas y cefalea (Arniel y Mathew, 2007).



**Los pacientes que están tomando psicofármacos no deben beber alcohol.**

Los efectos secundarios asociados con la depresión del SNC pueden ser más problemáticos en las personas mayores. Las benzodiazepinas se asocian al aumento de riesgo de caída en los ancianos debido a los problemas de coordinación y a la sedación que provocan. En esta población son más frecuentes y pronunciados los problemas de memoria cuando se administran benzodiazepinas, y además pueden provocar incontinencia urinaria, sobre todo por la noche.

### **Educación del paciente**

El paciente debe saber que los ansiolíticos se prescriben únicamente para tratar síntomas como la ansiedad o el insomnio, pero no para el tratamiento de las causas asociadas con estos síntomas. Las benzodiazepinas potencian de forma muy acusada los efectos del alcohol, por lo que una sola copa puede tener el mismo efecto que tres. Por tanto, el paciente no debe beber alcohol mientras se encuentre en tratamiento con una benzodiazepina. Asimismo, debe saber que producen sedación, reducen el tiempo de reacción y lentifican los reflejos, por lo que ha de tener precaución cuando conduzca o realice cualquier otra actividad potencialmente peligrosa.

El síndrome de abstinencia de benzodiazepinas puede provocar la muerte al paciente. Por tanto, es importante que sepa que no puede dejar de tomar de repente la medicación una vez que ha iniciado el tratamiento ni tampoco reducir la dosis sin la supervisión del médico (Lehne, 2006).

### **Estimulantes del sistema nervioso central**

Los primeros **estimulantes del SNC** utilizados en la práctica clínica para el tratamiento de los trastornos mentales fueron las anfetaminas, hacia la década de 1930. Antes se usaban para tratar la depresión y la obesidad, pero en la actualidad apenas se utilizan para estas indicaciones. La dextroanfetamina se ha empleado de forma generalizada para elevar el tono vital o para mantenerse en un tono alto y no dormir durante varios días. En la actualidad, los estimulantes del SNC se utilizan sobre todo para el TDAH en niños y adolescentes, y en los adultos para el tratamiento del trastorno residual por déficit de atención y la narcolepsia (episodios de sueño durante el día durante los cuales el paciente se queda dormido en cualquier lugar o situación y que tienen un efecto muy negativo sobre su calidad de vida).

### **PRECAUCIÓN** ● Anfetaminas

El riesgo de adicción es muy elevado. La administración durante períodos prolongados puede provocar dependencia.

Los estimulantes de primera elección para el tratamiento del TDAH son el metilfenidato, las anfetaminas y la dextroanfetamina. La pemolina apenas se utiliza en el tratamiento del TDAH porque puede provocar alteraciones hepáticas. De entre estos fármacos, el metilfenidato representa el 90 % de todos los estimulantes del SNC que se prescriben a los niños para el tratamiento del TDAH (Stahl, 2006). Aproximadamente el



10-30 % de los pacientes que padecen un TDAH y no responden a la medicación psicoestimulante han sido tratados con antidepresivos. En 2003 se autorizó el uso de la atomoxetina, que es un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina, para el tratamiento del TDAH, convirtiéndose así en el primer psicofármaco de una clase farmacológica distinta a la de los estimulantes del SNC autorizada para el tratamiento de los pacientes con un TDAH.

### **PRECAUCIÓN** ● Metilfenidato

Tiene que utilizarse con precaución en pacientes emocionalmente inestables, como los que presentan dependencia del alcohol o de otras drogas, porque se corre el riesgo de que aumenten la dosis por su cuenta, sin consultar al médico. El consumo crónico, sobre todo si no está supervisado por un médico, puede producir dependencia psíquica.

### **PRECAUCIÓN** ● Pemolina

Puede provocar insuficiencia hepática con riesgo de la vida del paciente. En algunos casos, puede ser necesario proceder a un trasplante de hígado a las 4 semanas del inicio de los síntomas. El médico debe obtener el consentimiento informado por escrito del paciente antes de empezar el tratamiento.

### ***Mecanismo de acción***

Las anfetaminas y el metilfenidato se denominan de forma figurada *aminas activas* debido a que actúan provocando la liberación de los neurotransmisores (noradrenalina, dopamina y serotonina) en las terminaciones presinápticas de las neuronas, en vez de ejercer efectos agonistas sobre los receptores postsinápticos. Además, bloquean la recaptación de estos neurotransmisores. El metilfenidato produce una estimulación más suave del SNC que las anfetaminas, mientras que la pemolina actúa sobre la dopamina y, por tanto, tiene menos efectos sobre el sistema nervioso simpático. Al principio, se creyó que el uso de metilfenidato y de pemolina para tratar el TDAH en los niños producía un efecto contrario al de la mayoría de los estimulantes del SNC, un efecto calmante debido a la lentificación de los procesos. Sin embargo, ahora se sabe que esto no es así, ya que se ha comprobado que estos fármacos estimulan los centros cerebrales inhibitorios, por lo que el niño tiene más capacidad para filtrar y eliminar los estímulos distractores y controlar su propio comportamiento. La atomoxetina contribuye a bloquear la recaptación de noradrenalina en las neuronas y, como consecuencia, queda una mayor cantidad de este neurotransmisor disponible en la sinapsis, lo que hace que mejore la conducción de los impulsos eléctricos en el cerebro.

### ***Posología***

Para el tratamiento de la narcolepsia en los adultos, tanto la dextroanfetamina como el metilfenidato se administran varias veces al día hasta un total de 20 mg/día y 200 mg/día.

Puede ser necesario prescribir la dosis más elevada, porque es frecuente que los adultos con narcolepsia desarrollen tolerancia a los estimulantes del SNC, por lo que necesitan más medicación para mantener la mejoría obtenida. Los estimulantes del SNC se comercializan también en preparados de liberación prolongada, por tanto, el paciente puede tomar la medicación sólo una vez al día. No se ha observado tolerancia en los pacientes con TDAH.

**Tabla 2-7. Psicofármacos para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad**

Nombre genérico	Dosis
<b>Estimulantes del SNC</b>	
Metilfenidato	Adultos: 20-200 mg/día v.o. varias veces al día Niños: 10-60 mg/día v.o. dos-cuatro veces al día
Metilfenidato de liberación prolongada	20-60 mg/día v.o. una sola vez al día
Metilfenidato en parche transdérmico	Adultos y niños: parche de 15 mg que se deja puesto 9 h al día
Dextroanfetamina	Adultos: 20-200 mg/día v.o. varias veces al día Niños: 5-40 mg/día v.o. dos o tres veces al día
Dextroanfetamina de liberación prolongada	10-30 mg/día v.o. una sola vez al día
Anfetamina	5-40 mg/día v.o. oral varias veces al día
Anfetamina de liberación prolongada	10-30 mg/día v.o. una sola vez al día
Pemolina	Niños: 37,5-112,5 mg/día v.o. una sola vez al día (por la mañana)
<b>Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina</b>	
Atomoxetina	0,5-1,5 (mg/kg)/día v.o. una sola vez al día

En los niños con TDAH, la dosis varía considerablemente según el médico y la edad, el peso corporal y el comportamiento del paciente. Otro factor que influye en la dosis es la tolerancia de la familia hacia la conducta del niño. En la [tabla 2-7](#) se presentan los intervalos de dosis recomendados de los estimulantes del SNC. Es necesario hablar con el director del colegio para que el personal sanitario o cualquier otra persona adulta autorizada administre la medicación al niño durante las horas lectivas. Los preparados de liberación prolongada tienen la ventaja de que el niño no tiene que tomar la medicación en el colegio.

### **Efectos secundarios**

Los efectos secundarios más frecuentes de los estimulantes del SNC son la anorexia, la pérdida de peso, las náuseas y la irritabilidad. Mientras está en tratamiento con estos fármacos, el paciente no debe tomar cafeína, azúcar ni chocolate, ya que pueden empeorar los síntomas. Aunque con menos frecuencia, estos psicofármacos producen también mareos, sequedad de boca, visión borrosa y palpitaciones. El problema a largo plazo más usual en los pacientes tratados con estimulantes del SNC es la supresión del crecimiento y de la ganancia de peso corporal que se observan en algunos niños. Esto se puede prevenir mediante las llamadas «vacaciones terapéuticas», que permiten al niño dejar de tomar la medicación durante los fines de semana, los días festivos o las vacaciones estivales. Generalmente, las «vacaciones terapéuticas» permiten que el niño recupere el patrón normal de crecimiento y de ingesta de alimentos. La atomoxetina puede provocar disminución del apetito, náuseas, vómitos, cansancio y molestias



gástricas.

### **Educación del paciente**

Los estimulantes del SNC pueden producir dependencia, pero esto casi nunca ocurre en el caso de los niños. Tomar la medicación con las comidas puede servir para reducir la anorexia y las náuseas. Se recomienda a los pacientes que tomen bebidas que no contengan cafeína, que no tomen chocolate y que moderen el consumo de azúcar. Es muy importante mantener la medicación fuera de la vista y del alcance de los niños, ya que una dosis equivalente a sólo 10 días puede provocar la muerte.

### **Disulfiram**

El disulfiram es un sensibilizante que provoca una reacción adversa cuando se mezcla con el alcohol en el organismo. Se utiliza sólo para que los pacientes alcohólicos no beban alcohol mientras están en tratamiento por alcoholismo, siempre y cuando estén muy motivados para dejar de beber y no sean impulsivos. Cuando se toma disulfiram, 5-10 min después de beber alcohol empiezan a aparecer los síntomas: enrojecimiento de la cara y del cuerpo secundario a la vasodilatación, dolor de cabeza pulsátil, sudoración, boca seca, náuseas, vómitos, mareos y sensación de debilidad. En los casos más graves aparecen dolor torácico, disnea, hipotensión muy significativa y confusión. El paciente puede incluso morir debido a la combinación entre el alcohol y el disulfiram. El cuadro clínico progresa rápidamente y suele durar entre 30 min y 2 h. Dado que el disulfiram se metaboliza en el hígado, es más eficaz en el caso de los pacientes cuya concentración de enzimas hepáticas se encuentra en el intervalo normal.

El disulfiram inhibe la enzima aldehído deshidrogenasa, que participa en el metabolismo del etanol. Esto, a su vez, provoca un aumento de entre cinco y diez veces la concentración normal de acetaldehído, lo que da lugar a la reacción sintomática característica de la mezcla de disulfiram y alcohol. La disminución de las concentraciones de adrenalina y noradrenalina en el sistema nervioso simpático provocada por la inhibición de la dopamina  $\beta$ -hidroxilasa potencia aún más la reacción ([Cornish, McNicholas y O'Brien, 2006](#)).

Es muy importante informar convenientemente a los pacientes que están en tratamiento con disulfiram. Hay muchos productos de uso diario, como el gel de afeitado y las lociones para después del afeitado, las colonias y los desodorantes, que contienen alcohol. Además, muchos medicamentos (p. ej., los jarabes para la tos) que el paciente puede comprar sin receta médica también pueden contener una cantidad considerable de alcohol. Cuando se está en tratamiento con disulfiram, estos productos pueden producir la misma reacción que al tomar una bebida alcohólica. Por tanto, hay que aconsejar a los pacientes que lean con detenimiento la etiqueta de los productos y los prospectos de los medicamentos para asegurarse de que no contienen alcohol.

### **PRECAUCIÓN** ● Disulfiram

Nunca debe administrarse a un paciente en plena intoxicación por alcohol. No debe

administrarse sin el consentimiento del paciente. Debe informarse y dar instrucciones a los familiares.

El disulfiram puede producir cansancio, somnolencia, halitosis, temblores y disfunción eréctil. Además, puede interferir en el metabolismo de fármacos como la fenitoína, la isoniazida, la warfarina, los barbitúricos y las benzodiazepinas de acción prolongada (p. ej., diazepam y clordiazepóxido).

El acamprosato se prescribe a veces a los pacientes que están en rehabilitación debido al consumo excesivo o a la dependencia de alcohol, ya que contribuye a mejorar el malestar físico y psicológico (p. ej., sudoración, ansiedad, alteraciones del sueño) que el paciente experimenta durante las primeras semanas o meses de abstinencia. La dosis es de dos comprimidos de 333 mg tres veces al día. Los pacientes con alteraciones renales no deben tomar este medicamento. Los efectos secundarios del acamprosato son de naturaleza leve: diarrea, náuseas, flatulencia y prurito.

### ASPECTOS CULTURALES

Los estudios han demostrado que las personas de diferentes orígenes étnicos responden de forma diferente a algunos psicofármacos. El personal de enfermería debe estar familiarizado con estas diferencias. Se ha observado que las personas de raza negra que viven en Estados Unidos responden con más rapidez que las de raza blanca a los neurolépticos y a los antidepresivos tricíclicos, y además tienen un riesgo mayor de sufrir los efectos secundarios de estos psicofármacos. Los asiáticos metabolizan los neurolépticos y los antidepresivos tricíclicos más lentamente que las personas de raza blanca, y por tanto se necesitan dosis menores para conseguir el mismo efecto. Las personas de origen hispanoamericano que viven en Estados Unidos necesitan dosis más bajas de antidepresivos que las de origen anglosajón (Woods et al., 2003).

Los asiáticos responden a dosis terapéuticas de litio menores de lo habitual. Las personas de raza negra que residen en Estados Unidos presentan mayores concentraciones sanguíneas de litio que las de raza blanca, y tienen mayor riesgo de sufrir los efectos secundarios de este psicofármaco, lo que indica que las de raza negra necesitan menores dosis de litio para conseguir el efecto terapéutico deseado (Chen et al., 2002).

Muchas culturas utilizan las hierbas medicinales desde la antigüedad más remota. En la actualidad se utilizan cada vez con más frecuencia en Occidente, incluido Estados Unidos. La hierba de San Juan o hipérico se utiliza para tratar la depresión y es el segundo producto de fitoterapia más vendido en Estados Unidos (Malaty, 2005). Para la ansiedad se utiliza una hierba medicinal llamada *kava*, que puede potenciar el efecto del alcohol, las benzodiazepinas y otros sedantes e hipnóticos. La valeriana ayuda a conciliar el sueño y se utiliza también para el estrés y la ansiedad. El *Ginkgo biloba* se utiliza fundamentalmente para mejorar la memoria, pero también para el cansancio, la ansiedad y la depresión.

Es muy importante preguntar al paciente si está tomando algún producto de fitoterapia. A veces los pacientes consideran que estos productos no son medicamentos y otros son reacios a reconocer que los toman porque piensan que el personal de enfermería y los médicos lo consideran ridículo y propio de personas de bajo nivel cultural, o porque temen que los profesionales sanitarios le critiquen. Algunos productos de fitoterapia tienen una estructura química muy compleja y no se han autorizado para el tratamiento de algunas enfermedades y trastornos mentales. Además, la mezcla de productos de fitoterapia y de algunos psicofármacos puede producir interacciones no deseadas, por lo que es importante evaluar el uso que el paciente hace de estos productos.

## TEMAS DE AUTOCONCIENCIA



Los profesionales de la enfermería deben analizar sus creencias sobre los trastornos mentales y el papel que desempeñan los medicamentos en su tratamiento. Algunos profesionales son escépticos sobre la utilidad de los psicofármacos y creen que los pacientes pueden recuperar el control de su vida simplemente esforzándose un poco. Sin embargo, el personal de enfermería que trabaja con personas que padecen un trastorno mental tiene que entender que muchos de estos trastornos son parecidos a las enfermedades físicas de carácter crónico, como el asma o la diabetes, en las que el paciente debe tomar la medicación de por vida. Sin el tratamiento farmacológico, los pacientes que padecen ciertos trastornos mentales, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, no podrían vivir en sociedad fuera de un hospital psiquiátrico, y desde luego, no podrían hacer frente a las exigencias y complicaciones de la vida diaria. Por tanto, el personal de enfermería debe explicar al paciente y a los familiares que para el tratamiento de algunos trastornos mentales es necesario tomar la medicación todos los días de la forma en que la ha prescrito el médico, igual que si se tratase de una enfermedad física de naturaleza crónica.

Es importante que los profesionales de enfermería que trabajan en el ámbito de la salud mental y la psiquiatría estén familiarizados con las teorías y tratamientos biológicos. Los pacientes y los familiares suelen hacer preguntas sobre lo que han leído en los periódicos o han visto en la televisión sobre nuevos descubrimientos y tratamientos. El personal de enfermería les ayudará a distinguir entre lo que se sabe con seguridad y lo que está en fase de investigación. También es importante que el paciente tenga en cuenta que los nuevos descubrimientos que se hacen en el campo de la salud mental deben verse siempre en perspectiva y en un contexto determinado.

Los pacientes y los familiares necesitan que se les dé información precisa, veraz y realista para hacer frente al trastorno mental y a sus efectos sobre la vida diaria. Muchos pacientes no entienden la naturaleza del trastorno mental que padecen, y preguntan a los profesionales sanitarios: «¿por qué me tiene que pasar esto a mí?» En estos casos, lo que necesitan es una información exhaustiva y a la vez fácil de entender sobre el trastorno mental que padecen y la forma de tratarlo. Por ello es importante que el personal de enfermería esté bien informado y aprenda a informar de forma eficaz, teniendo siempre presente que de esta forma contribuye a ayudar a las personas que tienen que afrontar en

su día a día los efectos de los trastornos mentales.

### Consideraciones a tener en cuenta cuando se trabaja la autoconciencia

- Los trastornos mentales crónicos, al igual que las enfermedades físicas, cursan con períodos de remisión y de reagudización. La recidiva no es culpa del paciente y no siempre se debe a un fallo del tratamiento o del personal sanitario.
- La investigación sobre las causas biológicas de los trastornos mentales está todavía dando sus primeros pasos. No se deben rechazar los nuevos descubrimientos sólo porque aún no se puedan aplicar directamente a la práctica clínica.
- En muchos casos, si el paciente deja de tomar la medicación o no la toma de la forma que se le ha explicado no es porque no quiera colaborar con los profesionales sanitarios. Puede ocurrir que se deba a la falta de razonamiento o a las alteraciones del pensamiento asociadas con el trastorno mental que padece.

### *P*reguntas de razonamiento crítico

1. Es posible detectar un gen asociado con el aumento del riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío. ¿Debería estar disponible esta prueba para todo el que la solicite? ¿Por qué? ¿Qué problemas podrían plantearse si se hiciese esta prueba a todas las personas que estuviesen dispuestas a someterse a ella?
2. ¿Qué consecuencias tendría para la enfermería si pudiésemos predecir trastornos mentales como la esquizofrenia mediante la identificación de los genes responsables? ¿Se debería aconsejar a las personas portadoras de estos genes que no tuviesen hijos? ¿Quién debería tomar esta decisión teniendo en cuenta que muchas personas que padecen una enfermedad mental de naturaleza crónica reciben prestaciones económicas del Estado?
3. Los laboratorios farmacéuticos investigan para el desarrollo de nuevos medicamentos. Se invierte mucho más dinero y esfuerzo en desarrollar nuevos fármacos para tratar enfermedades muy prevalentes que en investigar sobre el tratamiento de enfermedades raras, como el síndrome de Gilles de la Tourette. ¿Cuáles son los dilemas éticos y económicos de la investigación para el desarrollo de nuevos medicamentos?

### PUNTOS CLAVE



- La investigación en el ámbito de la neurobiología está ampliando constantemente nuestros conocimientos sobre los trastornos mentales, con los consiguientes avances en la práctica clínica de la psiquiatría.
- El cerebro es el centro en el que se recibe, integra y coordina toda la información que necesitamos para interpretar y responder a los estímulos de nuestro

entorno.

- El cerebelo es el centro encargado de la coordinación de los movimientos y de los ajustes posturales del cuerpo.
- En el tronco encefálico están situados los centros nerviosos que controlan las funciones cardiovasculares y respiratorias, así como el sueño, la consciencia y los impulsos.
- El sistema límbico regula la temperatura corporal, el apetito, las sensaciones, la memoria y la activación.
- Los neurotransmisores son sustancias químicas que se producen en las neuronas y contribuyen a la transmisión de la información que llega y sale del cerebro. Se sabe que algunos neurotransmisores importantes, como la dopamina, la noradrenalina, la serotonina, la histamina, la acetilcolina, el GABA y el glutamato, desempeñan un papel importante en los trastornos mentales y son diana de los tratamientos farmacológicos.
- Los esfuerzos de los investigadores se centran ahora en el papel que desempeña la genética, la herencia y los virus en la etiología de los trastornos mentales.
- El tratamiento farmacológico de los trastornos mentales se basa en la capacidad que tienen algunos medicamentos de eliminar los síntomas o reducir su intensidad.
- Para elegir un psicofármaco hay que tener en cuenta los siguientes factores: su eficacia, potencia y semivida, así como la edad y la raza del paciente. También se tendrán en cuenta los demás medicamentos que el paciente esté tomando y los posibles efectos secundarios del psicofármaco.
- Los neurolépticos son los psicofármacos más importantes para el tratamiento de los trastornos psicóticos, como la esquizofrenia. Provocan efectos secundarios que pueden requerir tratamiento farmacológico. Los efectos secundarios de los neurolépticos que pueden tratarse con anticolinérgicos se denominan síntomas extrapiramidales (SEP); los principales son la distonía aguda, la acatisia y el seudoparkinsonismo. Otros efectos secundarios graves de los neurolépticos son la discinesia tardía (DT) (movimientos involuntarios) y el síndrome neuroléptico maligno (SNM), que puede provocar la muerte del paciente.
- Debido a que los efectos secundarios de los neurolépticos suelen ser graves, el paciente debe estar bien informado. Es importante asegurarse de que toma la medicación tal como se le ha prescrito, ya que el cumplimiento del tratamiento es fundamental en el tratamiento con neurolépticos. Tiene que estar supervisado de forma muy estricta por el personal de enfermería.
- Los antidepresivos se clasifican en cuatro grupos o clases farmacológicas: antidepresivos de estructura cíclica, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y antidepresivos de nueva generación.
- Los profesionales de enfermería deben advertir a los pacientes que están tomando un IMAO que no ingieran alimentos que contienen tiramina, ya que la combinación de estos antidepresivos con la tiramina produce episodios hipertensivos que pueden poner en peligro la vida del paciente.

- El riesgo de suicidio aumenta cuando el paciente empieza a tomar antidepresivos. Aunque el paciente mejore, los pensamientos suicidas siguen presentes y la medicación puede producir un aumento de la energía y de la iniciativa del paciente, por lo que puede decidir suicidarse.
- El litio y algunos anticonvulsivos se utilizan como estabilizadores del estado de ánimo para tratar algunos trastornos mentales, especialmente el trastorno bipolar.
- El personal de enfermería debe encargarse de hacer un seguimiento de la concentración de litio en la sangre. Por tanto, debe hacerse análisis de sangre a intervalos regulares con el fin de asegurarse que la concentración de litio está dentro del intervalo terapéutico y prevenir la toxicidad producida por el medicamento. Los síntomas de la toxicidad por litio son diarrea y vómitos graves, somnolencia, debilidad muscular y pérdida de la coordinación. Si no se trata, la toxicidad por litio conduce al coma y a la muerte.
- Las benzodiazepinas se utilizan para tratar varios problemas relacionados con la ansiedad y el insomnio. Los pacientes tratados con benzodiazepinas no deben tomar bebidas alcohólicas, ya que el alcohol potencia el efecto de estos medicamentos.



## RECURSOS DE INTERNET

### RECURSOS

- Clinical Pharmacology Online
- Research Project Relating to DNA, Genetics, and Mental Disorders
- U.S. Food and Drug Administration

### DIRECCIONES DE INTERNET

[www.clinicalpharmacology.com](http://www.clinicalpharmacology.com)

[Nimh.nih.gov](http://Nimh.nih.gov)

<http://www.fda.gov>

- Los estimulantes del SNC, como el metilfenidato, se utilizan fundamentalmente para el tratamiento de los niños que padecen un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). El metilfenidato ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de estos niños, ya que se consigue que los pacientes se calmen y se concentren en el colegio y en deberes; sin embargo, no se conoce bien el mecanismo de acción de este psicofármaco.
- Cada grupo étnico metaboliza los psicofármacos de forma diferente, y esto debe tenerse en cuenta a la hora de elegir la dosis.
- El personal de enfermería debe evaluar el consumo de productos de fitoterapia en todos los pacientes, ya que algunos pueden tener interacciones no deseadas con los psicofármacos.



## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arniel, J. M., & Mathew, S. J. (2007). Glutamate and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 9(4), 278–282.
- Chen, J. P., Barron, C., Lin, K. M., et al. (2002). Prescribing medication for Asians with mental disorders. *Western Journal of Medicine*, 176(4), 271–275.
- Cornish, J. W., McNicholas, L. F., & O'Brien, C. P. (2006). Treatment of substance-related disorders. In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *Essentials of clinical pharmacology* (2nd ed., pp. 647–667). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Daniel, D. G., Copeland, L. F., & Tamminga, C. (2006). Ziprasidone. In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *Essentials of clinical pharmacology* (2nd ed., pp. 297–305). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Fujita, M., Kugaya, A., & Innis, R. B. (2005). Radiotracer imaging: Basic principles and exemplary findings in neuropsychiatric disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 222–236). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Glassman, A. H. (2005). Schizophrenia, antipsychotic drugs, and cardiovascular disease. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(Suppl. 6), 5–10.
- Howland, R. H. (2007). Lithium: Underappreciated and underused? *Journal of Psychosocial Nursing*, 45(8), 13–17.
- Krishnan, K. R. R. (2006). Monoamine oxidase inhibitors. In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *Essentials of clinical pharmacology* (2nd ed., pp. 113–125). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Lehne, R. A. (2006). *Pharmacology for nursing care* (6th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Malaty, W. (2005). St. John's wort for depression. *American Family Physician*, 71(7), 1375–1376.
- Muller, D. J., & Kennedy, J. L. (2006). Genetics of antipsychotic treatment emergent weight gain in schizophrenia. *Pharmacogenomics*, 7(6), 863–887.
- National Institutes of Health. (2007). *About ELSI*. Retrieved February 3, 2002, from <http://www.nhgri.nih.gov/ELSI>.
- Newcomer, J. N., & Haupt, D. W. (2006). The metabolic effects of antipsychotic medications. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(8), 480–491.
- Plata-Salaman, C. R., Shank, R. P., & Smith-Swintosky, V. L. (2005). Amino acid neurotransmitters. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 60–72). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
- Stahl, S. M. (2006). *Essential psychopharmacology: The prescriber's guide*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Swedo, S. E., & Grant, P. J. (2005). Annotation: PANDAS: A model for human autoimmune disease. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 46(3), 227–234.
- Tecott, L. H., & Smart, S. L. (2005). Monoamine transmitters. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 49–60). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Vythilingam, M., Shen, J., Drevets, W. C., et al. (2005). Nuclear magnetic resonance imaging: Basic principles and recent findings in neuropsychiatric disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 201–222). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Woods, S. W., Saksa, J. R., Baker, C. B., Cohen, S. J., & Tek, C. (2008). Effects of levetiracetam on tardive dyskinesia: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 546–554.
- Woods, S. W., Sullivan, M. C., Neuse, E. C., et al. (2003). Racial and ethnic effects on antipsychotic prescribing



practices in a community mental health center. *Psychiatric Services*, 54(2), 177–179.

## LECTURAS RECOMENDADAS

Janicak, P. G., & Beedle, D. (2005). Medication-induced movement disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 8th ed., pp. 2712–2718). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Mathews, C. A., & Friemer, N. B. (2005). Genetic linkage analysis of the psychiatric disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 252–272). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

## Autoevaluación

### PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. Un profesional de enfermería está explicando a un paciente en tratamiento con un IMAO qué alimentos no debe tomar por tener un contenido muy elevado de tiramina, ¿cuál de las siguientes afirmaciones indicaría que el paciente no ha entendido bien lo que se le ha explicado?
  - a. «Me alegro de poder seguir comiendo *pizza*, siempre que no sea una *pizza pepperoni*».
  - b. «Entonces puedo comer queso fresco sin ningún problema».
  - c. «No puedo tomar cerveza sin alcohol».
  - d. «Puedo incluir las judías verdes en la dieta».
2. Un paciente con depresión y antecedentes de intento de suicidio ha empezado a tomar un antidepresivo tricíclico hace 2 semanas y hoy le van a dar el alta en el hospital y va a irse a casa. ¿Cuál de los siguientes problemas debe ser motivo de preocupación para el profesional de enfermería?
  - a. El paciente puede necesitar una receta de difenhidramina para tratar los efectos secundarios.
  - b. El personal de enfermería debería evaluar el riesgo del suicidio antes de que al paciente le den el alta.
  - c. El profesional de enfermería debe explicar al paciente cuáles son los síntomas del síndrome neuroléptico maligno antes de que se vaya a casa.
  - d. El paciente tendrá que someterse a análisis de sangre cada cierto tiempo para determinar las concentraciones terapéuticas del fármaco en la sangre.
3. ¿Cuáles son los síntomas indicativos de toxicidad por litio?

- a. Sedación, fiebre y nerviosismo.
  - b. Agitación psicomotora, insomnio y aumento de la sed.
  - c. Aumento de la cifra de leucocitos, sudoración y confusión.
  - d. Diarrea, vómitos graves y debilidad.
4. ¿Cuál de los siguientes es un problema preocupante en los niños con TDAH tratados con estimulantes del SNC durante varios años?
- a. La aparición de dependencia.
  - b. El insomnio.
  - c. La detención del crecimiento.
  - d. La ganancia de peso.
5. Un profesional de enfermería está atendiendo a un paciente esquizofrénico que recibe tratamiento con haloperidol. Éste se queja de nerviosismo, de no poder permanecer sentada y de rigidez muscular. ¿Cuál de los siguientes medicamentos debe administrarse para tratar estos síntomas?
- a. Haloperidol, 5 mg v.o.
  - b. Benzotropina, 2 mg v.o.
  - c. Propranolol, 20 mg v.o.
  - d. Trazodona, 50 mg v.o.
6. ¿Cuál de los siguientes elementos debe incluirse siempre en la educación de los pacientes que están tomando lamotrigina?
- a. Una dieta bien equilibrada para evitar la ganancia de peso.
  - b. La necesidad de informar al médico inmediatamente si aparece una erupción cutánea.
  - c. La conveniencia de tomar siempre la medicación con las comidas para prevenir las náuseas.
  - d. La advertencia de que este fármaco puede provocar dependencia psicológica.
7. ¿Cuál de las siguientes prescripciones del psiquiatra puede causar problemas en un paciente que dice ser alérgico a las fenotiazinas?
- a. Haloperidol, 5 mg v.o. dos veces al día.
  - b. Tiotixeno, 10 mg v.o. dos veces al día.
  - c. Flufenazina, 5 mg v.o. tres veces al día.
  - d. Risperidona, 2 mg dos veces al día.
8. ¿En qué pacientes es necesario realizar un control muy estricto de la función

cardíaca?

- a. En los que toman antidepresivos.
- b. En los que toman neurolépticos.
- c. En los que toman estabilizadores del estado de ánimo.
- d. En los que toman estimulantes del SNC.

---

### RELLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO

¿A qué clase farmacológica pertenecen los siguientes psicofármacos?

- \_\_\_\_\_ 1. Clozapina
- \_\_\_\_\_ 2. Fluoxetina
- \_\_\_\_\_ 3. Amitriptilina
- \_\_\_\_\_ 4. Benzotropina
- \_\_\_\_\_ 5. Metilfenidato
- \_\_\_\_\_ 6. Carbamazepina
- \_\_\_\_\_ 7. Clonazepam
- \_\_\_\_\_ 8. Quetiapina

---

### PREGUNTAS DE RESPUESTA BREVE

1. Explique por qué es necesario ir disminuyendo progresivamente la dosis de los psicofármacos antes de suspender el tratamiento.
2. Describa la información que el personal de enfermería debe dar a los pacientes que han sido citados para realizar una PET.
3. Explique en qué consiste el proceso de facilitación y qué relación tiene con los episodios maníacos del trastorno bipolar.

# 3

## Teorías y terapias psicosociales

### Términos clave

- análisis de los sueños
- análisis y modificación de conducta
- asociación libre
- autorrealización
- comunidad o medio terapéutico
- condicionamiento operante
- conductismo
- contratransferencia
- crisis
- desensibilización sistemática
- ello
- grupo de autoayuda
- grupo de psicoterapia
- grupo educativo
- grupos abiertos
- grupos cerrados
- grupos de apoyo
- humanismo
- inconsciente
- intervención en los momentos de crisis
- intervenciones psicosociales
- jerarquía de las necesidades humanas
- mecanismos de defensa del yo
- medicina alternativa
- medicina complementaria
- medicina integradora
- modo paratáctico

- modo prototático
- modo sintático

## Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Explicar las nociones y las técnicas básicas en las siguientes teorías psicosociales: psicoanalítica, del desarrollo, interpersonal, humanista, conductual, existenciales e intervención en momentos de crisis.
2. Describir las siguientes modalidades de tratamiento o terapia psicosocial: psicoterapia individual, terapia de grupo, terapia familiar, modificación de conducta, desensibilización sistemática, economía de fichas, grupos de autoayuda, grupos de apoyo, grupos educativos, terapia cognitiva, terapia de la realidad y rehabilitación psiquiátrica.
3. Explicar la teoría psicosocial en la que se basa cada una de las estrategias de tratamiento.
4. Explicar cómo han influido en la práctica de la enfermería actual algunas de estas perspectivas teóricas.

- observador participativo
- psicoanálisis
- psicoterapia individual
- refuerzo negativo
- refuerzo positivo
- rehabilitación psiquiátrica
- relación terapéutica entre el personal de enfermería y el paciente
- superyó
- terapia ambiental
- terapia cognitiva
- terapia de familia
- terapia de grupo
- transferencia
- tratamiento centrado en el paciente
- yo

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.

**LA TEORÍA ACTUAL EN SALUD MENTAL** es bastante ecléctica, lo que significa que se sirve de conceptos y estrategias extraídos de diversas fuentes. Este capítulo presenta una perspectiva de las teorías psicosociales más importantes, destaca las ideas y los conceptos de práctica habitual y explica las diversas modalidades psicosociales de terapia. Las teorías psicosociales han creado numerosos modelos que actualmente se utilizan en la terapia individual y de grupo, así como en otros muchos contextos de terapia. El

modelo de tratamiento médico se basa en las teorías neurobiológicas que se explican en el [capítulo 2](#).

## TEORÍAS PSICOSOCIALES

Son muchas las teorías que tratan de explicar el comportamiento, la salud y la enfermedad mental de los seres humanos. Cada una de ellas se basa en el desarrollo evolutivo del individuo, de acuerdo con las creencias, las suposiciones y la visión del mundo que tiene el teórico. En estas teorías se fundamentan las estrategias que el médico o el psicólogo utilizará para trabajar con los pacientes. Muchas de las que se exponen en este capítulo no se basan en pruebas empíricas ni en investigaciones sino que evolucionaron a partir de las experiencias individuales de sus autores, por lo que sería más adecuado llamarlas modelos o sistemas conceptuales.

En este capítulo se presentan los siguientes tipos de teorías psicosociales:

- Psicoanalíticas.
- Evolutivas.
- Interpersonales.
- Humanistas.
- Conductuales.
- Existenciales.

### Teorías psicoanalíticas

#### *Sigmund Freud: padre del psicoanálisis*

Sigmund Freud (1856-1939; [fig. 3-1](#)) formuló la teoría psicoanalítica a finales del siglo XIX y comienzos del XX en Viena, ciudad en la que pasó la mayor parte de su vida. Otros muchos psicoanalistas y teóricos importantes contribuyeron a este cúmulo de conocimientos, pero su fundador indiscutible fue Freud. Son muchos los médicos y teóricos que estuvieron en desacuerdo con gran parte de la teoría psicoanalítica de Freud, y que más tarde expusieron sus propias teorías y estilos de terapia.



Figura 3-1 Sigmund Freud, padre del psicoanálisis.

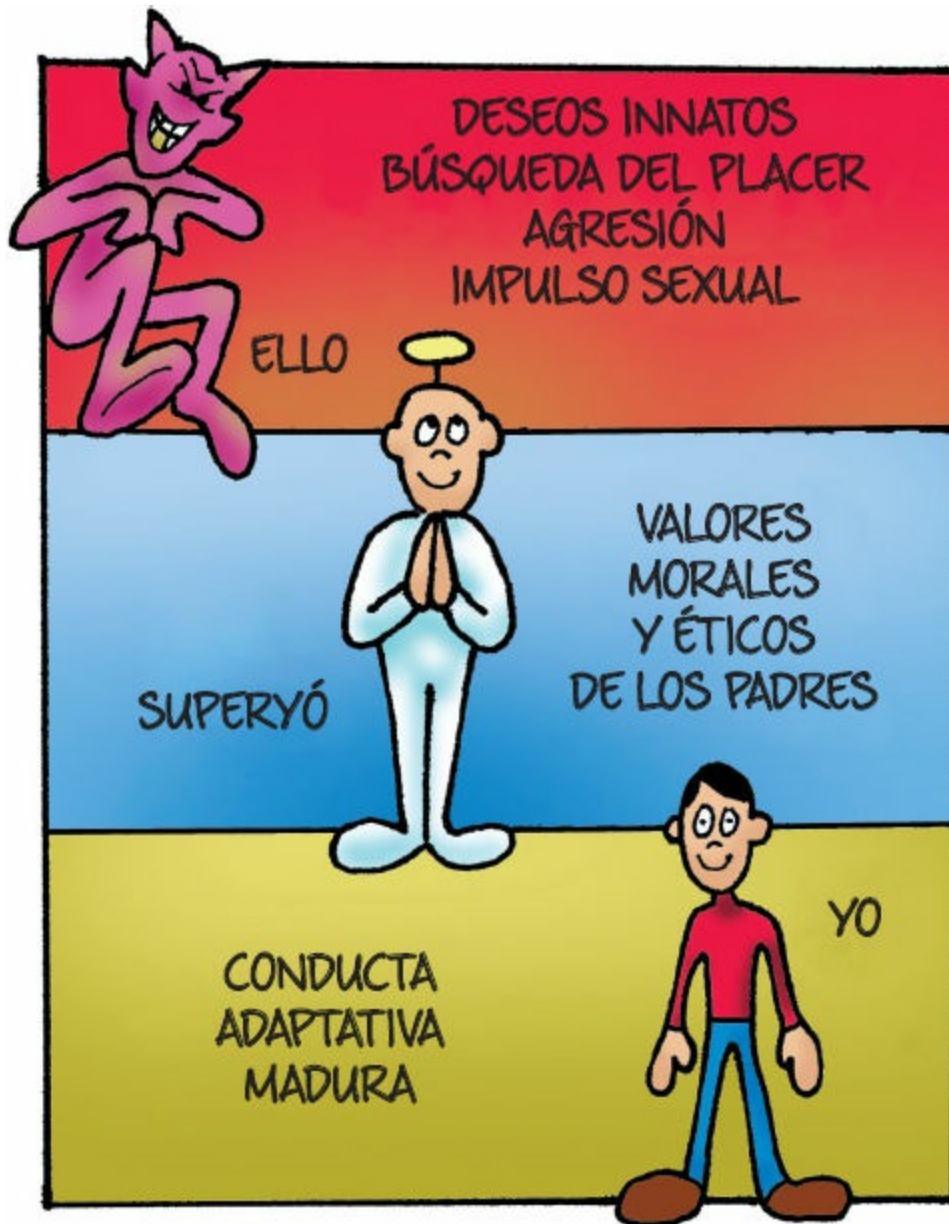
La teoría psicoanalítica se construye sobre el concepto de que todo comportamiento humano tiene una causa y, por tanto, puede explicarse (teoría determinista). Freud creía que lo que motiva una parte importante de la conducta humana son los impulsos y deseos sexuales reprimidos (obligados a alejarse del conocimiento consciente). Freud elaboró sus ideas y explicaciones iniciales sobre el comportamiento humano a partir de su experiencia con unos cuantos pacientes, todos ellos mujeres, que mostraban conductas poco habituales, como alteraciones de la visión y el habla, incapacidad para comer y parálisis de las extremidades. Estos síntomas carecían de fundamento fisiológico, de manera que Freud los consideró un comportamiento «histérico» o neurótico de estas mujeres. Tras varios años de trabajo con ellas, llegó a la conclusión de que gran parte de estos problemas eran consecuencia de traumas infantiles o de la imposibilidad de culminar su maduración psicosexual. Estas mujeres reprimían las necesidades y sentimientos sexuales no satisfechos, así como los acontecimientos traumáticos que habían vivido. Las conductas «histéricas» o neuróticas eran consecuencia de esos conflictos no resueltos.

**Componentes de la personalidad: ello, yo y superyó.** Freud conceptualizó una estructura de la personalidad compuesta por tres elementos: el ello, el yo y el superyó



(Freud, 1923/1962). El **ello** es la parte de la naturaleza humana que refleja los deseos básicos o innatos, como las conductas que buscan el placer, la agresividad y la satisfacción sexual. El ello procura satisfacción instantánea, provoca comportamientos impulsivos no razonados y no tiene en cuenta las reglas ni las convenciones sociales. El **superyó** es la parte de la personalidad que refleja los conceptos morales y éticos, así como los valores y las expectativas de los padres y de la sociedad; por tanto, se opone directamente al ello. El tercer componente, el yo, es la fuerza equilibradora o mediadora entre el ello y el superyó. El **yo** representa la conducta madura y adaptativa que permite a la persona funcionar de forma satisfactoria en el mundo. Freud creía que la ansiedad era consecuencia de los intentos del yo de equilibrar los instintos impulsivos del ello y las reglas restrictivas del superyó. La ilustración muestra la relación entre estas estructuras de la personalidad.

**Conducta motivada por pensamientos y sentimientos inconscientes.** Freud creía que la personalidad humana funcionaba en tres niveles de consciencia: el consciente, el preconsciente y el inconsciente (Freud, 1923/1962). El consciente se refiere a las percepciones, los pensamientos y las emociones que existen en la consciencia de la persona, como por ejemplo cuando nos damos cuenta de que nos sentimos felices al pensar en una persona a la que queremos. Los pensamientos y las emociones preconscientes no están todo el tiempo presentes en la consciencia de la persona, pero los evoca con cierto esfuerzo; por ejemplo, un adulto que recuerda lo que hizo, pensó o sintió cuando era niño. El inconsciente es la esfera de los pensamientos y los sentimientos que motivan a la persona, aunque esa persona no se dé en absoluto cuenta de ellos. Esta esfera comprende la mayor parte de los mecanismos de defensa (v. más adelante) y algunos impulsos y motivaciones instintivos. Según las teorías de Freud, la persona reprime en el inconsciente el recuerdo de acontecimientos traumáticos cuyo recuerdo es demasiado doloroso.



**Los componentes de la personalidad según Freud.**

Freud creía que gran parte de lo que hacemos y decimos está motivado por pensamientos y sentimientos **inconscientes** (que se encuentran bien en el preconscious o en el inconsciente). Se llama *acto fallido* o *lapsus freudiano* a los errores del lenguaje, por ejemplo cuando una mujer dice «Hoy estás muy grasa» a una amiga con sobrepeso a la que, en realidad, quería decir «Hoy estás muy guapa». Freud pensaba que estos lapsus no son accidentes ni casualidades, sino más bien indicadores de pensamientos o sentimientos inconscientes que emergen de manera fortuita en la conversación informal diaria.

**Análisis de los sueños de Freud.** Freud creía que los sueños de las personas son un reflejo de su inconsciente y tienen un significado importante, aun cuando a veces este significado esté oculto o sea simbólico. El **análisis de los sueños**, una de las principales

técnicas que aplica el psicoanálisis, se centra en hablar de los sueños del paciente a fin de descubrir su significado y su importancia reales. Por ejemplo, una paciente informa tener sueños recurrentes y aterradores sobre serpientes que la persiguen. La interpretación de Freud podría ser que a esa mujer le asusta mantener relaciones íntimas con los hombres, por lo que la serpiente sería un símbolo fálico, es decir, una representación del pene.

Otro método que se emplea para acceder a los pensamientos y sentimientos inconscientes es la **asociación libre**, en la que el terapeuta trata de sacar a la luz los verdaderos pensamientos y sentimientos del paciente diciendo una palabra y pidiendo al paciente que responda rápidamente lo primero que le venga a la mente. Freud pensaba que con esas respuestas rápidas se podían descubrir los pensamientos y sentimientos inconscientes o reprimidos.

**Mecanismos de defensa del yo.** Freud creía que el yo (o ego) utiliza **mecanismos de defensa**, que son métodos para intentar proteger al yo y enfrentarse a los impulsos básicos o a los pensamientos, sentimientos o acontecimientos dolorosos. Los mecanismos de defensa se explican en la [tabla 3-1](#). Por ejemplo, una persona a la que le han diagnosticado un cáncer y le han dicho que le quedan 6 meses de vida, se niega a hablar de su enfermedad: está aplicando el mecanismo de defensa denominado negación (rechazo a aceptar la realidad de su situación). Si una persona que se está muriendo de cáncer muestra continuamente una conducta alegre, es posible que esté empleando el mecanismo de defensa denominado formación reactiva para no tener que expresar sus verdaderas emociones. La mayoría de los mecanismos de defensa actúan en el nivel inconsciente, por lo que la persona no se da cuenta de lo que está pasando, y, por tanto, puede necesitar ayuda para ver la realidad.

**Las cinco etapas de la maduración psicosexual.** Freud basó su teoría del desarrollo infantil en la idea de que la energía sexual, llamada *libido*, era la fuerza impulsora del comportamiento humano. Propuso que los niños pasan por cinco etapas de maduración psicosexual: la oral (desde el nacimiento hasta los 18 meses), la anal (18 a 36 meses), la fálica/edípica (3 a 5 años), la de latencia (5 a 11 o 13 años) y la genital (11 a 13 años). En la [tabla 3-2](#) se describen estas etapas y las tareas evolutivas que las acompañan. Cuando una persona tiene dificultad en hacer la transición de una etapa a la siguiente, o cuando permanece fijada en una etapa en particular o regresa a una anterior una vez superada, aparece uno o más síntomas psicopatológicos. En esa época, hablar abiertamente de los impulsos sexuales, especialmente de los niños, se consideraba escandaloso (Freud, 1923/ 1962).

**Transferencia y contratransferencia.** Freud creó los conceptos de transferencia y contratransferencia. La **transferencia** se produce cuando el paciente desplaza hacia el terapeuta actitudes y sentimientos que originalmente experimentó en otras relaciones interpersonales (Freud, 1923/1962). En la relación terapéutica, las pautas de la transferencia son automáticas e inconscientes. Por ejemplo, una paciente adolescente que trabaja con un profesional de enfermería que tiene aproximadamente la misma edad que su padre podría reaccionar ante ese profesional de la misma manera que reacciona con sus padres. Puede experimentar intensos sentimientos de rebelión o hacer comentarios

sarcásticos; en realidad estas reacciones se basan en su experiencia con los padres y no con el personal de enfermería.

La **contratransferencia** tiene lugar cuando el terapeuta desplaza hacia el paciente actitudes o sentimientos que tienen que ver con su pasado. Por ejemplo, un profesional de enfermería que tiene un hijo adolescente y está experimentando una frustración extrema con un paciente de edad similar puede responder adoptando una actitud paternal o de castigo. El personal de enfermería puede contratransferir al paciente sus actitudes y sentimientos hacia sus propios hijos, pero puede afrontar la contratransferencia por medio del examen de sus propios sentimientos y respuestas, aplicando la autoconciencia y hablando con sus colegas.

Tabla 3-1. Mecanismos de defensa del yo

Compensación	Logros muy relevantes en un área para contrarrestar las deficiencias reales o percibidas en otra área <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complejo de Napoleón: un hombre muy bajo que llega a ser emperador</li> <li>• Personal de enfermería con poca autoestima que trabaja turnos dobles para agradar a su supervisor</li> </ul>
Conversión	Expresión de un conflicto emocional por medio de la aparición de un síntoma físico, generalmente de naturaleza motora, sensorial o sensitiva <ul style="list-style-type: none"> <li>• El adolescente a quien prohíben ver películas clasificadas X, cuyos amigos le tientan a verlas y se queda ciego, pero al adolescente no le preocupa la pérdida de la visión</li> </ul>
Negación	No se reconoce un trastorno insoportable; no se acepta la realidad de una situación o se deja que el problema continúe sin hacer nada <ul style="list-style-type: none"> <li>• La persona diabética que come chocolate de postre todos los días</li> <li>• Gastar dinero alegremente cuando se está arruinado</li> <li>• Estar 3 días sin ir al médico cuando se sufre un dolor abdominal muy intenso</li> </ul>
Desplazamiento	Exteriorización de sentimientos intensos hacia personas menos amenazadoras o problemáticas que la que despertó esos sentimientos <ul style="list-style-type: none"> <li>• El hombre que está enfadado con su jefe y grita a su mujer</li> <li>• El niño acosado por un matón en la escuela que maltrata a su hermano pequeño</li> </ul>
Disociación	Enfrentarse a un conflicto emocional por medio de una alteración temporal de la consciencia o de la propia personalidad <ul style="list-style-type: none"> <li>• La amnesia que impide recordar el accidente de carretera que se tuvo el día anterior</li> <li>• El adulto que no recuerda haber sido objeto de abusos sexuales cuando era niño</li> </ul>
Fijación	Inmovilización de una parte de la personalidad como resultado de no haber podido superar las tareas propias de una determinada etapa del desarrollo <ul style="list-style-type: none"> <li>• No aprender nunca a retrasar la gratificación</li> <li>• Un adulto que no tiene un claro sentido de identidad</li> </ul>
Identificación	Adoptar como modelo las acciones y opiniones de otras personas influyentes mientras se busca la propia identidad o se aspira a alcanzar una meta personal, social o profesional <ul style="list-style-type: none"> <li>• La estudiante de enfermería que quiere trabajar en la unidad de cuidados intensivos porque ésta es la especialidad de una instructora que admira</li> </ul>
Intelectualización	Separación de las emociones o de las consecuencias asociadas con un acontecimiento o una situación dolorosos; el individuo reconoce los hechos, pero no las emociones <ul style="list-style-type: none"> <li>• La persona que no muestra ni expresa sus emociones cuando está hablando de un accidente de tráfico grave que ha sufrido hace poco</li> </ul>
Introyección	Incorporar como propios las actitudes, creencias y valores de otra persona <ul style="list-style-type: none"> <li>• La persona que odia las armas y se vuelve un cazador empedernido, exactamente como su mejor amigo</li> </ul>
Proyección	Culpar a otro de las inclinaciones y pensamientos inaceptables inconscientes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un hombre que ha pensado en tener una relación con alguien de su mismo sexo, pero nunca se ha atrevido a hacerlo, golpea a un homosexual que ve por la calle</li> <li>• La persona con muchos prejuicios que tilda a otros de fanáticos</li> </ul>
Racionalización	Dar una explicación de nuestro propio comportamiento para evitar la culpa, la responsabilidad, el conflicto, la ansiedad o la pérdida de la autoestima <ul style="list-style-type: none"> <li>• El alumno culpa del hecho de haber suspendido el examen al profesor que «le tiene manía»</li> <li>• El hombre que dice que pega a su mujer porque ella no le presta atención</li> </ul>
Formación reactiva	Actuar justo en sentido contrario de lo que uno piensa o siente <ul style="list-style-type: none"> <li>• La mujer que nunca ha querido tener hijos y se vuelve una supermamá</li> <li>• La persona que desprecia a su jefe y va diciendo a todo el mundo que tiene el mejor jefe del mundo</li> </ul>
Regresión	Retroceder a una etapa anterior del desarrollo para sentirse más seguro y poder satisfacer los deseos y necesidades <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un niño de 5 años quiere que le den el biberón cuando la madre está alimentando a su hermano pequeño</li> <li>• Un hombre se pone a hacer pucheros cuando no es el centro de la atención de su novia</li> </ul>
Represión	Expulsar de la consciencia los pensamientos y sentimientos que son emocionalmente dolorosos o provocan ansiedad <ul style="list-style-type: none"> <li>• La mujer que no recuerda el atraco del que fue víctima el día anterior</li> <li>• La mujer que no recuerda nada de antes de que tuviera 7 años, justo la edad que tenía cuando sus padres, que la maltrataban, se separaron</li> </ul>
Resistencia	Antagonismo manifiesto u oculto a recordar o recibir información que provoca ansiedad <ul style="list-style-type: none"> <li>• El profesional de enfermería que está demasiado ocupado con sus tareas y no puede dedicar tiempo a hablar con un paciente que se está muriendo</li> <li>• La persona que se somete a un tratamiento para el alcoholismo por orden judicial, pero falta continuamente a las sesiones</li> </ul>



**Tabla 3-1. Mecanismos de defensa del yo (cont.)**

Sublimación	Sustituir un impulso considerado inaceptable por una actividad socialmente aceptable <ul style="list-style-type: none"> <li>• La persona que ha dejado de fumar chupa caramelos cuando le surge el deseo de fumar</li> <li>• La persona que va al parque a correr 15 min cuando se siente tentada a comer «comida basura»</li> </ul>
Sustitución	Reemplazo de una gratificación deseada por otra que es más fácil de conseguir <ul style="list-style-type: none"> <li>• La mujer que desea ser madre abre una guardería</li> </ul>
Supresión	Alejamiento consciente de pensamientos y sentimientos inaceptables que dejan de ser conscientes <ul style="list-style-type: none"> <li>• El alumno que decide no pensar en la enfermedad que sufre uno de sus padres para así poder estudiar para un examen</li> <li>• Una mujer le dice a su amiga que en ese momento es incapaz de pensar en la muerte de su hijo</li> </ul>
Neutralización	Una conducta aceptable con la que se pretende compensar otra inaceptable o negarla <ul style="list-style-type: none"> <li>• El hombre que engaña a su esposa le lleva un ramo de rosas</li> <li>• El hombre despiadado en los negocios que dona grandes cantidades de dinero a obras de beneficencia</li> </ul>

**Tabla 3-2. Etapas del desarrollo psicosexual según Freud**

Fase	Edad	Características
Oral	Desde el nacimiento a los 18 meses	La localización principal de tensiones y gratificaciones es la boca, los labios y la lengua; al niño le gusta chupar, morder y succionar El ello está presente desde el nacimiento El yo se desarrolla poco a poco a partir de la estructura rudimentaria que existe al nacer
Anal	18-36 meses	El niño está interesado en el ano y en la zona que lo rodea Se adquiere el control voluntario de los esfínteres
Fálica/edípica	3-5 años	La zona de interés son los genitales, así como su estimulación y la excitación que la produce esta estimulación El pene es el órgano de interés para ambos sexos Es habitual la masturbación En las niñas aparece la envidia de pene (deseo de tener un pene); en los niños y en las niñas aparece el complejo de Edipo (deseo de «casarse» con el progenitor del sexo opuesto y de librarse del progenitor del mismo sexo)
Latencia	5-11 o 13 años	Resolución del complejo de Edipo El impulso sexual se canaliza hacia actividades socialmente adecuadas como el trabajo escolar y los deportes Formación del superyó
Genital	11-13 años	Etapa final del desarrollo psicosexual Comienza con la pubertad y la capacidad biológica de experimentar el orgasmo; supone el inicio de la capacidad de mantener relaciones sexuales completas

Adaptado de Freud S (1962). *The ego and the id (The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud)* (J. Strachey, Trans.). New York: W. W. Norton & Company.

### **Práctica psicoanalítica actual**

El **psicoanálisis** se centra en descubrir las causas de los pensamientos, sentimientos y conflictos inconscientes y reprimidos del paciente, que se cree son los causantes de la ansiedad, así como en ayudar al paciente a comprender y resolver estos conflictos y ansiedades. El psicoterapeuta utiliza las técnicas de asociación libre, análisis de los sueños e interpretación de la conducta.

El psicoanálisis sigue practicándose en la actualidad, aunque de forma muy limitada. Hay que hacer dos o más sesiones semanales durante varios años, por lo que resulta muy costoso para los seguros médicos privados y para los sistemas públicos de salud. Por esta razón, al psicoanálisis se le llama la «psicoterapia para los ricos».

### **Teorías sobre el desarrollo**

### *Erik Erikson y las etapas psicosociales del desarrollo*

Erik Erikson (1902-1994), psicoanalista nacido en Alemania, se dedicó durante toda su vida a ampliar la obra de Freud sobre el desarrollo psicosocial de la personalidad. En 1950 publicó *Infancia y sociedad*, trabajo en el que describió las ocho etapas psicosociales del desarrollo. En cada una de esas etapas el individuo debe culminar una tarea vital que es esencial para su bienestar y su salud mental. Estas tareas permiten a la persona alcanzar las virtudes de la vida: esperanza, determinación, fidelidad, amor, atención y sabiduría. Las etapas, las tareas vitales y las virtudes se describen en la [tabla 3-3](#).

**Tabla 3-3. Las etapas del desarrollo psicosocial según Erikson**

Etapa	Virtud	Tarea
Confianza frente a desconfianza (bebé)	Esperanza	Visión del mundo como un lugar seguro y fiable; las relaciones son nutridas, estables y responsables
Autonomía frente a vergüenza y duda	Voluntad	Sensación de control y de libre albedrío (bebé que comienza a andar)
Iniciativa frente a culpa (preescolar)	Determinación	Comienza la formación de la consciencia; aprende a manejar los conflictos y la ansiedad
Laboriosidad frente a inferioridad (edad escolar)	Competencia	Aparece la confianza en las propias capacidades; se siente satisfecho con sus logros
Identidad frente a difusión de la identidad	Fidelidad	Formulación del sentido de sí mismo y de pertenencia a un grupo o colectividad (adolescencia)
Intimidad frente a aislamiento (juventud)	Amor	Adulto en formación, aprecia las relaciones y los apegos significativos a otras personas
Creatividad frente a estancamiento (mediana edad)	Atención	Ser creativo y productivo; dar paso y ayudar a la siguiente generación
Integridad del yo frente a desesperación (vejez)	Sabiduría	Aceptación de la responsabilidad de uno mismo y de la vida tal como es

Las ocho etapas psicosociales del desarrollo de Erikson siguen aplicándose en diversas disciplinas. Según este autor, la maduración psicosocial se produce en fases secuenciales y cada estadio depende de la finalización del estadio anterior y la realización de la tarea vital. Por ejemplo, en la etapa de la primera infancia (nacimiento hasta los 18 meses), cuando aparece la confianza frente a desconfianza, el bebé tiene que aprender a establecer una confianza básica (el resultado positivo) de que se le alimentará y se le cuidará. La formación de la confianza es imprescindible: la desconfianza, que es el resultado negativo de esta etapa, dificultará el desarrollo de la persona durante toda su vida.

### *Jean Piaget y los estadios de desarrollo cognitivo*

Jean Piaget (1896-1980) investigó de qué manera se desarrollan en los niños la inteligencia y la función cognitiva. Piaget creía que la inteligencia humana avanza a lo largo de una serie de estadios según la edad, y que en cada estadio sucesivo el niño demuestra un estado más alto de funcionamiento que en los estadios anteriores. Piaget creía firmemente que las responsables del desarrollo cognitivo son las modificaciones biológicas y la maduración.

Las cuatro etapas de desarrollo cognitivo de Piaget son las siguientes:

1. *Sensitivomotora*, desde el nacimiento hasta los 2 años: el niño crea un sentido de sí mismo separado del medio y el concepto de la permanencia de los objetos, es decir, que los objetos tangibles no dejan de existir al estar fuera de la vista. Comienza a formar imágenes mentales.
2. *Preoperacional*, de los 2 hasta los 6 años: el niño adquiere la capacidad de expresarse por medio del lenguaje, entiende el significado de los gestos simbólicos y empieza a clasificar los objetos.
3. *Operaciones concretas*, de los 6 hasta los 12 años: el niño comienza a aplicar la lógica a su pensamiento, entiende la espacialidad y la reversibilidad; se vuelve cada vez más sociable y es capaz de aplicar reglas; no obstante, el pensamiento sigue siendo concreto.
4. *Operaciones formales*, de los 12 a los 15 años y más: el niño aprende a pensar y razonar en términos abstractos; desarrolla aún más el pensamiento lógico y el razonamiento y alcanza la madurez cognitiva.

La teoría de Piaget sostiene que las personas alcanzan la madurez cognitiva entre la mitad y el final de la adolescencia. Algunos de los críticos de esta teoría creen que el desarrollo cognitivo es menos rígido y más individualizado de lo que propone. El esquema piagetiano es útil cuando se trabaja con niños. El personal de enfermería entenderá mejor lo que quiere decir el niño si tiene en cuenta el estadio del desarrollo cognitivo en el que se encuentra. También los sistemas educativos suelen estar estructurados a partir de este esquema del desarrollo cognitivo.

## Teorías interpersonales

### *Harry Stack Sullivan: relaciones interpersonales y tratamiento mediante el control de las variables del entorno*

Harry Stack Sullivan (1892-1949) fue un psiquiatra estadounidense que amplió la teoría del desarrollo de la personalidad e incluyó en ella la importancia de las relaciones interpersonales. Sullivan creía que la personalidad de un individuo es algo más que sus características propias, y que era también, sobre todo, la forma en que se interactúa con los demás. Pensaba que las relaciones inadecuadas o poco satisfactorias causan ansiedad, que él consideraba la base de todos los problemas emocionales (Sullivan, 1953). La importancia y el significado de las relaciones interpersonales en nuestra vida es probablemente la mayor contribución de Sullivan al campo de la salud mental.

**Las cinco etapas de la vida.** Sullivan estableció cinco etapas del desarrollo: primer año de vida, primera infancia, segunda infancia, preadolescencia y adolescencia, cada una de ellas centrada sobre diversos tipos de relaciones interpersonales (tabla 3-4). También describió tres modos de experiencia del desarrollo cognitivo, y creía que los trastornos mentales estaban relacionados con la persistencia de uno de estos modos o modalidades cognitivas. El **modo prototáctico**, característico del primer año de vida y de la primera infancia, comprende experiencias breves e inconexas que no se relacionan entre sí. Los adultos con esquizofrenia muestran experiencias prototácticas que persisten desde estas dos primeras etapas del desarrollo. El **modo paratáctico** comienza en la



primera infancia, cuando el niño empieza a conectar experiencias de forma secuencial. Muchas veces el niño no encuentra sentido lógico a las experiencias y las ve como coincidencias o acontecimientos fortuitos. Intenta aliviar su ansiedad repitiendo experiencias conocidas, aunque es posible que no entienda lo que está haciendo. Sullivan explicaba las ideas paranoides y los lapsus como propios de una persona que sigue en el modo paratáctico. En el **modo sintáctico**, que comienza a aparecer en niños en edad escolar y predomina en la preadolescencia, la persona comienza a percibirse a sí misma y al mundo dentro del contexto del medio que la rodea y es capaz de analizar experiencias en diferentes entornos. La madurez se define como el predominio del modo sintáctico (Sullivan, 1953).

Tabla 3-4. Las etapas de la vida según Sullivan

Etapa	Edad	Enfoque
Primer año de vida	Desde nacimiento a la aparición del lenguaje	Hay necesidad primaria de contacto físico y de ternura Domina el modo prototáctico (no hay relación entre experiencias) Las zonas principales son la oral y la anal Si se satisfacen sus necesidades, el bebé se siente bien; las necesidades no satisfechas causan gran temor y ansiedad
Primera infancia	Desde la aparición del lenguaje hasta los 5 años	Los padres se consideran fuente de elogio y aceptación Paso al modo paratáctico: las experiencias se conectan secuencialmente unas con otras La zona principal es la anal La gratificación conduce a la autoestima Una ansiedad moderada causa incertidumbre e inseguridad; la ansiedad grave acarrea pautas de comportamiento autodestructivas
Segunda infancia	De los 5 a los 8 años	Comienza el desplazamiento al modo sintáctico (pensar en sí mismo y en los otros a partir del análisis de las experiencias que el niño ha tenido en diversas situaciones) Oportunidades para la aprobación y aceptación por parte de los demás Aprende a gestionar sus propias necesidades Una ansiedad intensa puede desembocar en la necesidad de controlar o en actitudes restrictivas y perjudiciales
Preadolescencia	De los 8 a los 12 años	Intimidad genuina con amigos del mismo sexo Se aparta de la familia como fuente de satisfacción en sus relaciones Hay un importante paso al modo sintáctico Surge (aunque a veces no logra establecerse) la capacidad de apego, amor y colaboración
Adolescencia	Desde la pubertad hasta la edad adulta	En la ecuación interpersonal aparece la lujuria La necesidad de compartir una relación especial se desplaza hacia el sexo opuesto Las nuevas oportunidades de experimentación social causan la consolidación, ya sea de la autoestima o del sentido del ridículo Si el sistema del yo permanece intacto, las áreas de interés se amplían y comprenden valores, ideales, decisiones profesionales e inquietudes sociales

Adaptado de Sullivan HS (1953). *Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W. W. Norton & Company.

**Comunidad o medio terapéutico.** Sullivan consideraba que el objetivo del tratamiento era conseguir el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias. El terapeuta proporciona al paciente una relación interpersonal adecuada. Sullivan acuñó el término **observador participante** para describir el papel del terapeuta, con lo que quiso significar que éste participa en el avance de la relación y es a la vez observador de la misma.

También fue Sullivan el creador en 1929 de la primera **comunidad o medio terapéutico** con jóvenes que padecían esquizofrenia (si bien el término comunidad

terapéutica no se aplicó de forma generalizada hasta que Maxwell Jones publicó *La comunidad terapéutica* en 1953). En el concepto de comunidad o medio terapéutico, la interacción entre los pacientes se considera beneficiosa y el tratamiento pone el acento sobre estas relaciones interpersonales. Hasta aquel momento se creía que la interacción entre el paciente y el psiquiatra era el único componente imprescindible del tratamiento del enfermo. Sullivan y más tarde Jones observaron que las interacciones entre pacientes en un entorno terapéutico seguro eran sumamente beneficiosas para ellos. El concepto de **terapia ambiental** proviene de las teorías de Sullivan, se basa en las interacciones entre los pacientes como forma de poner en práctica las capacidades y habilidades de establecer relaciones interpersonales y de informarse mutuamente sobre el comportamiento de cada uno, así como de trabajar de forma cooperativa y en grupo para resolver los problemas cotidianos.

La terapia ambiental fue una de las principales modalidades de terapia en el entorno hospitalario con enfermos mentales agudos. Sin embargo, en la atención sanitaria actual por lo general los ingresos de los pacientes son demasiado breves, por lo que no hay tiempo para que se forjen relaciones sólidas entre los pacientes. Por esta razón, el concepto de terapia ambiental recibe hoy muy poca atención. La gestión del medio o entorno sigue siendo uno de los retos principales del personal de enfermería en cuanto a proporcionar seguridad y protección a todos los pacientes y promover la interacción social entre ellos.

#### ***Hildegard Peplau: relación terapéutica del personal de enfermería con el paciente***

Hildegard Peplau (1909-1999; [fig. 3-2](#)) fue médica y teórica de la enfermería. Basó sus estudios en las teorías interpersonales de Sullivan, y tuvo en cuenta la función del personal de enfermería como participante observador. Peplau creó el concepto de **relación terapéutica entre el personal de enfermería y el paciente**. Esta relación comprende cuatro fases: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución ([tabla 3-5](#)).



**Figura 3-2** Hildegard Peplau trabajó sobre las fases de la relación terapéutica entre el personal de enfermería y el paciente. Esto contribuyó enormemente a sentar los fundamentos de la práctica actual de la enfermería.

Durante estas fases, el paciente lleva a cabo determinadas tareas y efectúa cambios relacionales que ayudan al proceso de curación (Peplau, 1952).

1. El personal de enfermería dirige la *fase de orientación*, que consiste en involucrar al paciente en su tratamiento, darle explicaciones e información y responder a sus preguntas.
2. La *fase de identificación* comienza cuando el paciente trabaja de forma interdependiente con el personal de enfermería, expresa sus sentimientos y comienza a encontrarse más fuerte.
3. En la *fase de aprovechamiento*, el paciente utiliza plenamente los servicios que se le ofrecen.
4. En la *fase de resolución* el paciente ya no necesita de los servicios profesionales del personal de enfermería y renuncia a su conducta dependiente. La relación finaliza.

El concepto de Peplau de la relación personal de los profesionales de enfermería con el paciente, con las tareas y los comportamientos característicos de cada fase ha sufrido modificaciones, pero se sigue aplicando en la práctica clínica actual (v. [cap. 5](#)).

**Funciones que desempeña el personal de enfermería en la relación terapéutica.** Peplau escribió también acerca de las funciones que desempeña el personal de enfermería en la relación terapéutica y cómo éstas ayudan a satisfacer las necesidades del

paciente. Las principales funciones identificadas por Peplau son:

- *El desconocido*: ofrece al paciente la misma aceptación y cortesía que ofrecería a cualquier desconocido.
- *La persona de recursos*: proporciona respuestas concretas a preguntas formuladas dentro de un contexto más amplio.
- *El profesor*: ayuda al paciente a aprender, mediante métodos formales o informales.
- *El líder*: ofrece liderazgo al paciente o al grupo.

**Tabla 3-5. Fases de Peplau y tareas en la relación terapéutica entre el personal de enfermería y el paciente**

Fase	Tareas
Orientación	Se aclaran los problemas y las necesidades del paciente El paciente hace preguntas Se explica el funcionamiento del hospital y las expectativas El paciente enfoca su atención en los problemas
Identificación	Se solicita la plena participación del paciente El paciente responde a las personas que percibe que le ayudarán El paciente se siente más fuerte El paciente expresa sus sentimientos Se produce la interdependencia de tareas con el personal de enfermería
Aprovechamiento	Se aclaran las funciones del paciente y del personal de enfermería El paciente hace pleno uso de los servicios de que dispone Surgen metas como volver a casa y reanudar el trabajo
Resolución	Las conductas del paciente fluctúan entre la dependencia y la independencia El paciente deja de lado su conducta dependiente El paciente ya no necesita los servicios que se le daban El paciente asume la capacidad de satisfacer sus propias necesidades, de establecer nuevas metas, etc.

Adaptado de Peplau H (1952). *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons.

- *El sustituto*: sirve como sustituto de otras personas, por ejemplo uno de los padres o un hermano o hermana.
- *El orientador*: favorece las experiencias que conducen al paciente a recobrar la salud, como la experiencia de expresar los sentimientos.

Peplau también creía que el personal de enfermería podía hacerse cargo de muchas otras funciones como consejero, tutor, agente de seguridad, mediador, administrador, observador e investigador. No definió con detalle estas funciones, sino que las «dejó libradas a la inteligencia y la imaginación de los lectores» (Peplau, 1952, p. 70).

**Cuatro niveles de ansiedad.** Peplau definió la ansiedad como la respuesta inicial a una amenaza psíquica. Describió cuatro niveles de ansiedad: leve, moderada, intensa y pánico (tabla 3-6). Estos grados son la base para el trabajo con los pacientes con ansiedad en diferentes contextos (v. cap. 13).

1. La *ansiedad leve* es un estado positivo de consciencia intensificada y de sentidos agudizados que permite a la persona aprender nuevas conductas y resolver problemas. La persona puede incorporar todos los estímulos disponibles en su campo perceptivo.
2. La *ansiedad moderada* comprende una disminución del campo perceptivo (el individuo se centra únicamente en la tarea inmediata); la persona puede aprender un

comportamiento nuevo o a resolver problemas, pero sólo con ayuda de alguien. Otra persona puede redirigirla hacia la tarea.

3. La *ansiedad intensa* contiene sensaciones de miedo o de terror. No se puede redirigir a la persona hacia la tarea. Ésta se fija sólo en algún detalle o grupo de detalles y presenta signos fisiológicos como taquicardia, sudoración y dolor en el tórax. Una persona con ansiedad intensa puede presentarse en el servicio de urgencias de un hospital convencida de que sufre un infarto de miocardio.
4. La *ansiedad con pánico* suele significar pérdida del pensamiento racional, delirio y alucinaciones con inmovilidad y mutismo completos. Es posible que la persona huya y corra sin objetivo alguno, a menudo exponiéndose a sufrir un accidente.

### Teorías humanistas

El humanismo es una posición que se aleja de la concepción psicoanalítica, según la cual el ser humano es un neurótico que se mueve solo por impulsos y reprime sus problemas psíquicos. Las teorías humanistas tampoco quieren hacer hincapié en las experiencias pasadas del paciente. Por el contrario, el humanismo tiene en cuenta las cualidades positivas de la persona, su capacidad de cambiar (potencial humano) y la promoción de la autoestima. Los humanistas toman en consideración las experiencias anteriores de la persona, pero dirigen su atención preferentemente al presente y al futuro.

#### *Abraham Maslow: la jerarquía de las necesidades*

Abraham Maslow (1921-1970) fue un psicólogo estadounidense que estudió las necesidades y motivaciones de las personas. Se distinguió de teóricos anteriores en que prefería centrarse en la persona como un todo y no únicamente en una faceta y puso el énfasis en la salud en vez de ponerlo sólo en las enfermedades y los problemas. Maslow (1954) formuló la **jerarquía de las necesidades**, para lo que utilizó una pirámide para ordenar e ilustrar los impulsos y necesidades básicos que motivan a las personas. Las necesidades más básicas, es decir las necesidades fisiológicas (alimento, agua, sueño, vivienda, expresión de la sexualidad y carencia de dolor) son las que deben satisfacerse en primer lugar. El segundo nivel es el de la seguridad y la protección, que consiste en sentirse protegido, estar a salvo, no sufrir daños ni estar amenazados por las privaciones. El tercer nivel es el de la necesidad de amor y de pertenencia a un grupo o colectividad en el que sea posible encontrar intimidad duradera, amistad y aceptación por parte de los demás. El cuarto nivel es el de la necesidad de ser aceptados y queridos, lo que a su vez comprende la necesidad de respetarse a uno mismo para poder ser respetado por los demás. El nivel más alto es el de la autorrealización, que se consigue cuando se encuentra la belleza, la verdad y la justicia.



Tabla 3-6. Niveles de la ansiedad

Leve	Moderada	Intensa	Pánico
Sentidos agudizados	Atención selectiva	Campo perceptivo reducido	Campo perceptivo reducido
Aumento de la motivación	Campo perceptivo limitado	a un detalle o a detalles no	(el sujeto se percibe sólo a sí
Alerta	a la tarea inmediata	relacionados entre sí	mismo)
Campo perceptivo ampliado	Puede redirigirse	Incapaz de finalizar las tareas	Incapaz de procesar los
Capaz de resolver problemas	Incapaz de conectar	No puede resolver problemas o	estímulos ambientales
El aprendizaje es eficaz	pensamientos o	aprender con eficacia	Percepciones distorsionadas
Inquieto	acontecimientos de forma	Conducta orientada hacia	Pérdida del pensamiento
«Hormigueo» en el estómago	independiente	el alivio de la ansiedad y	racional
Insomne	Tensión muscular	generalmente ineficaz	Desorganización
Irritable	Sudoración	Siente aprensión, miedo u horror	de la personalidad
Hipersensible al ruido	Pulso acelerado	No responde al	No reconoce el peligro
	Cefalea	redireccionamiento	Posiblemente, impulsos
	Boca seca	Cefalea intensa	suicidas
	Voz más aguda	Náuseas, vómitos, diarrea	Posibles alucinaciones o ideas
	Mayor velocidad al hablar	Temblores	delirantes
	Molestias gastrointestinales	Postura rígida	No puede comunicarse
	Micción frecuente	Vértigo	verbalmente
	Aumento de los automatismos	Palidez	No puede permanecer sentado
	(gestos nerviosos)	Taquicardia	(puede escapar y correr o
		Dolor en el pecho	permanecer mudo e inmóvil)
		Llanto	
		Comportamiento ritualista	
		(sin objeto, repetitivo)	

Adaptado de Peplau H (1952). *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons.

La hipótesis de Maslow es que las necesidades básicas, es decir, las que están en la base de la pirámide, son las que dominarían la conducta de la persona hasta el momento en que queden satisfechas, y a partir de ese momento comenzará a dominar el nivel de necesidades siguiente. Por ejemplo, si no se satisfacen las necesidades de alimento y vivienda, pasan a ser la preocupación más acuciante de la vida: la persona con hambre se arriesga a ponerse en peligro y a realizar actos castigados por la colectividad con tal de encontrar alimentos.

Maslow empleó el término **autorrealización** para describir a la persona que ha logrado cubrir todas las necesidades de la jerarquía y ha desarrollado todo su potencial vital. Son pocos los que alcanzan la autorrealización.

La teoría de Maslow explica las diferencias individuales según las motivaciones de una persona, que no son necesariamente las mismas durante toda la vida. Una circunstancia vital traumática o una salud delicada pueden hacer que una persona regrese a un nivel más bajo de motivación. Por ejemplo, si una mujer de 35 años que está funcionando en el nivel del «amar y pertenecer» descubre que tiene cáncer, es posible que regrese al nivel de «seguridad» para someterse a tratamiento para el cáncer y conservar la salud. Esta teoría ayuda al personal de enfermería a comprender de qué modo cambian las motivaciones y la conducta de los pacientes durante las crisis de la vida (v. [cap. 7](#)).





Jerarquía de las necesidades según Maslow.

Jerarquía de las necesidades según Maslow.

### *Carl Rogers: terapia centrada en el cliente*

Carl Rogers (1902-1987) fue un psicólogo humanista estadounidense que estudió la relación terapéutica y creó un nuevo método de terapia centrada en el cliente. Rogers fue uno de los primeros que empleó el término «cliente» en vez de paciente. La **terapia centrada en el cliente** se basa en que es éste, y no el terapeuta, la clave del proceso curativo. Rogers creía que cada persona experimenta el mundo de manera diferente y conoce mejor que nadie su propia experiencia (Rogers, 1961). Según Rogers, son los clientes los que efectúan «el trabajo de curar» y, en el contexto de una relación cliente-terapeuta de apoyo, los clientes son capaces de curarse ellos mismos. Son ellos los que mejor se conocen, y por tanto, pueden ser capaces de encontrar sentido a sus propias

experiencias, con el fin de recuperar la autoestima y avanzar hacia la autorrealización.

El terapeuta adopta un planteamiento centrado en la persona y desempeña un papel de apoyo no directivo ni de experto porque Rogers consideraba que era el cliente el verdadero experto en su propia vida.

El terapeuta debe promover la autoestima de su cliente todo lo que le sea posible por medio de tres conceptos fundamentales:

- *Consideración positiva incondicional*: la atención al cliente, despojada de juicios, no debe depender de su comportamiento.
- *Autenticidad*: realidad y congruencia entre lo que siente el terapeuta y lo que le dice a su cliente.
- *Comprensión empática*: el terapeuta capta los sentimientos del cliente y el significado personal que tienen para él/ella y comunica esta comprensión al cliente.

La consideración positiva incondicional promueve la auto-estima del cliente y disminuye su necesidad de adoptar conductas defensivas. A medida que aumenta la autoaceptación del cliente, continúa de forma natural el proceso de autorrealización.

Rogers creía también que la naturaleza básica de los seres humanos es la de la autorrealización y el avance hacia la superación y la modificación constructivas. Todos nacemos con un concepto positivo de nosotros mismos y una inclinación natural a autorrealizarnos. Si las relaciones con los demás son de apoyo y contribución, el individuo conserva el sentimiento de su valor como persona y avanza hacia la autorrealización, lo cual es sano; pero, si se encuentra una y otra vez con conflictos en las relaciones con los demás o establece relaciones que no son solidarias, pierde la autoestima, se pone a la defensiva y ya no se siente inclinado a la autorrealización, esto no es saludable.

## Teorías conductuales

El conductismo surgió como una reacción contra los modelos de introspección que se centraban en los contenidos y las funciones de la mente. El **conductismo** es un paradigma teórico de la psicología que se centra en las conductas observables y en lo que se puede hacer desde fuera para provocar cambios en la conducta. No intenta explicar cómo funciona la mente.

Los conductistas creen que la conducta puede modificarse por medio de un sistema de retribuciones y castigos. En el caso de los adultos, recibir mensualmente una nómina es un refuerzo positivo constante que los motiva a seguir acudiendo a su trabajo cada día y a tratar de hacerlo bien. Contribuye a motivar una conducta positiva en el lugar de trabajo. Si una persona dejase de recibir la nómina, lo más probable es que dejara de ir a trabajar.

Si un motorista aumenta constantemente la velocidad (conducta negativa) y no le descubren, es muy probable que continúe acelerando. Pero si le imponen una multa por ir a una velocidad excesiva (refuerzo negativo), lo más probable es que disminuya la velocidad a partir de ese momento. Sin embargo, si no lo paran por exceso de velocidad durante las 4 semanas siguientes (retirada del refuerzo negativo), es probable que vuelva

a correr por las calles a toda velocidad.

### *Ivan Pavlov: el condicionamiento clásico*

La base de la formulación de la teoría del condicionamiento clásico de Ivan Pavlov fueron sus experimentos con perros en el laboratorio. Su teoría dice que es posible cambiar la conducta por medio del condicionamiento mediante situaciones o estímulos externos o medioambientales. Los experimentos de Pavlov con perros surgieron de su observación de que los animales comenzaban a salivar de forma natural (respuesta) al ver u oler la comida (estímulo). Pavlov (1849-1936) se propuso modificar esta respuesta o conducta de salivación por el condicionamiento. Hizo sonar una campanilla (nuevo estímulo) al tiempo que mostraba la comida y los perros salivaban (respuesta deseada). Repitió muchas veces este sonido de la campana junto con la comida. Finalmente, a los perros les bastaba oír la campana para empezar a salivar sin ver ni oler la comida. Pavlov los había «condicionado»; es decir, les había enseñado una respuesta nueva: la de salivar cuando oían la campana. Su conducta se había modificado por medio del condicionamiento clásico o respuesta condicionada.

### *B.F. Skinner: condicionamiento operante*

Uno de los conductistas más influyentes ha sido el psicólogo estadounidense B.F. Skinner (1904-1990). Skinner formuló la teoría del **condicionamiento operante**, según la cual la gente aprende la conducta de su propia historia: es decir, de las experiencias que ha tenido en el pasado, en especial de las experiencias que fueron reforzadas de forma repetida. Aun cuando algunos critican sus teorías por no tener en cuenta que los pensamientos, los sentimientos o las necesidades son motivadores de la conducta, su obra ha aportado varios principios importantes que siguen aplicándose en la actualidad. Skinner no negó la existencia de sentimientos y necesidades en la motivación; sin embargo, vio la conducta únicamente como algo que se podía observar, estudiar, aprender y desaprender. Mantenía que si se puede cambiar la conducta, también se pueden cambiar los pensamientos y los sentimientos que la acompañan. Lo realmente importante era cambiar la conducta.

Los principios del condicionamiento operante descritos por [Skinner \(1974\)](#) constituyen la base de las técnicas conductistas que siguen en uso hoy en día. Estos principios son los siguientes:

1. Toda conducta se aprende.
2. La conducta produce consecuencias: en términos generales, premios y castigos.
3. La conducta que se premia con refuerzos tiende a repetirse.
4. Los refuerzos positivos que vienen después de una conducta determinada aumentan la posibilidad de que esa conducta se repita.
5. Los refuerzos negativos que se eliminan después de una conducta determinada aumentan la posibilidad de que esa conducta se repita.
6. El refuerzo continuado (un premio cada vez que tiene lugar la conducta) es la manera más rápida de aumentar esa conducta, pero la conducta no se mantendrá mucho tiempo una vez que desaparezca el premio.

7. Un refuerzo intermitente aleatorio (un premio ocasional por la conducta deseada) es más lento en producir una mejora de la conducta, pero esa conducta continúa después de cesar el premio.

Estos principios conductistas de premiar o reforzar los comportamientos se utilizan para ayudar a la gente a modificarlos mediante una terapia conocida como **modificación de conducta**, que es un método que intenta reforzar el comportamiento o respuesta deseada mediante el refuerzo, ya sea positivo o negativo. Por ejemplo, si el comportamiento deseado es la asertividad, cada vez que el paciente utiliza sus habilidades asertivas en un grupo de comunicación, el líder del grupo proporciona un refuerzo positivo prestándole atención y dándole información de retroalimentación de carácter positivo. El refuerzo negativo consiste en retirar el estímulo positivo inmediatamente después de producirse un comportamiento indeseable, por lo que es probable que ese comportamiento no se repita. Por ejemplo, si un paciente se pone ansioso mientras espera que le toque el turno para hablar en el grupo, puede ofrecerse a ser el primero en hablar para evitar la ansiedad que le causa el tener que esperar.

En el contexto de las residencias para menores que presentan problemas de comportamiento, los principios operantes pueden entrar en juego en una economía simbólica, que es una forma de hacer que los residentes participen en la realización de las actividades de la vida diaria. Para cada uno de los menores se crea una lista de conductas deseadas como levantarse temprano, ducharse y vestirse. Cada día, cuando la conducta deseada se produce, se hace una marca en la lista. Al final del día o de la semana, el menor recibe un premio o una ficha cada vez que ha cumplido la tarea o ha mostrado la conducta deseada. Luego, el menor puede cambiar las fichas por golosinas, por un rato de televisión o por irse a la cama un poco más tarde.

Las respuestas condicionadas, como los miedos y las fobias, pueden tratarse con técnicas conductuales. La **desensibilización sistemática** ayuda a los pacientes a superar los temores irracionales y las ansiedades relacionadas con sus fobias. Se pide al paciente que elabore una lista de situaciones que involucran al objeto de la fobia, desde el que le causa menos ansiedad al que le causa más. El paciente aprende y practica técnicas de relajación para reducir y hacer manejable la ansiedad. Luego se le expone a la situación que menos ansiedad le provoca y se emplean las técnicas de relajación para tratar la ansiedad resultante. Poco a poco se expone al paciente a situaciones cada vez más ansiógenas, hasta que es capaz de manejar las situaciones que más ansiedad le causan.

Las técnicas conductistas se aplican a problemas muy variados. En el tratamiento de la anorexia nerviosa, el objetivo es el aumento de peso. Al comenzar el tratamiento se establece un contrato de conducta entre el paciente y el terapeuta. Al principio el paciente está sometido a mucho tiempo de supervisión y está confinado en la unidad hospitalaria. Es posible que el contrato especifique que si el paciente gana una cantidad determinada de peso, como 0,2 kg/día, como compensación se le concederá cada vez más tiempo sin supervisión o bien tiempo libre fuera de la unidad hospitalaria, siempre y cuando el aumento de peso no se detenga. Cuando se trabaja con niños que padecen un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los objetivos son completar los deberes

escolares, realizar las tareas de higiene personal, hablar por turnos, etc. Cuando el niño finaliza sus tareas se le otorga una «estrella» o pegatina. Cuando alcanza una cantidad determinada de estrellas, recibe un premio.

## **Teorías existenciales**

Los teóricos existenciales creen que las desviaciones de la conducta se deben a que la persona ha perdido el contacto consigo misma o con su entorno. Esto lleva a la alienación y la persona alienada está sola, triste y se siente desvalida. La falta de autoconciencia, unida a una autocrítica excesivamente dura, le impide establecer relaciones satisfactorias con el mundo y con los demás. La persona no es libre para elegir entre todas las alternativas posibles debido a las restricciones que ella misma se impone. Los teóricos existenciales creen que la persona está dejando de lado su responsabilidad personal y cediendo a los deseos o exigencias de los demás.

Todas las terapias existencialistas tienen como objetivo ayudar a la persona a descubrir el auténtico sentido de su yo. Ponen el acento en la responsabilidad de cada uno hacia sí mismo, en los sentimientos, en el comportamiento y las opciones personales que vamos haciendo durante nuestra vida. Estas terapias alientan a las personas a vivir el presente y a esperar el futuro. Entre los terapeutas existenciales se incluye en ocasiones a Carl Rogers. En la [tabla 3-7](#) se presenta un resumen de las terapias existencialistas.

### ***Terapia cognitiva***

Muchos terapeutas existenciales aplican la **terapia cognitiva**, que se centra en la elaboración del pensamiento inmediato: la forma en que la persona percibe o interpreta su experiencia y determina cómo se siente y cómo se va a comportar. Por ejemplo, si una persona interpreta una situación como peligrosa, sentirá ansiedad y tratará de huir. Las emociones básicas de tristeza, euforia, angustia y miedo son reacciones a la percepción de las pérdidas, las ganancias, el peligro y la maldad de los demás (Beck y Newman, 2005). Se considera que Aaron Beck fue el pionero de la terapia cognitiva en las personas con depresión.

### ***Terapia racional emotiva***

Albert Ellis fue el fundador de la terapia racional emotiva. Ellis identificó once «creencias irracionales» que están en la raíz de la infelicidad de las personas. Un ejemplo de creencia irracional es: «Si yo amo a alguien, esa persona debe amarme a mí con la misma intensidad.» Ellis pensaba que creer en la verdad de esta afirmación, a pesar de ser evidentemente falsa, hace que la persona se sienta muy infeliz y culpe de su infelicidad a la persona que no corresponde a su amor de la forma que a él le gustaría. Ellis también creía que las personas tienen «pensamientos automáticos» que provocan infelicidad en determinadas situaciones. Aplicó la técnica ABC para ayudar al paciente a identificar estos pensamientos automáticos: A es el estímulo o acontecimiento activador, C es la respuesta inadecuada excesiva y B es el hueco existente en la mente que la persona tiene que llenar mediante la identificación del pensamiento automático.

### ***Viktor Frankl y la logoterapia***



Viktor Frankl desarrolló su teoría a partir de sus observaciones de los prisioneros de los campos de concentración nazis durante la Segunda Guerra Mundial. Su interés en determinar por qué algunos prisioneros sobrevivían y otros no le llevó a la conclusión de que los supervivientes fueron capaces de encontrar sentido a su propia vida incluso en condiciones miserables. De aquí que el tema central de la logoterapia sea la búsqueda del sentido (*logos*). Consejeros y terapeutas que trabajan con los clientes en la espiritualidad y servicios de apoyo emocional a menudo utilizan los conceptos que Frankl desarrolló.

### **Terapia gestáltica**

La terapia gestáltica fue desarrollada por Frederick (Fritz) Perls. Su objeto de interés es la identificación de los sentimientos y pensamientos de las personas en el aquí y ahora. Perls creía que la autoconciencia lleva a la aceptación de uno mismo y a la responsabilidad por los propios pensamientos y sentimientos. Los terapeutas utilizan la terapia gestáltica con el fin de aumentar la autoconciencia de los pacientes. Para ello, les hacen escribir y leer cartas, llevar diarios y realizar otras actividades cuyo objetivo es dejar atrás el pasado y centrarse en el presente.

Tabla 3-7. Terapias existencialistas		
Terapia	Terapeuta	Proceso terapéutico
Terapia racional emotiva	Albert Ellis	Terapia cognitiva en la cual se aplica la discusión de las «creencias irracionales» de la persona, que son el impedimento para que acepte la responsabilidad por sí misma y por su conducta
Logoterapia	Viktor E. Frankl	Terapia cuyo objetivo es ayudar a la persona a asumir su responsabilidad personal (el tema central es la búsqueda del sentido ( <i>logos</i> ) de la vida)
Terapia gestáltica	Frederick S. Perls	Terapia que se centra en la identificación de los sentimientos en el aquí y el ahora con el fin de que la persona se acepte a sí misma
Terapia de la realidad	William Glasser	El enfoque terapéutico es la necesidad de identidad a través de un comportamiento responsable; se invita a la persona a que examine la forma en la que su comportamiento frustra los intentos de alcanzar sus objetivos vitales

### **Terapia de la realidad**

William Glasser creó una técnica llamada terapia de la realidad, que se centra en el comportamiento de la persona y en cómo ésta le impide alcanzar sus metas vitales. Elaboró esta técnica a raíz de su trabajo con personas que delinquían, fracasaban en sus estudios o tenían problemas psicológicos. Glasser creía que a menudo las personas sin éxito culpan de sus problemas a otros, al sistema o a la sociedad y que necesitaban encontrar su propia identidad por medio de conductas responsables. La terapia de la realidad lleva al paciente a examinar de qué forma es su propio comportamiento el que frustra los intentos de alcanzar sus metas vitales.

### **Intervención en los momentos de crisis**

Una crisis es un punto de inflexión en la vida de una persona que suscita una respuesta emocional abrumadora. Los individuos sufren una crisis cuando se enfrentan a alguna circunstancia o estado de estrés que no son capaces de gestionar con eficacia por medio de sus mecanismos de afrontamiento habituales. [Caplan \(1964\)](#) identificó las etapas de la



crisis: 1) la persona está expuesta a un acontecimiento estresante, experimenta ansiedad y trata de luchar como lo hace habitualmente; 2) cuando la forma habitual de afrontar el problema no funciona, la ansiedad aumenta; 3) la persona realiza todos los esfuerzos posibles para afrontar el suceso estresante, incluyendo los intentos de nuevas formas de afrontamiento, y 4) cuando las nuevas formas también fracasan, la persona se desequilibra y experimenta un sufrimiento considerable.

Las crisis se producen en numerosas situaciones y acontecimientos de la vida y se clasifican en tres categorías:

- Las *crisis de maduración*, a veces llamadas crisis del desarrollo, son acontecimientos predecibles que aparecen en el curso normal de la vida, como irse de casa por primera vez, casarse, tener un hijo y comenzar una carrera.
- Las *situacionales* son acontecimientos imprevistos o repentinos que amenazan la integridad de la persona, como la muerte de un ser amado, la pérdida de un empleo y la enfermedad física o mental de la persona o de un miembro de su familia.
- Las *crisis espontáneas*, a veces llamadas crisis sociales, son desastres naturales como inundaciones, terremotos o huracanes, estados de guerra, atentados terroristas, además de las revueltas y los delitos violentos, como una violación o un asesinato.

Obsérvese que no todos los acontecimientos que provocan una crisis son de naturaleza negativa. Algunos, como el matrimonio, la jubilación y el nacimiento de un hijo, suelen ser deseables para la persona, pero a veces constituyen retos abrumadores. [Aguilera \(1998\)](#) ha identificado tres factores que influyen en que una persona experimente o no una crisis: su percepción personal del acontecimiento, la disponibilidad de apoyos emocionales y la presencia de mecanismos de afrontamiento apropiados. Cuando la persona en crisis pide ayuda, estos tres factores representan una guía de intervención eficaz. Se puede ayudar a la persona a que vea el acontecimiento desde una perspectiva diferente; por ejemplo, como una oportunidad de maduración o de cambio y no como una amenaza. Ayudar a la persona a hacer uso de los apoyos que se le brindan o a encontrar nuevas fuentes de apoyo puede disminuir su sensación de que está sola o agobiada. Finalmente, si se ayuda a la persona a que aprenda métodos nuevos para enfrentarse a los problemas, se la estará ayudando a resolver la crisis actual y se la proporcionarán nuevos recursos para que lo haga en el futuro.

La crisis se describe como autolimitada, es decir, que no tiene una duración indefinida, sino que suele durar entre 4 y 6 semanas. Al final de ese plazo, se resuelve de una de tres formas posibles. En las dos primeras, la persona vuelve a su nivel de funcionamiento de antes de la crisis o comienza a funcionar a un nivel más alto; ambos son desenlaces positivos. La tercera forma es que el funcionamiento de la persona se estabiliza a un nivel más bajo que el de antes de la crisis y este desenlace se considera negativo. Es más probable que el desenlace sea positivo cuando el problema (respuesta a la crisis y acontecimiento o tema que la había precipitado) está claro y totalmente definido. Asimismo, la intervención precoz se asocia con un mejor desenlace.

Las personas que pasan por una crisis suelen sufrir y es probable que busquen ayuda para mitigar este sufrimiento. Están dispuestos, incluso ansiosos, a aprender nuevas

maneras de afrontar la crisis como modo de aliviar el sufrimiento. Éste es un momento ideal para aplicar intervenciones que obtengan buenos resultados. La **intervención en los momentos de crisis** se aplica mediante diversas técnicas, y siempre se parte de la evaluación de la persona. Las *intervenciones dirigidas* tienen el objetivo de evaluar el estado de salud de la persona y facilitar la solución de los problemas; por ejemplo, ofreciéndole nueva información y nuevos conocimientos y significados; aumentar su autoconciencia dándole información sobre su comportamiento y dirigiendo su conducta por medio de sugerencias y consejos sobre la forma de proceder. El propósito de las *intervenciones de apoyo* es responder a las necesidades de comprensión empática de la persona, alentándola a identificar sus sentimientos y a hablar de ellos, haciendo de caja de resonancia y dándole seguridad sobre su valía. Las técnicas y estrategias que incorporan de forma equilibrada los diferentes tipos de intervención son las más eficaces.

## ASPECTOS CULTURALES

Los principales teóricos psicosociales fueron caucásicos y originarios de Europa o de Estados Unidos, igual que muchas de las personas a las que trataron. Es posible que lo que estos teóricos consideraban normal o típico no lo sea en el caso de personas de diferentes etnias o culturas. Por ejemplo, las etapas del desarrollo de Erikson se centran en dar autonomía e independencia a los niños pequeños, algo que posiblemente no les parezca adecuado a las personas de otras culturas, para quienes la independencia individual precoz no es fundamental para el desarrollo. Por consiguiente, es importante que el personal de enfermería evite llegar a conclusiones erróneas cuando trabaja con pacientes y familias que provienen de otras culturas. En el [capítulo 7](#) se explican en detalle los factores culturales.

## MODALIDADES DE TRATAMIENTO

### Beneficios del tratamiento psiquiátrico comunitario

En Estados Unidos, los últimos cambios en atención y reembolsos médicos han afectado a los tratamientos en el ámbito de la salud mental, ya que todos ellos comprenden áreas de medicina, de enfermería y de disciplinas relacionadas (v. [cap. 4](#)). Con frecuencia, la hospitalización del paciente que padece un trastorno mental es la última opción que se considera. El tratamiento actual refleja la creencia de que para los pacientes es más beneficioso (y sin duda más rentable para el sistema sanitario) estar fuera del hospital y recibir tratamiento ambulatorio siempre que sea posible. Muchas veces el paciente puede continuar trabajando y seguir en contacto con su familia, amigos y otros sistemas de apoyo mientras está en tratamiento. El tratamiento ambulatorio también toma en consideración la personalidad del paciente, sus pautas de comportamiento, como por ejemplo su capacidad de afrontar los problemas, su estilo de comunicación y el grado de autoestima. Todos estos factores van desarrollándose gradualmente a lo largo de toda la vida, y, por tanto, no se pueden modificar mediante un tratamiento relativamente corto administrado en el hospital. El ingreso está indicado cuando la persona está gravemente deprimida y presenta tendencias suicidas, sufre una psicosis grave, un síndrome de

abstinencia de alcohol u otras drogas que no se puede tratar de forma ambulatoria, o bien presenta comportamientos que exigen una estrecha supervisión dentro de un medio seguro y confortable para el paciente como es el hospital. En este apartado se describen con concisión las modalidades de tratamiento que se aplican actualmente tanto en el entorno hospitalario como en el extrahospitalario.

### **Psicoterapia individual**

La **psicoterapia individual** es un método para provocar el cambio en una persona por medio de la exploración de sus sentimientos, actitudes, manera de pensar y conducta. Se basa en una relación personal cara a cara entre el terapeuta y el paciente. Las personas suelen buscar este tipo de tratamiento debido a su deseo de comprender mejor su comportamiento y a sí mismos, de llevar a cabo cambios personales, de mejorar las relaciones interpersonales y de obtener alivio para un dolor psíquico que les impide ser felices. La relación entre el paciente y el terapeuta avanza pasando por etapas similares a las de la relación entre el personal de enfermería y el paciente: introducción, trabajo y finalización. Es posible que la contención de los gastos que requieren las organizaciones sanitarias y otras aseguradoras exija pasar rápidamente a la fase de trabajo para que el cliente obtenga el máximo beneficio de la terapia.

La relación terapeuta-paciente es clave para obtener resultados satisfactorios de este tipo de terapia. Para que ésta sea eficaz, ambos deben ser compatibles. Los terapeutas varían en cuanto a las credenciales formales, experiencia y modelo de práctica terapéutica. Elegir a un profesional adecuado es extremadamente importante para que el paciente obtenga buenos resultados. Para ello es importante tener en cuenta las convicciones teóricas y el estilo de tratamiento del terapeuta, que deberían ser congruentes con las necesidades y expectativas del paciente. Puede que el paciente necesite probar con diferentes terapeutas hasta encontrar el que sea compatible con él.

Las convicciones teóricas de un terapeuta influyen mucho en su estilo de terapia, como hemos visto en este capítulo. Por ejemplo, si se basa en la teoría interpersonal, pondrá el acento en las relaciones, mientras que un terapeuta existencial se centrará en la responsabilidad propia del paciente.

El personal de enfermería y otros profesionales sanitarios que estén familiarizados con el paciente quizás estén en condiciones de recomendarle uno o distintos terapeutas para que el paciente elija. Quizás también puedan ayudar al paciente a comprender lo que ofrece cada uno de esos terapeutas.

El paciente debe seleccionar su terapeuta con cuidado e indagar sobre su técnica y área de especialización. En Estados Unidos, la práctica y la licencia para ejercer como psicoterapeuta están reguladas por las leyes de cada estado, por lo que es posible que los requisitos para ejercer la psicoterapia, las exigencias respecto a la licencia e incluso la necesidad de dicha licencia varíen de un estado a otro. Algunos terapeutas tienen poca o ninguna educación formal, titulación o experiencia, y, sin embargo, ejercen la psicoterapia, aunque sólo dentro de los límites de su estado. El paciente puede verificar la validez legal de las credenciales de un terapeuta en la agencia de licencias profesionales

del estado, consultando los datos de contacto de las instituciones del estado en la guía telefónica. La Better Business Bureau informa a los usuarios sobre si un terapeuta determinado tiene denuncias pendientes de investigación. Llamar a la agencia de servicios para la salud mental o al ambulatorio local es otra manera de verificar las credenciales del psicoterapeuta y conocer si su práctica se ajusta a la ética profesional.

## Grupos

Un grupo es un colectivo de personas que se reúnen cara a cara para realizar tareas que exigen cooperación y colaboración o para trabajar juntas. Cada persona en un grupo está en situación de influir en los otros componentes del grupo y de ser influida por ellos. El contenido del grupo se refiere a lo que se dice dentro de ese grupo, ya sea con material educativo, sentimientos y emociones o debates sobre el proyecto que se ha llevado a cabo. El proceso grupal se refiere al comportamiento del grupo y de cada uno de sus miembros, lo que incluye la disposición de los asientos, el tono de la voz, quién habla con quién, quién está callado, etc. El contenido y el proceso interactúan constantemente durante toda la vida del grupo.

### *Etapas de desarrollo del grupo*

Se forma un grupo para que sirva a un propósito determinado durante un período concreto; por ejemplo, un grupo de trabajo para realizar un proyecto que se le ha asignado dentro de un período preestablecido, o un grupo de terapia en el que los integrantes se encuentran con el fin de explorar estrategias de afrontamiento de la depresión. Estos grupos se desarrollan en etapas que se pueden identificar claramente. En la etapa de pregrupo, se seleccionan los miembros, se identifica el propósito del grupo y se aborda la estructura de éste. La estructura del grupo se refiere a cuándo y con qué frecuencia se reunirá el grupo, la designación de un líder grupal y la fijación de las reglas; por ejemplo, si una persona puede o no unirse al grupo una vez éste esté en marcha, cómo gestionar las ausencias y cuáles son las expectativas de los miembros.

La etapa de comienzo del grupo o etapa inicial empieza cuando el grupo se reúne por primera vez. Los integrantes se presentan, se elige un líder (si no se ha elegido antes), se habla del propósito y de las reglas del grupo y se revisan las expectativas. Los miembros del grupo comienzan a conocerse mientras deciden hasta qué punto se sienten cómodos en ese entorno.

La etapa de trabajo del grupo comienza cuando sus miembros empiezan a centrar la atención sobre el propósito o la tarea que el grupo pretende alcanzar o realizar. Esto puede suceder con relativa rapidez en un grupo de trabajo que tiene un proyecto concreto asignado, pero es posible que se necesiten dos o tres sesiones de terapia de grupo porque sus integrantes tienen que adquirir cierto grado de confianza antes de compartir sus sentimientos personales o sus situaciones difíciles. Durante esta fase suelen verse varias características grupales. La cohesión de un grupo es el grado en el cual sus miembros trabajan de forma cooperativa para alcanzar un propósito. La cohesión es una característica grupal deseable y está asociada con un desenlace positivo. Se pone de manifiesto cuando los miembros valoran las contribuciones que hacen al grupo los demás

miembros; piensan en ellos mismos como «nos otros» y comparten la responsabilidad del trabajo grupal. Cuando un grupo tiene cohesión, sus integrantes se sienten libres para expresar todas las opiniones, sean positivas o negativas, con poco o ningún miedo al rechazo o a la venganza. Si un grupo es «demasiado coherente», hasta el punto de que sus metas implícitas son la uniformidad y el acuerdo, quizás este exceso de coherencia tenga un efecto negativo sobre los resultados. Si un grupo de terapia es exageradamente coherente, sus miembros pueden no concederse mutuamente la retroalimentación necesaria. En un grupo de trabajo es poco probable que existan el pensamiento crítico y la resolución creativa de problemas, lo que hará menos significativo el trabajo del grupo.

En algunos grupos se establece la competencia o la rivalidad entre algunos integrantes. Esto puede afectar positivamente a los resultados del grupo siempre y cuando la competencia lleve al compromiso, a un mejor desempeño colectivo y al crecimiento de cada uno de sus integrantes. Pero muchas veces la competencia puede ser destructora del grupo, porque cuando no se resuelven los conflictos los miembros se vuelven hostiles, o la energía del grupo se desvía hacia discusiones y luchas por el poder, por lo que no es posible cumplir los objetivos.

La etapa final o finalización del grupo tiene lugar antes de que éste se disperse. Se revisa la labor del grupo, centrándose en sus logros, en la maduración de sus integrantes o en ambos, dependiendo de cuál sea el propósito del grupo.

Es difícil observar las etapas de desarrollo del grupo en funcionamiento cuando hay miembros que llegan y otros que se van en momentos diferentes. El compromiso con el grupo de los nuevos integrantes que se incorporan va evolucionando cuando se sienten aceptados por sus compañeros, adoptan un papel más activo y se unen al trabajo grupal. Un ejemplo de este tipo de grupos sería el de Alcohólicos Anónimos, grupo de autoayuda con propósitos muy claros. Sus miembros pueden asistir a las reuniones con tanta o tan poca frecuencia como les convenga y puede observarse la cohesión o la competitividad del grupo cuando éste está activo.

### *Liderazgo en el grupo*

Muchas veces los grupos tienen un líder bien definido o formal, alguien elegido para que lidere a los demás. En los grupos de terapia y en los de educación se suele identificar al líder formal de acuerdo con su educación, su cualificación profesional y su experiencia. Algunos grupos tienen líderes formales designados con anticipación, mientras que otros eligen a su líder durante la reunión inicial. Los grupos de apoyo y los de autoayuda por lo general no tienen líderes formales y todos los miembros se consideran iguales. Tanto en un grupo sin líder como en un grupo que ha elegido a su líder formal puede surgir un líder informal. Generalmente, los líderes informales son miembros en quienes los demás reconocen sus conocimientos, su experiencia o una serie de características que los demás integrantes admiran y valoran.

Un líder de grupo eficaz se centra en los procesos del grupo, así como en su contenido. Su tarea es ofrecer información y sugerencias, alentar la participación de todos los miembros (buscando las respuestas de los participantes que suelen permanecer callados y fijando límites a los que monopolizan el debate), aclarar pensamientos,

sentimientos e ideas, resumir los avances y los logros y facilitar el progreso en cada una de las etapas del desarrollo del grupo.

### *Roles en el grupo*

Los roles son las funciones que desempeñan los integrantes de un grupo dentro de él. No todos los miembros son conscientes de su «comportamiento de rol» y el grupo tendrá que tratar el tema de los cambios en el comportamiento de sus integrantes. Algunos roles facilitan la tarea del grupo, mientras que otros pueden afectar negativamente el proceso o el resultado. Los roles que favorecen la maduración son: el buscador de información, el buscador de opiniones, el proveedor de información, el energizador, el coordinador, el armonizador, el alentador y el elaborador. Los roles que inhiben la maduración son: el monopolizador, el agresor, el dominador, el crítico, el que busca reconocimiento y el seguidor pasivo.

### *Terapia de grupo*

En la terapia de grupo el paciente participa en sesiones con un grupo de personas. Todos ellos comparten un objetivo común y se espera de ellos que contribuyan al grupo para beneficio de los otros y, a la inversa, para recibir beneficio de ellos. Se establecen reglas que todos los miembros tienen que observar. Estas reglas varían según el tipo de grupo. Ser integrante de un grupo permite al paciente aprender nuevas formas de percibir un problema o nuevas estrategias de afrontamiento. Aprende también estrategias para la resolución de los problemas y a mejorar las habilidades y aptitudes para las relaciones interpersonales. Por ejemplo, al interactuar con otros miembros, los pacientes reciben información sobre cómo los ven los demás y cómo reaccionan ante él y ante su comportamiento. Esta es una información sumamente importante para muchos pacientes que padecen un trastorno mental, ya que muchos tienen pocas habilidades para relacionarse con otras personas.

Los resultados terapéuticos de la terapia de grupo (Yalom, 1995) son los siguientes:

- Se obtiene nueva información y se aprende.
- Se adquiere inspiración y esperanza.
- Se interactúa con otros.
- Se siente aceptación por parte de los demás y se crea un sentimiento de pertenencia.
- Se obtiene conciencia de que no se está solo y de que hay otras personas que tienen problemas similares.
- Se comprenden mejor los problemas y comportamientos de uno mismo y la forma en la que afectan a los demás.
- Se trabaja en beneficio de los demás (altruismo).

Los grupos de terapia varían según el propósito, el grado de formalidad y la estructura. A continuación, nos referiremos a los grupos de psicoterapia, los grupos de terapia familiar, los grupos de educación familiar, los grupos educativos y los grupos de autoayuda.

**Grupos de psicoterapia.** El propósito de un grupo de psicoterapia es que sus integrantes aprendan a ver cuál es su conducta y a hacer en ella cambios positivos al



interactuar y comunicarse con otras personas en el contexto de la dinámica grupal. Los grupos pueden estar organizados alrededor de un diagnóstico psiquiátrico concreto, como la depresión, o de un tema específico, como la mejora de las habilidades para las relaciones interpersonales o la gestión de la ansiedad. Se aplican técnicas y procesos grupales para ayudar a los miembros del grupo a conocer su propia conducta hacia otras personas y la relación que existe entre esta conducta y los rasgos principales de su personalidad. Los miembros del grupo aprenden también que tienen responsabilidades hacia los demás y que pueden ayudar a otros miembros del grupo a alcanzar sus metas.

Generalmente los grupos de psicoterapia son formales en cuanto a su estructura y tienen como líder a uno o dos psicoterapeutas. Una de las tareas del líder grupal o de todo el grupo es establecer las reglas de funcionamiento. Estas reglas se refieren a la confidencialidad, la puntualidad, la asistencia y el contacto social entre los miembros fuera de las reuniones del grupo.

Hay dos tipos de grupos: los abiertos y los cerrados. Los **grupos abiertos** son continuos y siguen de forma indefinida, por lo que permiten a sus miembros unirse y abandonar según sus necesidades. Los **grupos cerrados** están estructurados de forma que conservan a los mismos integrantes durante un número preestablecido de sesiones. Si el grupo es cerrado, sus integrantes deciden cómo van a relacionarse con los que deciden dejar el grupo y toman decisiones sobre los miembros que se incorporan al grupo (Yalom, 1995).

**Terapia familiar.** Es una forma de terapia de grupo en la que participan el paciente y los miembros de su familia. Sus objetivos son comprender cómo la dinámica familiar contribuye a la psicopatología del paciente, movilizar las fuerzas y los recursos funcionales inherentes a la familia, reestructurar los estilos de conducta familiar y los patrones de adaptación inadecuada y reforzar las conductas dirigidas a la resolución de los problemas familiares (Sadock y Sadock, 2008). La terapia familiar se utiliza tanto para valorar como para tratar diversos trastornos mentales. Si bien al principio suele identificarse sólo a una persona de la familia como la que tiene problemas y necesita ayuda, muchas veces durante el proceso terapéutico se hace evidente que también otras personas de la familia tienen problemas y dificultades psicológicas.



**Terapia de grupo.**

**Educación familiar.** En Estados Unidos, la National Alliance for the Mentally Ill (Alianza Nacional para los Enfermos Mentales, NAMI) ha desarrollado un curso de Educación familia a familia, de 12 semanas de duración. Lo imparten miembros de la familia que han recibido entrenamiento específico. El programa se centra en la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión, el trastorno de angustia y el trastorno obsesivo-compulsivo. El curso trata sobre el tratamiento clínico de esas enfermedades y explica qué conocimientos y habilidades necesitan los integrantes de la familia para tener un mejor afrontamiento de los problemas asociados con estos trastornos. Las características concretas de este programa educativo son el énfasis en la comprensión de las emociones y la curación tanto en el ámbito estrictamente personal como en el ámbito

de la relación con y la acción sobre el entorno personal y sobre el poder y la acción en el campo social. La NAMI también lleva a cabo programas de educación para profesionales sanitarios, impartidos por dos usuarios, dos miembros de una familia y un profesional de la salud mental que también es miembro de una familia o usuario de los servicios sanitarios. Este curso tiene como propósito ayudar a los profesionales sanitarios a tomar conciencia de los problemas que tienen las familias para poder tener el coraje y la persistencia necesarios para convivir con una persona que padece un trastorno mental (NAMI, 2008).

**Grupos educativos.** El objetivo de un grupo educativo es proporcionar información a sus miembros sobre un tema en particular; por ejemplo, sobre las estrategias de afrontamiento para hacer frente al estrés, sobre la medicación o sobre las habilidades necesarias para evitar la violencia. El líder del grupo tiene experiencia en el área de la que se trata y puede ser un profesional de la enfermería, un psicoterapeuta u otro profesional sanitario relacionado con la salud mental. Generalmente los grupos educativos se programan para una cantidad determinada de sesiones y mantienen los mismos integrantes durante todo el período durante el que funciona el grupo. Lo habitual es que el líder presente la información y luego los miembros hagan preguntas o practiquen nuevas técnicas o habilidades.

En un grupo sobre la medicación, el líder habla de las pautas posológicas y de los posibles efectos secundarios, trata de identificar posibles efectos secundarios en el paciente, y, en algunos casos, administra la medicación él mismo (p. ej., inyecciones de liberación retardada de haloperidol o de flufenazina).

**Grupos de apoyo.** Los grupos de apoyo tienen como objetivo ayudar a las personas que tienen un problema común. El líder explora los pensamientos y sentimientos de los miembros y crea una atmósfera de aceptación, de manera que los integrantes del grupo se sientan cómodos cuando se expresen. Con frecuencia, los grupos de apoyo proporcionan a sus miembros un lugar seguro en el que pueden expresar sus sentimientos de frustración, de aburrimiento o de falta de motivación, y además pueden hablar de problemas con otras personas que también los tienen, así como de sus posibles soluciones. Las reglas de estos grupos difieren de las de los grupos de psicoterapia, porque a los integrantes del grupo se les permite (en realidad se les alienta a que lo hagan) tener contacto entre ellos y mantener relaciones sociales fuera de las sesiones. Puede que en algunos grupos existan reglas de confidencialidad y serán los propios miembros los que establecerán estas normas. Los grupos de apoyo tienden a ser abiertos y sus integrantes pueden entrar y salir según sus necesidades.

En Estados Unidos, los grupos de apoyo más habituales son los de las víctimas del cáncer y de los accidentes cerebrovasculares, los de las personas con sida y los de familiares de personas que se han suicidado. También hay un grupo de apoyo de carácter nacional, el *Mothers Against Drunk Driving* (MADD, Madres contra los conductores bebidos), para los familiares de las personas que han fallecido en un accidente de tráfico causado por un conductor ebrio.

**Grupos de autoayuda.** En un **grupo de autoayuda** los miembros comparten una

experiencia común, pero no se trata de un grupo terapéutico formal o estructurado. Aun cuando hay profesionales que organizan grupos de autoayuda, la mayoría de estos grupos están dirigidos por sus propios integrantes y carecen de un líder formalmente nombrado. Existen diversos grupos de autoayuda: algunos se organizan en la vecindad y anuncian sus reuniones en el periódico de la localidad, otros tienen carácter nacional, como Alcohólicos Anónimos, *Parents Without Partners* (Padres y madres sin pareja), Jugadores Anónimos y Al-Anon (grupo para cónyuges y familiares de alcohólicos), y tienen delegaciones en varias ciudades, incluso en otros países distintos de Estados Unidos, y sus propias páginas web (v. «Recursos de Internet»).

La mayoría de los grupos de autoayuda tienen una regla de confidencialidad: a quienquiera que vean y cualquier cosa que se diga en las reuniones no debe divulgarse a otros ni hablar de ello fuera del grupo. En muchos programas de doce pasos, como el de Alcohólicos Anónimos y Jugadores Anónimos, las personas sólo se identifican por el nombre de pila para no desvelar su identidad (si bien en determinados lugares los integrantes del grupo sí conocen los apellidos de sus compañeros).

### Tratamientos complementarios y alternativos

El National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) es un organismo del gobierno federal de Estados Unidos para la investigación científica en el campo de la medicina complementaria y alternativa (MCA). Este organismo forma parte de los National Institutes of Health del Health and Human Services Department. La **medicina complementaria** comprende los tratamientos que se utilizan en la práctica médica normal (el modelo médico). La **medicina alternativa** es la que aplica tratamientos que no son los convencionales. El NCCAM lleva a cabo investigaciones clínicas para establecer la seguridad y la eficacia de esas prácticas (NCCAM, 2006). El estudio del uso del hipérico en el tratamiento de la depresión como alternativa a la prescripción de un fármaco antidepresivo es un ejemplo de investigación en medicina alternativa. Estudiar el uso del masaje quiropráctico junto con el tratamiento con un fármaco antidepresivo sería un ejemplo de investigación en medicina complementaria. La **medicina integradora** combina el tratamiento médico convencional y los tratamientos de MCA de los que existen pruebas científicas que apoyan su seguridad y eficacia.

El NCCAM estudia una gran variedad de terapias y tratamientos complementarios y alternativos:

- Los *sistemas médicos alternativos* son la medicina homeopática y la naturopática en la cultura occidental, así como la medicina tradicional china, que incorpora el tratamiento mediante hierbas, cambios en la alimentación, ejercicios físicos fortificantes (yoga y *tai chi*), meditación, acupuntura y masajes curativos.
- Las *intervenciones mente-cuerpo* son la meditación, la oración, la sanación mental y las terapias creativas que se sirven de la pintura, la música o la danza.
- Los *tratamientos con base biológica* son los que emplean sustancias que se encuentran en la naturaleza, como las hierbas, los alimentos y las vitaminas. Esto comprende complementos alimentarios, como los productos de fitoterapia, las infusiones

medicinales, la aromaterapia y una gran variedad de alimentos.

- Las *terapias por manipulación y basadas en el cuerpo* actúan manipulando o moviendo una o más partes del cuerpo; por ejemplo, el masaje terapéutico o quiropráctico o la manipulación osteopática.
- Las *terapias por la energía* son de dos tipos: las terapias de los biocampos, que tienen el propósito de actuar sobre los campos energéticos que, según se cree, rodean el cuerpo y lo penetran, el toque terapéutico, el *qi gong*, el *reiki* y las terapias con base bioeléctrica, que comprenden el uso no convencional de los campos electromagnéticos, como los campos pulsados, los campos magnéticos y los campos de corriente alterna o corriente continua. El *qi gong* es parte de la medicina tradicional china y combina el movimiento, la meditación y la respiración controlada con el fin de aumentar el flujo de energía vital y facilitar la curación. El *reiki* (que en japonés significa energía vital universal) se basa en la creencia de que cuando la energía espiritual se canaliza a través de un sanador, se curan tanto el espíritu como el cuerpo del paciente.

Hay pacientes que son remisos a revelar al psiquiatra o al médico de atención primaria que están utilizando la MCA. Por esta razón, es importante que el personal de enfermería pregunte específicamente a los pacientes acerca del uso de hierbas, vitaminas y otros productos y prácticas sanitarias, sin que parezca por ello que están juzgando al paciente o emitiendo un juicio de valor sobre estas modalidades terapéuticas alternativas o complementarias.

### **Rehabilitación psiquiátrica**

La **rehabilitación psiquiátrica** comprende el suministro de servicios a personas con trastornos mentales graves o crónicos con el fin de ayudarlas a llevar una vida normal dentro de su grupo social de referencia. Con frecuencia, estos programas se denominan *servicios de apoyo comunitario* o *programas de apoyo comunitario*. La rehabilitación psiquiátrica se centra también en los puntos fuertes del paciente, y no únicamente en el trastorno mental que padece. El paciente participa activamente en la planificación de la rehabilitación. Los programas de rehabilitación se han diseñado para ayudar al paciente a manejarse con el trastorno mental y con sus síntomas, a acceder a los servicios comunitarios que necesita y a vivir con éxito dentro de su grupo social de referencia.

Estos programas ayudan a los pacientes a realizar actividades cotidianas como los desplazamientos en el transporte público, las compras, la preparación de las comidas, el manejo del dinero y la higiene personal. Es bien sabido que el apoyo social y las relaciones interpersonales constituyen las necesidades básicas para poder vivir en la sociedad. Los programas de rehabilitación psiquiátrica proporcionan la oportunidad de llevar una vida social plena en centros de acogida, pisos tutelados y otros lugares en los que los pacientes pueden relacionarse con otras personas en un entorno seguro y comprensivo. Los pacientes que buscan empleo y quieren conservarlo tienen a su disposición orientadores laborales, formación profesional, capacitación para el empleo y apoyo laboral de todo tipo. Los programas de apoyo comunitario también informan al



paciente sobre el trastorno y su tratamiento, y le ayudan a conseguir asistencia médica cuando la necesitan.

Lecomte, Wallace, Perreault y Caron (2005) destacan la importancia de la participación del paciente en la identificación de los objetivos de la rehabilitación. Muchas veces existe una disparidad entre lo que los profesionales de la salud consideran necesidades del paciente y lo que éste percibe como valioso. Ofrecer servicios que satisfagan los objetivos más importantes del paciente puede mejorar mucho su calidad de vida y favorecer su recuperación y su bienestar.

## EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

La intervención es parte crucial del proceso de la enfermería. Las intervenciones psicosociales son actividades de enfermería que mejoran el funcionamiento social y psicológico del paciente y potencian las capacidades sociales, las relaciones interpersonales y la comunicación. En muchos casos, el personal de enfermería realiza intervenciones psicosociales para ayudar a satisfacer las necesidades de los pacientes, y de esta forma se logran resultados muy satisfactorios, no sólo en salud mental sino también en otras áreas de la práctica de la enfermería. Por ejemplo, el personal de enfermería médicoquirúrgica puede tener que aplicar intervenciones que incorporan principios conductistas, como ocurre cuando es necesario poner límites a la conducta manipuladora de un paciente o dar información de retroalimentación positiva.

Por ejemplo, un paciente diabético le dice al profesional:



*«Le prometo que tomaré sólo un trocito de tarta, muy poquita. ¡Por favor! Es la tarta de cumpleaños de mi nieto» (comportamiento manipulador).*

El profesional puede fijar límites a esta conducta manipuladora y decir:



*«Lo siento. No puedo dejarle que coma tarta. Si lo hace su concentración de azúcar en sangre aumentará y no se podrá ajustar bien la dosis de insulina».*

Cuando un paciente intenta cambiarse la bolsa de colostomía por primera vez y necesita algo de ayuda, el profesional podría decir:



*«Lo ha hecho usted muy bien. Ha sido capaz de hacerlo solo, con muy poca ayuda» (información de retroalimentación positiva).*

Conocer las teorías y las modalidades de tratamiento que presentamos en este capítulo ayudará al personal de enfermería a elegir las estrategias de intervención más adecuadas y eficaces. En los capítulos que siguen se presentan los trastornos mentales y los síntomas asociados con cada trastorno y se explican las intervenciones psicosociales específicas que debe aplicar el personal de enfermería.

## TEMAS DE AUTOCONCIENCIA





El personal de enfermería debe examinar sus propias creencias acerca de las teóricas de desarrollo evolutivo psicosocial y ser consciente de que dispone de numerosas estrategias de tratamiento. Cada tipo de tratamiento suele ser eficaz en un tipo de pacientes, pero no en otros. Esto quiere decir que no hay una estrategia única que sirva para todos los pacientes. A veces, las opiniones del personal de enfermería no coinciden con las del paciente, por lo que los profesionales de la enfermería deben asegurarse de que sus convicciones no afecten de forma involuntaria el proceso terapéutico. Por ejemplo, puede ocurrir que un paciente con sobrepeso esté trabajando para aceptarse tal como es en lugar de adelgazar, y que el personal de enfermería piense que lo que ese paciente tiene que hacer es adelgazar. La responsabilidad del personal de enfermería consiste en apoyar las necesidades y los objetivos del paciente, y no la de manifestar sus propias ideas sobre lo que debería o no hacer el paciente. Así pues, los profesionales de la enfermería tienen que apoyar la decisión del paciente de trabajar en su propia aceptación. Para el personal de enfermería que cree que tener sobrepeso no es más que falta de fuerza de voluntad, podría ser difícil apoyar la participación de este paciente en un grupo de adelgazamiento con autoayuda, tal como *Overeaters Anonymous* (Comedores compulsivos Anónimos), que considera el sobrepeso una enfermedad y ayuda a sus miembros a aceptarse a sí mismos.

### Consideraciones a tener en cuenta cuando se trabaja la autoconciencia

Cuestiones importantes sobre las teorías y las terapias psicosociales:

- No hay una teoría única que explique todas las conductas humanas. No existe una técnica única de trabajo con todos los pacientes.
- Familiarizarse con la diversidad de técnicas psicosociales para trabajar con los pacientes mejorará la eficacia del personal de enfermería, y, por tanto, mejorará también la salud y el bienestar de los pacientes.
- Los sentimientos y las percepciones del paciente sobre su situación son los factores que más influyen a la hora de evaluar la respuesta a las intervenciones terapéuticas, y no lo que el personal de enfermería cree que el paciente tendría que hacer o dejar de hacer.

### PUNTOS CLAVE



- Las teorías psicosociales contribuyen a explicar la conducta humana, la salud mental y los trastornos mentales. Hay varios tipos de teorías psicosociales, como las psicoanalíticas, las interpersonales, las humanistas, las conductuales y las existenciales.
- Freud creía que el comportamiento humano está motivado por los impulsos y deseos sexuales reprimidos y que la maduración durante la infancia depende de la energía sexual (libido) como fuerza impulsora.

## *Preguntas de razonamiento crítico*

1. ¿Es posible que con una crianza y una alimentación sensatas en un entorno afectuoso se pueda superar la predisposición genética o biológica a sufrir un trastorno mental?
  2. ¿Cuál de las teorías de este capítulo coincide con sus convicciones acerca del desarrollo evolutivo psicosocial? ¿Y con sus convicciones sobre la salud mental y los trastornos mentales? ¿Y con sus convicciones sobre cuál es el tratamiento más eficaz? Explique por qué.
- Las teorías de Erik Erikson se centran en los logros tanto sociales como psicológicos que el individuo va consiguiendo durante todo el ciclo vital. Erikson propuso ocho etapas del desarrollo evolutivo psicosocial, y cada una de ellas comprende la realización de una tarea evolutiva y la consecución de una virtud (esperanza, voluntad, finalidad, amor, afecto y sabiduría). Las teorías de Erikson siguen utilizándose en la actualidad con mucha frecuencia.
  - Jean Piaget describió cuatro etapas de desarrollo cognitivo: sensitivomotora, preoperatoria, la de las operaciones concretas y la de las operaciones formales.
  - Las teorías de Harry Stack Sullivan se centran en el desarrollo evolutivo y en la forma de las relaciones interpersonales. Sullivan consideraba que el papel del terapeuta (llamado observador participante) era fundamental para el tratamiento del paciente.
  - Hildegard Peplau fue una teórica de la enfermería cuya obra contribuyó decisivamente a la práctica moderna de la enfermería. Los puntos clave de su teoría son la relación terapéutica entre el personal de enfermería y el paciente, la función del personal de enfermería en esta relación y los cuatro niveles de ansiedad.
  - Abraham Maslow elaboró una jerarquía de necesidades y afirmó que las personas están motivadas por niveles crecientes de necesidad. Cada nivel ha de satisfacerse antes de que la persona pueda pasar al siguiente nivel. Las primeras son las necesidades biológicas básicas, seguidas de la necesidad de protección y seguridad, a la necesidad de pertenencia y aceptación por parte de los demás, y por último, se llega a la necesidad de autorrealización personal.
  - Carl Rogers creó una terapia centrada en el paciente, al que este autor llamaba «cliente», en el que el terapeuta desempeña una función de apoyo y muestra aprecio positivo incondicional hacia el paciente, así como veracidad y comprensión empática.
  - El conductismo se centra en los logros observables y en la conducta del paciente, así como en las influencias externas que pueden producir cambios conductuales, en vez de en los sentimientos y pensamientos del paciente.
  - La desensibilización sistemática es un ejemplo de condicionamiento, en el cual en las personas que tienen miedo excesivo a algo, como por ejemplo a las ranas o las víboras, aprenden a manejar la respuesta a la ansiedad provocada por el miedo a

exponerse al objeto temido.

- B.F. Skinner fue un psicólogo conductista que formuló la teoría del condicionamiento operante, en el cual se motiva al paciente para que aprende a cambiar de conducta mediante un sistema de premios (refuerzos).
- Los teóricos existenciales creen que cuando la persona no está en contacto consigo misma o con el entorno se producen problemas. La persona que se ha impuesto restricciones a sí misma se critica con demasiada severidad y no mantiene relaciones interpersonales satisfactorias.
- Los fundadores del existencialismo son Albert Ellis (terapia racional emotiva), Viktor Frankl (logoterapia), Fritz Perls (terapia gestáltica) y William Glasser (terapia de la realidad).
- Todas las terapias existenciales tienen como objetivo devolver a la persona el auténtico sentido de su yo. Para ello, se hace hincapié en la responsabilidad personal, en los sentimientos, en la conducta y las opciones y elecciones que el paciente hace.
- Una crisis es un punto de inflexión en la vida de una persona que suscita una respuesta abrumadora. Las crisis pueden ser de maduración, situacionales o espontáneas. La intervención eficaz en una crisis comprende la evaluación de la persona, la mejora de las habilidades para la resolución de problemas y la comprensión empática de la persona.
- La terapia cognitiva se fundamenta en la premisa de que la forma en la que una persona piensa acerca de las experiencias de la vida y cómo las interpreta determina cómo se siente o se comporta. Intenta ayudar a la persona a cambiar su forma de pensar para producir una mejora de su estado de ánimo y de su conducta.
- La terapia de los trastornos mentales y los problemas emocionales puede requerir una o más de las siguientes modalidades terapéuticas: psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, terapia de familia, educación familiar, rehabilitación psiquiátrica, grupos de autoayuda, grupos de apoyo y grupos educativos, así como otras intervenciones psicosociales, como la fijación de límites y la información de retroalimentación positiva.
- Conocer las teorías y las terapias psicosociales puede ayudar al personal de enfermería a elegir la estrategia de intervención más eficaz para cada paciente y para cada situación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera, D. C. (1998). *Crisis intervention: Theory and methodology* (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- Beck, A. T., & Newman, C. F. (2005). Cognitive therapy. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 8th ed., pp. 2595–2610). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.
- Freud, S. (1962). *The ego and the id* (*The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*) (J. Strachey, Trans.). New York: W. W. Norton & Company. (Original work published 1923.)
- Lecomte, T., Wallace, C. J., Perreault, M., & Caron, J. (2005). Consumer's goals in psychiatric rehabilitation and

- their concordance with existing services. *Psychiatric Services*, 56(2), 209–211.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- National Alliance for the Mentally Ill (NAMI). (2008). *Education, training & peer support center*. Retrieved October 11, 2008, from <http://www.nami.org>.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2006). *What is complementary and alternative medicine?* Available at: <http://nccam.nih.gov/health>.
- Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.



## RECURSOS DE INTERNET

### RECURSOS

- Albert Ellis Institute (terapia racional emotiva conductual)
- Alcoholics Anonymous (Alcohólicos Anónimos)
- American Group Psychotherapy Association
- Beck Institute for Cognitive Therapy and Research
- Gamblers Anonymous (Jugadores Anónimos)
- NAMI Family-to-Family Education Program (Curso de educación familia a familia)
- National Association of Cognitive-Behavioral Therapists

### DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.rebt.org>

<http://www.alcoholics-anonymous.org>

<http://www.agpa.org>

<http://www.beckinstitute.org>

<http://www.gamblersanonymous.org>

<http://www.nami.org/family>

<http://www.nacbt.org>

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Concise textbook of clinical psychiatry* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Alfred A. Knopf, Inc.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

### LECTURAS RECOMENDADAS

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: New American Library, Inc.
- Berne, E. (1964). *Games people play*. New York: Grove Press.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Crain, W. C. (1980). *Theories of development: Concepts and application*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc.

- Frankl, V. E. (1959). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. New York: Beacon Press.
- Glasser, W. (1965). *Reality therapy: A new approach to psychiatry*. New York: Harper & Row.
- Miller, P. H. (1983). *Theories of developmental psychology*. San Francisco: W. H. Freeman & Co.
- Millon, T. (Ed.). (1967). *Theories of psychopathology*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. New York: Dell Publishing Co., Inc.
- Sugarman, L. (1986). *Life-span development: Concepts, theories and interventions*. London: Methuen & Co., Ltd.
- Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness*. New York: Hoeber-Harper.

## Autoevaluación

### PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. ¿Cuál de los teóricos que siguen creía que la modalidad de tratamiento más importante consistía en la relación interpersonal correctora con el terapeuta?
  - a. Sigmund Freud.
  - b. William Glasser.
  - c. Hildegard Peplau.
  - d. Harry Stack Sullivan.
2. ¿Cuál de estas modalidades terapéuticas utiliza el análisis de los sueños y las técnicas de asociación libre?
  - a. Terapia centrada en el paciente.
  - b. Terapia gestáltica.
  - c. Logoterapia.
  - d. Psicoanálisis.
3. ¿Quién describió los cuatro niveles de ansiedad?
  - a. Erik Erikson.
  - b. Sigmund Freud.
  - c. Hildegard Peplau.
  - d. Carl Rogers.
4. Modificar lo que uno piensa sobre el mundo y sobre sí mismo es el objetivo de:
  - a. El conductismo.
  - b. La terapia cognitiva.
  - c. El psicoanálisis.
  - d. La terapia de la realidad.
5. Las estructuras de la personalidad llamadas ello, yo y superyó las describió:

- a. Sigmund Freud.
  - b. Hildegard Peplau.
  - c. Fritz Perls.
  - d. Harry Stack Sullivan.
6. ¿Cómo se denomina la función del personal de enfermería que consiste en actuar como si fuese uno de los padres del paciente?
- a. Orientador.
  - b. Persona a quien se recurre.
  - c. Sustituto.
  - d. Maestro.
7. La rehabilitación psiquiátrica se centra en:
- a. Los puntos fuertes del paciente.
  - b. El cumplimiento terapéutico de la medicación.
  - c. Las habilidades sociales deficientes.
  - d. La disminución de los síntomas.
8. Cuando un profesional tiene sentimientos hacia un paciente que se basan en las experiencias que éste tuvo en el pasado, se llama:
- a. Contratransferencia.
  - b. Inversión de papeles.
  - c. Transferencia.
  - d. Consideración incondicional.
9. Un grupo que se reúne una vez a la semana durante un máximo de diez sesiones para hablar sobre los sentimientos que provoca la depresión es un:
- a. Grupo cerrado.
  - b. Grupo educativo.
  - c. Grupo abierto.
  - d. Grupo de apoyo.

---

### RELLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO

*Escriba el nombre del teórico que corresponda a cada enunciado o teoría. Pueden repetirse los nombres de los teóricos.*

1. El paciente es la clave de su propia curación.  
\_\_\_\_\_
2. El desarrollo evolutivo está influido por los factores sociales y psicológicos.  
\_\_\_\_\_
3. Gracias al condicionamiento mediante estímulos ambientales se produce un cambio en \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ conducta.



4. Las personas generan su propia infelicidad por aferrarse a creencias irracionales.
5. La conducta se aprende a partir de experiencias anteriores que han sido reforzadas.
6. Terapia centrada en el paciente.
7. Terapia gestáltica.
8. Jerarquía de las necesidades.
9. Logoterapia.
10. Terapia racional emotiva.
11. Terapia de la realidad.

---

## PREGUNTAS DE RESPUESTA BREVE

*Describe cada uno de los siguientes tipos de intervención terapéutica y ponga un ejemplo.*

1. Psicoterapia de grupo.
2. Grupo educativo.
3. Grupo de apoyo.
4. Grupo de autoayuda.



# 4

## Contextos asistenciales y programas de tratamiento

### Términos clave

- centros de tratamiento residencial
- criminalización del trastorno mental
- equipo multidisciplinario
- gestión de casos
- hogar para pacientes en recuperación
- hospital de día
- modelo de acceso a la atención comunitaria y a servicios de apoyo eficaces (ACCESS)
- modelo del club
- programas de hospitalización parcial (PHP)
- tratamiento activo comunitario (TAC)

### Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Conocer los contextos de tratamiento tradicionales.
2. Definir los distintos tipos de contextos asistenciales en residencias y los servicios que ofrecen.
3. Detallar los programas de tratamiento comunitarios para personas con trastornos mentales.
4. Identificar los factores que impiden que el tratamiento sea eficaz en las personas indigentes con trastornos mentales.
5. Exponer las cuestiones legales relacionadas con las personas que padecen un trastorno mental.
6. Describir las funciones de los diferentes integrantes del equipo multidisciplinario en salud mental.
7. Explicar las funciones del personal de enfermería en los diferentes contextos y programas de tratamiento.

EN LOS ÚLTIMOS 50 AÑOS LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL HA SUFRIDO profundas transformaciones. Antes de la década de 1950, la mejor opción disponible para las

personas con trastornos mentales crónicos y persistentes era el tratamiento humanitario en grandes instituciones estatales. Muchas de esas personas pasaban meses (e incluso años) ingresadas en ellos. La aparición de los psicofármacos en la década de 1950 significó el primer indicio de esperanza para un tratamiento eficaz de los síntomas del trastorno mental. A finales de la década de 1970, el respeto a los derechos de los pacientes y las modificaciones legislativas sobre el confinamiento dieron lugar a que la hospitalización psiquiátrica pasase a un segundo plano y, como consecuencia, se inició una nueva era en el tratamiento de los trastornos mentales. Los hospitales psiquiátricos ya no podían mantener confinados indefinidamente a los pacientes y así se abrió camino el concepto de tratamiento en un entorno «mínimamente restrictivo». De hecho, este concepto se convirtió en el principio rector del tratamiento en salud mental y a la vez en un derecho de los pacientes. Los grandes hospitales estatales se vaciaron y se propuso sustituir gran parte de la atención hospitalaria por el tratamiento en la comunidad. No obstante, los presupuestos para este nuevo tipo de atención en salud mental no han estado a la altura de las necesidades de los programas comunitarios (v. [cap. 1](#)).

Actualmente, las personas con trastornos mentales reciben tratamiento en diversos entornos. En este capítulo se describen los contextos asistenciales y los programas de rehabilitación psiquiátrica que se han creado para satisfacer las necesidades de estas personas. Se presta especial atención al reto que supone integrar en la sociedad a las personas con trastornos mentales. Se dedica también atención a dos poblaciones que actualmente reciben un tratamiento inadecuado como consecuencia de no estar suficientemente integradas en la sociedad y, por tanto, tener dificultades para acceder a los servicios de salud mental: las personas indigentes y los reclusos. Además, en este capítulo se habla de los equipos multidisciplinares en salud mental y de las funciones del personal de enfermería como integrante de estos equipos. Finalmente, se trata brevemente sobre la enfermería psicosocial y su función en la atención pública y domiciliaria.

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.

## CONTEXTOS ASISTENCIALES

### Tratamiento con ingreso hospitalario

En la década de 1980, la atención psiquiátrica con ingreso todavía era una forma habitual de tratar a las personas con un trastorno mental. Una unidad psiquiátrica típica ponía el acento sobre el *tratamiento hablado* y en las interacciones cara a cara entre los residentes y el personal, así como en la *terapia ambiental* (ambiente significaba en estos casos el hospital). Las interacciones individuales y de grupo se centraban en la verdad, en la apertura de los pacientes hacia el personal y entre ellos y la participación activa en los grupos. Una terapia ambiental adecuada exigía que los pacientes permanecieran mucho tiempo en el hospital, ya que aquéllos cuyo estado era más estable ayudaban a estructurar y apoyaban a los pacientes que acababan de ingresar en la fase aguda del

trastorno.

A finales de la década de 1990, la financiación de la atención sanitaria inició un cambio drástico y los ingresos hospitalarios tuvieron que reducirse a muy pocos días. Actualmente, la mayoría de los estadounidenses están asegurados por algún tipo de asistencia gestionada. En la gestión de la asistencia se aplican medidas de contención del gasto, como la confirmación de la necesidad del ingreso, la revisión del uso de los servicios médicos y la gestión de los casos. Todo ello ha transformado de forma muy significativa el tratamiento de los pacientes ingresados. El avance de la gestión de la asistencia ha dado lugar a una disminución de los ingresos hospitalarios, a estancias más breves en el hospital, a la reducción de los reembolsos y a una población de pacientes hospitalizados que tienen ahora enfermedades más graves. Por consiguiente, actualmente los pacientes están más enfermos cuando ingresan en un hospital, y, además, se les da el alta lo antes posible.

Hoy en día, en los servicios hospitalarios de psiquiatría el personal sanitario tiene que hacer una evaluación rápida del paciente, estabilizar los síntomas y elaborar un plan de alta, todo ello en tiempo récord. Todas estas tareas las realiza un equipo multidisciplinario centrado en el paciente, ya que el ingreso ha de ser lo más breve posible. El personal sanitario ayuda a los pacientes a reconocer los síntomas y a identificar sus puntos fuertes con el fin de afrontar la enfermedad e identificar los apoyos sociales que va a necesitar cuando les den el alta. Cuando el paciente está a salvo y estable, los médicos y el paciente establecen de común acuerdo los objetivos que tienen que alcanzar mediante el tratamiento ambulatorio.

Algunas unidades hospitalarias mantienen las puertas cerradas, lo que significa que se necesita personal de seguridad para dejar entrar y salir a los pacientes. Esto tiene ventajas y desventajas (Haglund, von Knorring y von Essen, 2006). El personal de enfermería tiene que hacer todo lo posible para que se proteja a los pacientes del «mundo exterior» en un entorno seguro y acogedor, pero la desventaja es que los pacientes pueden sentirse encerrados y excesivamente dependientes de los demás. Además, en una situación así el personal sanitario y de seguridad puede ejercer un poder excesivo sobre los pacientes.

### *Ingresos breves*

Alwan, Johnstone y Zolese (2008) observaron que los ingresos breves programados eran igual de eficaces que las hospitalizaciones más prolongadas. Era más probable que los pacientes con estancias más breves en el hospital asistieran a los programas diarios después del alta y que encontrasen trabajo a los dos años, comparados con aquellos que pasaban por hospitalizaciones prolongadas. Además, los pacientes con menos días de hospitalización no tenían una tasa de rehospitalización mayor que los que habían estado mucho tiempo en el hospital.

En Estados Unidos el sistema hospitalario del Department of Veterans Affairs (Departamento de ex Combatientes del Ejército de Estados Unidos) ha probado varias alternativas al ingreso hospitalario que tiene lugar cuando el estado del paciente empeora o cuando aparece una crisis. Las estancias hospitalarias programadas e intermitentes no consiguieron reducir el número de días que los pacientes pasaban ingresados, pero sí

contribuyeron a mejorar la autoestima y la sensación de autocontrol. Otra alternativa ensayada por el Department of Veterans Affairs consistió en ofrecer una residencia de corta estancia en el programa de tratamiento de agudos (START) (Hawthorne et al., 2005). Este programa se encuentra en San Diego (California) y dispone de seis centros de tratamiento en los que los pacientes viven en residencias independientes de los hospitales. En un período de dos años, los pacientes tratados en el programa START experimentaron la misma mejoría de los síntomas y del funcionamiento que los tratados en un hospital convencional del Department of Veterans Affairs, pero estaban mucho más satisfechos con el servicio recibido. Además el coste del tratamiento en el programa START fue un 65 % menor que el de la hospitalización convencional.

### *Pacientes con hospitalizaciones prolongadas*

Los pacientes con hospitalizaciones prolongadas padecen trastornos graves y crónicos que siguen necesitando la atención que se presta a los pacientes agudos, a pesar de que hoy se pone el acento en la reducción del número de días de hospitalización. Esta población comprende a pacientes a quienes se hospitalizó antes de que se cerraran los grandes hospitales psiquiátricos y que siguen ingresados a pesar de los esfuerzos realizados por reintegrarlos en la sociedad. También hay en esta población pacientes que han estado constantemente hospitalizados durante largos períodos a pesar de los esfuerzos por reducir al máximo su estancia en el hospital. La integración en la sociedad de pacientes con conductas problemáticas sigue encontrando resistencia de muchas personas y esto constituye un obstáculo para prestar asistencia comunitaria de estos pacientes.

Uno de los métodos para trabajar con pacientes que llevan sobre sus espaldas una hospitalización muy prolongada son las «unidades intermedias». Se trata de una unidad situada en el hospital diseñada para parecerse más a una vivienda que a una institución asistencial. Existen unidades intermedias a partir de las cuales se puede acceder a determinados servicios e instalaciones sociales. Éstas se centran en las «expectativas normales» de las personas, como cocinar, limpiar y hacer las demás tareas de la casa. Los resultados informados por los pacientes indican que las unidades intermedias mejoran el funcionamiento en la vida diaria y además los usuarios de este servicio presentaron menos episodios de agresividad y se sintieron más satisfechos con la atención que recibieron. Algunos de estos pacientes se quedan indefinidamente en las unidades intermedias, pero otros consiguen reintegrarse plenamente en la sociedad (Bartusch et al., 2007).

El «centro de crisis» ha dado buenos resultados en una población rural de Colorado (Estados Unidos) (Knight, 2004). El único criterio necesario para utilizar este servicio era que el paciente percibiera claramente que estaba pasando por una crisis y que necesitaba un ambiente más estructurado. Knight sostiene que si el paciente no se ve obligado a mostrar determinados «síntomas» para acceder a la unidad, es más fácil que se haga una composición de lugar más realista de su situación y no sienta reparo en pedir ayuda. De esta forma es posible evitar la hospitalización. Lunsky et al. (2006) estudiaron a más de 12 000 pacientes con estancias prolongadas en el sistema terciario de atención a la salud



mental de Ontario (Canadá). Estos autores observaron que uno de cada ocho pacientes tenía un diagnóstico dual de trastorno mental importante y retraso mental. Aunque no siempre la recibían, estos pacientes necesitaban una atención de más alcance, con servicios más intensivos y mayor supervisión que los pacientes que padecían un trastorno mental pero tenían un nivel intelectual normal. En general, los pacientes con diagnóstico dual presentaban síntomas más graves y más episodios de agresividad, menos recursos económicos y menos acceso a la asistencia médica. Estos autores consideran que la reforma del sistema terciario de atención a la salud mental debe centrarse en las necesidades de los pacientes con diagnóstico dual, ya que según observaron, estas necesidades suelen exceder en muchos casos las posibilidades de servicio existentes.

### *Gestión de casos*

La **gestión de los casos**, también denominada gestión de la asistencia caso por caso, es un concepto muy importante tanto en el contexto de la asistencia hospitalaria como en el de la comunitaria. Los gestores del caso suelen ser profesionales de la enfermería o asistentes sociales que hacen un seguimiento del paciente desde su ingreso en el hospital hasta el presente y sirven de enlace entre el paciente y los diferentes servicios y recursos sociales. Además, el gestor del caso hace de intermediario entre el paciente, por un lado, y los encargados de la atención domiciliaria y los terceros pagadores, por otro. Fuera del hospital, el gestor del caso trabaja con los pacientes en numerosos ámbitos y problemas, desde el acceso a los servicios médicos y psiquiátricos hasta la realización de las tareas cotidianas, como utilizar el transporte público, manejar el dinero y hacer la compra.



Gestor de casos.

### *Planificación del alta*

La planificación del alta es un concepto importante dentro de cualquier contexto asistencial hospitalario. Los recursos sociales, como el alojamiento y el transporte público, así como el acceso a los servicios comunitarios, son fundamentales para que la planificación del alta sea adecuada. En realidad, la adecuación de los planes de alta es mejor predictor que los indicadores clínicos del tiempo que el paciente va a poder permanecer en la comunidad (p. ej., el diagnóstico psiquiátrico).

El alcoholismo y la drogadicción, las conductas delictivas o violentas, la falta de cumplimiento del tratamiento farmacológico y la ideación suicida son los factores que más dificultan la planificación del alta. Así, por ejemplo, es frecuente que un paciente con antecedentes recientes de drogadicción o alcoholismo o que haya cometido un delito tenga dificultades para que le alquilen una vivienda. En muchos casos, los pacientes con antecedentes de incumplimiento del tratamiento farmacológico o con ideación suicida no son candidatos a formar parte de algunos programas o servicios. Por consiguiente, suele ser difícil o imposible ofrecerles una buena planificación de su alta, aunque pueden acceder a un plan de alta parcial. En este caso, se sabe que suelen reingresar en el

hospital antes que los que disfrutaban de planes de alta completos, y, además, la rehospitalización es más frecuente entre los primeros.

En cualquier caso, el plan de alta no puede ser eficaz si el paciente no lo sigue al pie de la letra. Por lo general, los pacientes no cumplen con las citas y las derivaciones de seguimiento contempladas en el plan de alta si no se sienten conectados a los servicios ambulatorios o si los perciben como inútiles para ellos. Prestar atención al tipo de servicios y recursos psicosociales que se ponen a disposición del bienestar del paciente, a sus preferencias con respecto al seguimiento, a la implicación de la familia y al buen funcionamiento de la atención ambulatoria es fundamental para que el plan de alta sea eficaz.

Prince (2006) observó que hay tres tipos principales de intervención para la prevención de la rehospitalización de personas con cuatro o más hospitalizaciones anteriores: la información sobre los síntomas, la continuidad de la asistencia a los servicios ambulatorios (incluido, si es el caso, el hospital de día) y las actividades de la vida diaria. Así, es menos probable que se necesite hospitalizar a un paciente que es capaz de reconocer los síntomas que indican que se va a producir una recaída inminente y busca ayuda, acude a las citas en los servicios ambulatorios y tiene un plan de actividades y responsabilidades diarias.

La creación y puesta en práctica de buenos planes de alta, incluidos los servicios y el alojamiento de calidad, es fundamental para la integración en la comunidad de las personas que padecen un trastorno mental. El mejor modo de evitar la rehospitalización y de mejorar la calidad de vida del paciente consiste en una estrategia integral para la integración en la sociedad. Una vez que el paciente recibe el alta, debe tener acceso a los servicios sociales, al tratamiento ambulatorio y a los programas de acceso a la vivienda. Todos estos servicios han de tener tres objetivos: que el paciente pueda seguir el tratamiento, vivir de forma independiente fuera del hospital y rehabilitarse. Los **programas de tratamiento activo comunitario (TAC)** proporcionan gran parte de los servicios necesarios para contrarrestar el «efecto de la puerta giratoria» (v. [cap. 1](#)), es decir, la repetición de ingresos en el hospital intercalados con intentos puntuales y fallidos de vivir en la sociedad de forma independiente. Más adelante en este mismo capítulo se habla más extensamente de los programas TAC.

#### Cuadro 4-1. Objetivos de los programas de hospitalización parcial

- Estabilizar los síntomas psiquiátricos.
- Supervisar la eficacia del tratamiento farmacológico.
- Estabilizar el entorno en el que se desenvuelve el paciente.
- Mejorar el rendimiento del paciente en las actividades de la vida diaria.
- Enseñar al paciente a estructurar su tiempo.
- Enseñar al paciente habilidades para las relaciones sociales.
- Enseñar al paciente a conseguir trabajo (empleo remunerado o trabajo como voluntario).
- Hacer un seguimiento de cualquier problema de salud que pudiera tener el paciente.

## Programas de hospitalización parcial

El objetivo de los **programas de hospitalización parcial (PHP)** es evitar la rehospitalización. Para ello se intenta ayudar a los pacientes a efectuar una transición gradual entre la hospitalización convencional y la vida independiente en la sociedad. En los **programas de tratamiento** de los hospitales de día, los pacientes vuelven a casa por la noche, a diferencia de lo que sucede en los programas de tratamiento que se llevan a cabo en los hospitales tradicionales. Los servicios que ofrecen los diferentes PHP difieren, pero la mayoría incluye terapia de grupo para el desarrollo de la comunicación y de las habilidades sociales, entrenamiento en las técnicas de resolución de problemas, control de la medicación y aprendizaje y práctica de estrategias para afrontar el trastorno mental y las tareas de la vida diaria. En algunos PHP se incluyen sesiones de psicoterapia individual y de orientación vocacional, laboral y para las actividades de ocio.

Cada paciente tiene un plan de tratamiento y una serie de objetivos personalizados que se establecen entre el paciente y el gestor del caso, con la participación de los demás miembros del equipo de tratamiento. En el [cuadro 4-1](#) se presentan los objetivos principales de la mayoría de los PHP.

A veces, los pacientes que están en un PHP finalizan el programa tras un ingreso hospitalario demasiado breve como para ocuparse de ninguna otra cosa que no sea la estabilización de los síntomas y la supervisión de la eficacia de la medicación. Otros pacientes acuden a un PHP para abordar los problemas antes de que se presenten, con lo que se evita una estancia en el hospital económicamente costosa y no deseada. Otros hacen la transición desde un PHP a un tratamiento ambulatorio a más largo plazo. [Randall y Finkelstein \(2007\)](#) observaron que la terapia cognitivo-conductual en el contexto del hospital de día era beneficiosa para los pacientes que presentaban un trastorno mental grave o crónico. Este tipo de terapia ayudaba a los pacientes a prevenir las recaídas y mejoraba su funcionamiento en la comunidad y su ajuste social. Además, los participantes en esta terapia vieron aumentar su autoestima y sus sentimientos de esperanza, y adquirieron un mayor sentido de la responsabilidad.

### Cuadro 4-2. Entornos residenciales

Viviendas para grupos.  
Apartamentos tutelados.  
Casas de acogida.  
Vida en común tutelada por un adulto.  
Alojamiento de reposo/de crisis.

## Entornos residenciales

Las personas que padecen un trastorno mental pueden vivir en **entornos residenciales extrahospitalarios**. Estos entornos varían de acuerdo con su estructura, grado de supervisión y servicios que ofrecen a los pacientes ([cuadro 4-2](#)). Algunos entornos

constituyen alojamientos transitorios que tienen el objetivo de que los residentes progresen hacia una mayor independencia personal. Suelen disponer de un dormitorio, un cuarto de baño, una lavandería y un comedor en el que los residentes se reúnen al menos una vez al día para comer juntos. En los pisos tutelados viven entre uno y tres pacientes en una atmósfera familiar, que incluye las comidas y las actividades sociales normales de cualquier familia. Las viviendas intermedias suelen servir como alojamiento temporal para ayudar al paciente mientras se prepara para conseguir la independencia personal plena. Las viviendas para grupos alojan a entre seis y diez pacientes que se turnan para preparar las comidas y comparten las tareas del hogar bajo la supervisión de una o dos personas. En los programas de vida independiente suele incluirse el alojamiento de los pacientes en edificios con varios apartamentos. En el edificio hay personal disponible las 24 h, que interviene en caso de que haya una crisis y ayuda a los pacientes a manejarse con el transporte público y las tareas de la vida diaria; en algunos casos, supervisan la toma de la medicación. Además de la presencia del personal de apoyo, muchos entornos residenciales ofrecen a los pacientes servicios de gestión del caso y contacto con otros programas y servicios (p. ej., rehabilitación laboral, atención médica, psiquiátrica y odontológica y programas de rehabilitación psicosocial), según las necesidades de cada paciente.

Existen instituciones y organizaciones que ofrecen alojamientos de reposo o de crisis a los pacientes que necesiten un lugar para vivir durante un período breve. Estos pacientes suelen residir en viviendas para grupos de pacientes o de forma independiente la mayor parte del tiempo, pero, en un momento determinado, tienen la necesidad de «descansar» de las interacciones interpersonales y los problemas que surgen en el día a día en su lugar habitual de residencia. Esto suele ocurrir cuando se presenta una crisis o el paciente se siente abrumado o incapaz de hacer frente a sus problemas, sentimientos y emociones. Los alojamientos de reposo suelen servir al paciente para recibir un mayor apoyo y más ayuda psicológica que los que recibe en otros entornos residenciales, ya que se trata de un entorno destinado a solucionar los problemas en un contexto alejado de aquél en el que surgió el problema.

El entorno en el que vive un paciente afecta a la calidad de su funcionamiento en la vida diaria, a la frecuencia de la rehospitalización y a la duración de su permanencia en la sociedad fuera del hospital. De hecho, el entorno social suele ser mejor predictor de un funcionamiento satisfactorio del paciente fuera del hospital que el trastorno mental que padece. Un paciente que vive en un entorno poco adecuado suele tirar la toalla y vuelve a ingresar en el hospital. No es tarea fácil encontrar ubicaciones residenciales de calidad para los pacientes. Por otro lado, hay que tener en cuenta que no es fácil encontrar zonas residenciales adecuadas para los pacientes. Muchas personas con trastorno mental viven en zonas azotadas por la delincuencia o en las áreas centrales de las ciudades, que suelen ser las más degradadas, en vez de en zonas residenciales de nueva construcción situadas fuera de la ciudad (Forchuk, Nelson y Hall, 2006).

Los **hogares para pacientes en recuperación** en un entorno residencial para grupos permiten a los pacientes realizar la transición de una vivienda colectiva convencional a

otra donde tienen sus propias responsabilidades y no hay supervisión por parte de profesionales que cobran un salario por dicha supervisión. Uno de los problemas que aparecen cuando se intenta dar alojamiento a personas con trastornos mentales es el siguiente: a medida que aumenta su independencia personal, a menudo suele ser necesario trasladarlos de un tipo de entorno a otro. Estas continuas mudanzas obligan a un nuevo reajuste en cada entorno nuevo, lo que hace que al paciente le resulte difícil mantener la independencia personal que ha ido adquiriendo. Dado que los hogares para pacientes en recuperación constituyen una forma de residencia permanente, se elimina el problema de la reubicación.

Es frecuente que los vecinos de un barrio o zona de la ciudad se opongan a que se establezca una vivienda colectiva o edificio residencial para personas con trastornos mentales. Estos vecinos se quejan a las autoridades porque consideran que la presencia de este tipo de instalaciones hace descender el valor de sus viviendas y comercios, pero la queja se debe también a la idea según la cual las personas con trastornos mentales son violentas, se comportan de forma inadecuada en público y constituyen una amenaza para los niños. Se trata de estereotipos fuertemente arraigados en un sector cuantitativamente importante de la sociedad, y, como sucede con cualquier otro estereotipo, se basa en la desinformación. Es necesario explicar los hechos claramente a estos vecinos para que sea posible establecer entornos residenciales seguros para los pacientes que los necesitan. El personal de enfermería debe hablar a favor de los pacientes, informar a los vecinos y explicarles que es posible convivir normalmente con las personas que sufren un trastorno mental.

### **Ayuda para la transición**

El modelo de alta transitoria (Forchuk, Reynolds, Sharkey, Martin y Jensen 2007) ha tenido mucho éxito en Canadá y Escocia. Se proporcionan servicios intensivos a los pacientes que han sido dados de alta y han conseguido insertarse en la sociedad después de hospitalizaciones muy prolongadas. El objetivo es facilitar su transición a una vida y un funcionamiento normales en la sociedad. Los dos componentes básicos de este modelo son el apoyo de otro paciente o pacientes y la ayuda del personal de enlace. El primer componente consiste en que el paciente que ya se ha integrado en la sociedad ayuda al paciente que acaba de salir del hospital. El personal de enlace son profesionales que actúan de puente entre el hospital y la asistencia comunitaria. De esta forma, el personal del hospital no interrumpe la relación terapéutica con el paciente hasta que se haya conseguido consolidar otra relación terapéutica con los profesionales encargados de la atención comunitaria. Este modelo exige colaboración, apoyo administrativo y una financiación adecuada para devolver la salud y el bienestar al paciente y evitar las recaídas, y por tanto, las rehospitalizaciones.

Entre las personas con trastornos mentales, un obstáculo importante a la hora de conservar la vivienda es la pobreza. En Estados Unidos, muchos pacientes que viven integrados en sociedad disponen de un solo ingreso económico: las ayudas sociales del gobierno, como la prestación por discapacidad que proporciona la Seguridad Social, que



ronda los 400-450 dólares al mes. Si bien muchos pacientes quieren trabajar, la mayoría no está en condiciones de tener un empleo de forma permanente. Incluso recurriendo a los servicios de empleo y orientación laboral, los trabajos disponibles suelen ser empleos no cualificados y, la mayor parte de las veces, a tiempo parcial, por lo que el salario que se paga no es suficiente para mantener una vida independiente. Además, con frecuencia el sistema de la Seguridad Social es todo lo contrario a un incentivo para hacer la transición a un empleo remunerado: si el paciente encuentra trabajo, tiene que renunciar a una fuente segura de ingresos fiable y al seguro sanitario, y ambas cosas son totalmente necesarias para que poder desenvolverse de forma independiente. Ciertamente, no parece buena idea renunciar a las prestaciones de la Seguridad Social y a la asistencia médica gratuita por un trabajo mal pagado y poco estimulante que probablemente el paciente no va a ser capaz de mantener durante mucho tiempo. Tanto el personal a cargo de los programas de rehabilitación psiquiátrica como la sociedad en su conjunto deben ocuparse del problema de la pobreza que sufren muchas personas que padecen un trastorno mental, porque se trata de uno de los grandes obstáculos que impiden o dificultan la vida independiente y autosuficiente de estos pacientes (Perese, 2007).

### **PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN EN PSIQUIATRÍA**

La rehabilitación psiquiátrica, a veces llamada *rehabilitación psicosocial*, consiste en una serie de servicios que tienen el objetivo de favorecer el proceso de recuperación de los pacientes con trastornos mentales (cuadro 4-3). Esta recuperación va más allá del control de los síntomas y la gestión de la medicación, y comprende elementos como el crecimiento personal, la integración en la sociedad, la asunción de responsabilidades, el aumento de la independencia personal y una mejor calidad de vida. Los programas y servicios de apoyo comunitarios proporcionan diversos grados de rehabilitación psiquiátrica, y el grado de rehabilitación depende en muchos casos de los recursos y la financiación de que se dispone. Algunos programas se centran principalmente en reducir los reingresos hospitalarios mediante el control de los síntomas y la gestión de la medicación, mientras que otros incluyen servicios sociales y de tiempo libre. En Estados Unidos, los programas de rehabilitación psicosocial son muy escasos.

#### **Cuadro 4-3. Objetivos de la rehabilitación psiquiátrica**

- Recuperarse del trastorno mental.
- Crecer personalmente.
- Mejorar la calidad de vida.
- Reintegrarse en la sociedad.
- Asumir responsabilidades personales.
- Aumentar la independencia personal.
- Reducir el número de ingresos hospitalarios.
- Mejorar el funcionamiento social del paciente.
- Proporcionar al paciente orientación vocacional y laboral.
- Continuar con el tratamiento.

- Aumentar la participación del paciente en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Mejorar la salud física.
- Recuperar el sentido del yo y de la identidad.

La rehabilitación psiquiátrica mejora los resultados terapéuticos porque proporciona a los pacientes apoyo social con el objetivo de reducir el número de hospitalizaciones y promover la integración en la sociedad. Además, la gestión de la asistencia ha dado lugar a una disminución de los servicios «médicamente necesarios» cubiertos por los seguros médicos tanto públicos como privados. Por ejemplo, cuando se observó que la capacitación laboral de los pacientes era eficaz para ayudarles a integrarse en la sociedad, las organizaciones de gestión de la asistencia empezaron a concebir la rehabilitación psiquiátrica como una mera capacitación laboral, y dejaron de subvencionar otros aspectos de la rehabilitación, como la socialización y los apoyos del entorno. Tanto los pacientes como los profesionales insisten en que la pobreza, la falta de empleo y la orientación vocacional y laboral inadecuada son obstáculos que dificultan y, en muchos casos, impiden la integración del paciente en la sociedad, pero al no estar comprendidos estos obstáculos en la definición de lo que es «médicamente necesario» dentro de la rehabilitación psiquiátrica, según los criterios de la gestión de la asistencia, no se subvencionan los servicios y programas que serían necesarios para superar estos obstáculos.

### Modelo del club

En 1948, la organización Fountain House fue pionera en el establecimiento de los **clubes sociales** para personas con trastornos mentales. Se trata de un modelo de rehabilitación basado en la participación social, que comenzó en la ciudad de Nueva York. Hasta el 2008, Fountain House ya había fundado más de 400 clubes en 32 países de todo el mundo. Fountain House es una «comunidad con un propósito», que se fundamenta en la convicción de que las personas que sufren una discapacidad psíquica grave o de carácter crónico pueden alcanzar los objetivos normales de la vida cuando se les da la oportunidad, el tiempo y el acompañamiento. Los socios de estos clubes tienen cuatro derechos básicos que explican claramente la filosofía de Fountain House:

- Derecho a tener un lugar al que ir.
- Derecho a tener un empleo satisfactorio.
- Derecho a mantener relaciones satisfactorias con los demás.
- Derecho a tener un lugar al que se pueda volver (la pertenencia al club es de por vida).

El modelo ofrece numerosas oportunidades a sus socios, como actividades laborales durante el día centradas en la atención, el mantenimiento y la productividad del club; actividades vespertinas, durante los fines de semana y durante las vacaciones; apoyo a los socios para que puedan mantener el empleo y ser independientes y autosuficientes y opciones de alojamiento. Además, se anima a los socios a utilizar los servicios psiquiátricos, que suelen ser pequeñas clínicas situadas cerca del club o médicos privados.

En el modelo del club se considera que la relación médicopaciente es la clave para que el tratamiento y la rehabilitación sean eficaces, y que los encuentros breves entre el médico y el paciente centrados en el control de los síntomas no son suficientes para que la rehabilitación sea eficaz. La «alianza para la rehabilitación» se refiere al entramado de relaciones que deben establecerse a lo largo del tiempo con el fin de ayudar a las personas que padecen un trastorno mental, y está formada por el paciente, la familia, los amigos, los médicos e incluso los caseros, los empresarios y los vecinos. La alianza para la rehabilitación necesita el apoyo y el compromiso de la sociedad en su conjunto, pero también la coordinación de las personas, instituciones y organizaciones que prestan servicios al paciente. Este modelo tiene un enfoque positivo y se basa en la fuerza vital, la creatividad y la esperanza, tres elementos imprescindibles para que los socios se recuperen. El modelo del club se creó para promover la alianza para la rehabilitación como fuerza positiva que impulsa a los socios a mejorar un poco cada día.

#### Cuadro 4-4. Componentes del programa del tratamiento activo comunitario

- Equipo multidisciplinario formado por un psiquiatra, un profesional de la enfermería en psiquiatría y salud mental, un especialista en rehabilitación laboral y un asistente social por cada 100 pacientes (es decir, la proporción personal-pacientes es baja).
- Identificación de un punto fijo de responsabilidad hacia los pacientes, que disponen de una persona o institución que actúa como suministrador principal de los servicios.
- Se mejoran o eliminan los síntomas del trastorno mental de carácter discapacitante.
- Se mejora el funcionamiento del paciente en sus actividades sociales y laborales.
- Se disminuye la carga asistencial de la familia proporcionando a los pacientes oportunidades de aprender cómo desenvolverse en situaciones de la vida real.
- Se ejecuta un programa de tratamiento personalizado y continuo basado en las necesidades concretas del paciente.
- Se compromete a todos los sistemas de apoyo necesarios para tratar al paciente de forma integral.
- Se promueve la salud mental por medio de una amplia gama de recursos y modalidades de tratamiento.
- Se hace hincapié y se promueve la independencia personal del paciente.
- El equipo se reúne todos los días para hablar de las estrategias que pueden servir para mejorar la atención que reciben los pacientes.
- Se proporcionan servicios durante las 24 h del día, incluido el reposo del paciente, para evitar las hospitalizaciones innecesarias, e intervenciones en crisis para evitar que el paciente se desestabilice y evitar las visitas innecesarias a los servicios de urgencias.
- Se evalúan los resultados obtenidos con cada paciente con respecto a las siguientes variables: sintomatología, funcionamiento social, psicológico y familiar, empleo remunerado, independencia personal, asunción de responsabilidades, utilización de servicios auxiliares, grado de satisfacción del paciente, de la familia y de la sociedad, utilización de los servicios hospitalarios, utilización de otros organismos e instituciones, nuevas hospitalizaciones, calidad de vida y coste económico.

El club se centra en la salud y no en la enfermedad. Por ejemplo, tomar la medicación no es una condición para poder participar. Son los socios quienes en última instancia deben decidir sobre el tratamiento; por ejemplo, son ellos los que deciden si necesitan o no ingresar en el hospital. El personal del club apoya a los socios, les ayuda a conseguir el apoyo necesario y, sobre todo, les permite tomar decisiones sobre todos los aspectos

de su vida. Este enfoque de la rehabilitación psiquiátrica es la piedra de toque del club y lo que le confiere fuerza.

### **Tratamiento activo comunitario (1973)**

Una de las estrategias más eficaces para el tratamiento basado en la comunidad de las personas con trastornos mentales es el TAC ([cuadro 4-4](#)). Este modelo fue concebido por [Marx, Test y Stein en 1973](#) en Madison (Wisconsin) cuando trabajaban en el Mendota State Hospital. Estos autores partieron de la base de que la potenciación de las capacidades, el apoyo y la enseñanza deben llevarse a cabo en la sociedad en la que se necesitan y no en el hospital. Al principio, se conoció como el modelo de Madison, más tarde se denominó «enseñanza de la vida en la sociedad» y finalmente TAC o simplemente «programa de tratamiento dinámico». Los programas actuales de asistencia móvil a la sociedad y de tratamiento continuado tienen sus raíces en el modelo de Madison.

El programa de TAC está orientado a la solución de problemas: los integrantes del equipo personal se ocupan de problemas concretos, por muy mundanos que sean. Las características de este modelo se presentan en el [cuadro 4-4](#). Los programas de TAC proporcionan la mayoría de sus servicios directamente, sin recurrir a las derivaciones a otros programas u organizaciones, y los prestan en el domicilio de los pacientes o en otros ámbitos, pero nunca en despachos o consultas. Los servicios del programa de TAC son intensivos: para cubrir las necesidades de los pacientes se realizan tres o más contactos con ellos. El sistema de rotación de los equipos permite que el personal esté familiarizado con todos los pacientes, por lo que éstos no tienen que esperar a que les atienda una persona asignada en particular. Los programas de TAC también se comprometen a largo plazo con los pacientes y les proporcionan servicios durante todo el tiempo que lo necesiten y sin restricciones de horario ([Coldwell y Bender, 2007](#)).

Estos programas nacieron y se desarrollaron en entornos urbanos. También han sido eficaces en zonas rurales, donde los servicios psiquiátricos tradicionales son más limitados, más fragmentados y de más difícil acceso que en las ciudades. En las zonas rurales hay menos dinero para financiar los servicios y la estigmatización que sufren las personas con trastorno mental es mayor. También son más fuertes y están más extendidas las actitudes negativas hacia estos programas. Con los programas rurales de TAC se ha conseguido reducir los ingresos hospitalarios, aumentar la estabilidad en los alojamientos de los pacientes y mejorar la calidad de vida y los síntomas psiquiátricos. No obstante, fue necesario realizar algunas modificaciones para adaptar los programas convencionales a las zonas rurales, como por ejemplo disponer de equipos formados sólo por dos personas, reducir los contactos con los pacientes y hacerlos más breves y disminuir el número de profesionales de diferentes disciplinas que intervienen en el programa.

Este tipo de programas han obtenido buenos resultados también en Canadá y Australia ([Latimer, 2005](#); [Udechuku et al., 2005](#)). En estos países se ha conseguido reducir los ingresos hospitalarios y promover la integración social de las personas que padecen un

trastorno mental. En Nueva York, los servicios de TAC se han modificado para poder incluir servicios destinados a evitar la detención y encarcelamiento de las personas adultas con un trastorno mental grave. A continuación se habla de esta población especial de pacientes.

## **POBLACIONES ESPECIALES DE PACIENTES**

### **Personas sin hogar**

Las personas indigentes (que viven en la calle) que padecen un trastorno mental han sido objeto de varios estudios recientes. En el caso de esta población, los albergues, los programas de rehabilitación y las cárceles sirven a veces como alternativa provisional al ingreso hospitalario y a los entornos residenciales de apoyo. La alternancia frecuente entre la calle, los programas y las instituciones no hacen sino empeorar aún más la existencia precaria de estas personas. Comparados con los indigentes sin trastornos mentales, los que sí los tienen carecen de vivienda más tiempo, están más tiempo en albergues, tienen menos contacto con la familia, pasan períodos más largos en la cárcel y tienen más dificultades para encontrar un empleo ([National Resource and Training Center on Homelessness and Mental Illness, 2006](#)). En estas personas, los profesionales sustituyen a la familia como fuente principal de ayuda.

El mero hecho de proporcionarles una vivienda no altera mucho el pronóstico de los indigentes que padecen un trastorno mental. Los servicios de rehabilitación psicosocial, el apoyo de los iguales, la capacitación para el empleo y la enseñanza de las habilidades necesarias para manejarse en la vida diaria son los factores más importantes para promover la disminución de la indigencia y mejorar la calidad de vida de estas personas. A comienzos de la década de 1990, el gobierno de Estados Unidos aprobó un programa de subvenciones para responder a las necesidades de los indigentes con un trastorno mental. El programa *Projects for Assistance in Transition from Homelessness (PATH)* financia trabajos relacionados con la salud comunitaria, la salud mental, el alcoholismo y la drogadicción, la gestión de casos y otros servicios asistenciales. Pueden obtenerse ciertos servicios de alojamiento, aunque limitados, pero en el PATH se trabaja principalmente con los alojamientos existentes en cada barrio, pueblo o ciudad ([Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006](#)).

El Center for Mental Health Services fue la institución que puso en marcha en 1994 el **Access to Community Care and Effective Services and Support (ACCESS) Demonstration Project** con el objetivo de comprobar si los sistemas más integrados de prestación de servicios podían mejorar la calidad de vida de las personas indigentes que padecen una discapacidad mental grave mediante el uso de esos servicios y de los servicios sociales ya existentes. El ACCESS fue un programa piloto que duró 5 años y se puso en marcha en 15 ciudades de 9 estados de Estados Unidos que, por sus características, representaban a la mayoría de las zonas geográficas del país. Cada uno de los centros proporcionó servicios sociales y gestión intensiva de casos a 100 indigentes con trastornos mentales graves al año.

Se hizo un estudio de los individuos indigentes que participaron durante los primeros 2

años del proyecto ACCESS con el fin de determinar si habían entablado alguna relación con los gestores de casos asignados a ellos y qué diferencias se percibían respecto a la indigencia, a los síntomas y al consumo de drogas. En este estudio participó un total de 2 798 personas. Sólo el 40 % de estas personas manifestaron haber tenido relación o contacto personal con sus gestores de casos, lo que subraya la dificultad de establecer relaciones terapéuticas con pacientes indigentes con trastornos mentales. Los pacientes que sí notificaron esas relaciones indicaban que habían recibido un mayor apoyo social, más ayudas públicas y más educación. Además, estas personas presentaron menos síntomas psicóticos, carecieron de alojamiento menos días y estuvieron sobrios más días que los que informaron no haber tenido ninguna relación con los gestores de casos que se les había asignado. Esto demuestra que, aunque es difícil lograr convencer a esta población de que acepte las relaciones terapéuticas, cuando se consigue, los resultados son positivos.

El informe más reciente del proyecto ACCESS indica que, de acuerdo con la opinión de los pacientes participantes, hay muchos factores que influyen en su calidad de vida. Según este informe, los más importantes son: el tratamiento de los síntomas psiquiátricos y el apoyo social. Estos datos parecen indicar que es necesario centrar el tratamiento en los diferentes aspectos del trastorno mental, en las redes de apoyo social, en el empleo y los ingresos estables, en la vivienda y en la utilización más frecuente de los servicios sociales para mejorar la calidad de vida autopercibida por el paciente y disminuir el número de días que estas personas pasan en la indigencia. Estos resultados positivos se mantuvieron una vez finalizada la intervención (Rothbard, Min, Kuno y Wong, 2004). Desai y Rosenheck (2005) estudiaron las necesidades no satisfechas de la salud física de los indigentes participantes en el proyecto ACCESS. Observaron que la gestión de casos en colaboración entre varios profesionales y el propio paciente desempeñaba una función importante en la mejora de la salud física de los participantes, ya que esta gestión permitía al indigente entrar en contacto con los servicios médicos adecuados.

### **Población penitenciaria**

En la población penitenciaria, la prevalencia de los trastornos mentales es del 13%; es decir, mucho más elevada que la prevalencia entre la población general (2%). Numerosos delincuentes padecen trastornos mentales tanto agudos como crónicos, presentan un mal comportamiento y muchos de ellos son además indigentes. Los factores que explican por qué algunas personas con trastorno mental están dentro del sistema judicial penal son: la desinstitucionalización, el aumento de la severidad sobre lo que la sociedad considera correcto e incorrecto, la falta de un apoyo social apropiado, la tendencia a economizar en el tratamiento de los trastornos mentales y la actitud de la policía y, en general, de la sociedad (Gostin, 2008). La **criminalización del trastorno mental** se refiere a la práctica de detener y juzgar a personas que han delinquido y padecen un trastorno mental, incluso por delitos menores, en una proporción cuatro veces superior a la de la población en general, en un esfuerzo por tenerlos encerrados en algún tipo de institución en la que puedan recibir el tratamiento que necesitan. No obstante, si los delincuentes



hubieran tenido acceso al tratamiento que necesitaban, quizás algunos de ellos no se habrían dedicado a las actividades delictivas.

La preocupación de la sociedad por el posible peligro que representan las personas con trastornos mentales suele basarse en las noticias que nos llegan a través de los medios de comunicación, especialmente cuando se trata de actos delictivos violentos cometidos por una persona que sufre un trastorno mental. Aunque es verdad que las personas con trastorno mental grave que no toman la medicación que se les ha prescrito tienen más posibilidades de ser violentos, la mayor parte de estas personas no constituyen un peligro significativo para los demás. A pesar de esto, muchos ciudadanos se aferran al estereotipo según el cual hay que temer, evitar y encerrar en una institución a las personas trastornadas. Si no se puede confinar a esas personas en hospitales psiquiátricos durante cierto tiempo, parece que la sociedad ha optado por la detención y el encarcelamiento. En realidad, es más probable que las personas que sufren un trastorno mental sean víctimas de la violencia, tanto en la cárcel como fuera de ella, que lo contrario (Blitz, Wolf y Shi, 2008).

Las personas con trastornos mentales que están dentro del sistema judicial penal se enfrentan a varios obstáculos cuando intentan integrarse con éxito en la sociedad:

- Pobreza.
- Falta de un lugar en el que vivir.
- Consumo de drogas.
- Violencia.
- Trato injusto o discriminatorio, violación y traumatismos.
- Daños autoinfligidos.

En Estados Unidos, algunas ciudades, condados y estados disponen de servicios móviles de crisis conectados al departamento de policía. Se trata de equipos de profesionales que, una vez que se ha estabilizado la situación, acuden al lugar en el que se ha cometido el delito en los casos en los que la policía considera que existe algún problema de salud mental. En algunos casos, es posible derivar a la persona con trastorno mental a un centro de salud mental o al hospital, en vez de detenerla y enviarla a la cárcel. Muchas veces estos mismos profesionales dictan cursos de formación para los policías con el fin de que aprendan a reconocer los trastornos mentales y cambien de actitud hacia los delincuentes con problemas mentales.

Steadman et al. (2005) llevaron a cabo un programa denominado *Brief Jail Mental Health Screen* (BJMHS) (programa para la detección sistemática rápida de los trastornos mentales en la cárcel) en la prisión de condado de Cook (Chicago). Se trata de la aplicación de un cuestionario de ocho puntos que puede administrarse en 2 min y medio. El cuestionario se administró a todos los reclusos para comprobar si era necesario llevar a cabo una evaluación más amplia o derivarles a los servicios de salud mental. Con el cuestionario BJMHS pudo clasificarse correctamente al 73,5 % de los hombres, pero sólo al 61,6 % de las mujeres. Esto llevó a los autores a la conclusión que esta prueba psicométrica exploratoria era eficaz para la identificación y derivación de los reclusos de

sexo masculino y, por tanto, podía ser útil si se utilizaba como parte de los trámites habituales que se llevan a cabo cuando una persona ingresa en prisión.

## EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Independientemente del contexto asistencial, del programa de rehabilitación o de la población, la estrategia del **equipo multidisciplinario** es sumamente útil para tratar los múltiples problemas de los pacientes que padecen un trastorno mental. Cada uno de los integrantes del equipo es experto en determinados temas. La colaboración y coordinación de estos profesionales entre sí puede servir para conseguir una cobertura más eficaz de las necesidades del paciente. Los miembros del equipo multidisciplinario son: el farmacéutico, el psiquiatra, el psicólogo, el profesional de enfermería en psiquiatría y salud mental, el asistente social, el terapeuta ocupacional (ergoterapeuta), el terapeuta recreacional (ludoterapeuta) y el especialista en rehabilitación laboral. En el [cuadro 4-5](#) se describen las funciones de cada uno de estos profesionales. No en todos los contextos asistenciales el equipo multidisciplinario dispone de un profesional a tiempo completo de cada una de estas disciplinas, ya que los programas y los servicios que ofrece el equipo determinan su composición, con independencia de cuál sea el contexto asistencial.

### Cuadro 4-5. Funciones de los profesionales que componen el equipo multidisciplinario

- **Farmacéutico:** el farmacéutico forma parte del equipo multidisciplinario cuando la medicación, los efectos secundarios y/o las interacciones farmacológicas con medicamentos no psiquiátricos son complejos. Los pacientes con síntomas resistentes al tratamiento psicofarmacológico pueden beneficiarse de los conocimientos que los profesionales farmacéuticos tienen sobre la estructura química, el mecanismo de acción y el efecto de los fármacos.
- **Psiquiatra:** en Estados Unidos, el psiquiatra es un médico que ha recibido la certificación en psiquiatría por la American Board of Psychiatry and Neurology, para lo cual se exigen 3 años de residencia, 2 años de práctica clínica y aprobar un examen. La función principal del psiquiatra es el diagnóstico de los trastornos mentales y la prescripción de los tratamientos psicofarmacológicos.
- **Psicólogo:** el psicólogo clínico ha cursado la especialidad de psicología clínica o se ha doctorado en esta especialidad y está preparado para administrar los tratamientos psicoterapéuticos y las pruebas psicométricas para hacer el diagnóstico, establecer las características de la personalidad del paciente o supervisar la eficacia de los tratamientos. Además, el psicólogo participa en el diseño de los programas de tratamiento dirigidos a grupos de personas.
- **Profesional de la enfermería en psiquiatría y salud mental:** este profesional es diplomado en enfermería y adquiere experiencia en el trabajo con pacientes con trastornos mentales después de obtener la diplomatura a través de un programa de acreditación en enfermería, en psiquiatría y salud mental y de un examen de especialización. Tiene conocimientos sólidos en las áreas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y rehabilitación, lo que le permite tener una visión integral del paciente. El personal de enfermería constituye una parte fundamental del equipo multidisciplinario debido a su capacidad de evaluar la eficacia del tratamiento médico, especialmente de los psicofármacos. Una vez que el profesional de la enfermería ha obtenido el diplomado de especialista en psiquiatría y salud mental, puede obtener el permiso para ejercer como personal de enfermería avanzado, dependiendo del estado en el que ejerza. En muchos estados, el personal de enfermería avanzado está autorizado a recetar fármacos.

- **Asistente social:** la mayor parte de los asistentes sociales son diplomados universitarios. En Estados Unidos están autorizados a realizar diferentes funciones, según la legislación de cada estado. Los asistentes sociales pueden colaborar en el tratamiento, y la mayor parte de las veces son los máximos responsables del trabajo con las familias, del apoyo social y de las derivaciones a los diferentes servicios y programas.
- **Terapeuta ocupacional:** los terapeutas ocupacionales pueden tener una diplomatura (asistente en terapia ocupacional) o una licenciatura (terapeuta ocupacional). La terapia ocupacional se centra en las capacidades funcionales del paciente y en las intervenciones para mejorar estas capacidades mediante la realización de manualidades y trabajos de artesanía en talleres y la práctica de diferentes actividades artísticas, como la pintura, el cómic, la escultura o la fotografía. Se trata de desarrollar al máximo las habilidades psicomotrices del paciente para realizar la transición al mundo laboral.
- **Terapeuta recreacional (ludoterapeuta):** muchos terapeutas recreacionales tienen una licenciatura, pero también hay casos en que esta función la desempeñan personas con experiencia pero sin formación académica específica. Su función es ayudar al paciente a conseguir el equilibrio entre el trabajo y el ocio, y enseñarle actividades que promueven la utilización constructiva y eficaz del tiempo libre o del tiempo no estructurado.
- **Especialista en rehabilitación laboral:** la rehabilitación laboral consiste en explorar los intereses y las capacidades del paciente y hacerlos compatibles con el cumplimiento de su vocación. También se ayuda a los pacientes a buscar empleo y a mantenerlo, así como a continuar estudiando si es eso lo que el paciente necesita y desea. Estos especialistas suelen tener una diplomatura o licenciatura y se encargan de supervisar los programas de atención a los pacientes a diferentes niveles, según su grado de formación, preparación y experiencia.

Para funcionar adecuada y eficazmente como integrante de un equipo multidisciplinario en salud mental, el profesional debe tener una serie de habilidades y características personales:

- Habilidades interpersonales como la tolerancia, la paciencia y la comprensión.
- Humanidad, es decir, calidez en el trato con las personas, aceptación, empatía, autenticidad y capacidad de evitar hacer juicios de valor.
- Conocimientos, al menos básicos, sobre los trastornos mentales y sus síntomas y conductas asociados.
- Capacidad de comunicación.
- Cualidades personales como coherencia, responsabilidad y capacidad de resolver los problemas que se presentan.
- Experiencia en trabajo en equipo y capacidad de colaborar, compartir e integrar.
- Experiencia en evaluación y gestión de riesgos.

El papel del gestor de casos ha ido adquiriendo cada vez más importancia debido a la proliferación de la gestión de la asistencia y a la gran diversidad de servicios que necesitan los pacientes. Sin embargo, no existe un programa educativo formal para llegar a ser gestor de casos, y esta función pueden desempeñarla personas de diferentes profesiones y bagajes formativos. En algunos entornos, el gestor de casos es el asistente social o el profesional de la enfermería en psiquiatría y salud mental. En otros, se trata de alguien que trabaja en rehabilitación psicosocial y con una licenciatura en alguna de las profesiones relacionadas con este tipo de rehabilitación, como psicología o trabajo social. Otras veces el gestor de casos no tiene una formación académica específica y desempeña

esta función gracias a su experiencia y capacidad demostrada. Los gestores de casos deben tener conocimientos médicos, capacidad de relacionarse con otras personas y de colaborar, ayudar y vincularse con el paciente. Los conocimientos médicos son necesarios para planificar los tratamientos, y evaluar los síntomas, las funciones y las capacidades del paciente. En lo que se refiere a su capacidad para el trato con los demás, el gestor de casos debe ser capaz de comprender, establecer y mantener las relaciones y crear alianzas con el paciente basadas en el respeto mutuo, la colaboración y las necesidades específicas de cada paciente. Asimismo, debe ser capaz de contactar y de relacionarse con diferentes organismos e instituciones para conseguir alojamiento, ayudas económicas y rehabilitación laboral para los pacientes.

A medida que las necesidades de los pacientes se vuelven más variadas y complejas, el personal de enfermería en psiquiatría y salud mental se va situando en la posición ideal para asumir las funciones del gestor de casos. En 1994, la American Nurses Association publicó una declaración en la que se decía que estos profesionales de la enfermería estaban capacitados para evaluar, supervisar y derivar a los pacientes que, además de un trastorno mental, presentan problemas médicos generales, así como para administrar fármacos, hacer un seguimiento de los efectos secundarios de los medicamentos, encargarse de la educación sobre el tratamiento farmacológico del paciente y de sus familiares y estar atento a los trastornos médicos que tienen componentes tanto psicológicos como fisiológicos. El personal de enfermería en psiquiatría y salud mental aporta al equipo multidisciplinario sus insustituibles conocimientos obtenidos en la práctica diaria de la enfermería.

## **LA ENFERMERÍA PSICOSOCIAL EN SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN DOMICILIARIA**

La enfermería psicosocial es una subespecialidad muy importante de la enfermería en salud pública y atención domiciliaria. El personal de enfermería especialista en salud pública que trabaja fuera de los hospitales se encarga de la prevención de los trastornos mentales con el propósito de reducir los riesgos que amenazan la salud mental de las personas, de las familias y de la sociedad en su conjunto. Son ejemplos de esta actuación la prevención primaria de los trastornos mentales mediante la educación para manejar el estrés, la prevención secundaria por medio de la identificación precoz de los posibles problemas de salud mental y la prevención terciaria, que consiste en supervisar y coordinar los servicios de rehabilitación dirigidos a las personas con trastorno mental.

La práctica profesional del personal de enfermería en salud pública y atención domiciliaria incluye la asistencia a los pacientes y sus familias en temas como el consumo de alcohol y drogas ilegales, la violencia doméstica, el maltrato infantil, el control del dolor y la depresión. Además, el personal de enfermería en salud pública atiende a los escolares en los centros de enseñanza e imparte cursos de formación sobre salud a diferentes grupos, organismos e instituciones. Los servicios de salud mental que proporcionan estos profesionales sirven para disminuir el sufrimiento que experimentan muchas personas como consecuencia de una enfermedad física, de un trastorno mental,

de las desventajas económicas y sociales y de otros factores de vulnerabilidad.

## TEMAS DE AUTOCONCIENCIA



La enfermería en psiquiatría y salud mental evoluciona a medida que sigue modificándose la asistencia sanitaria en general. El énfasis se está desplazando desde los objetivos tradicionales asociados con la atención hospitalaria convencional a los síntomas y con la gestión de la medicación a otros objetivos más centrados en el paciente conceptualizado como una persona integral y que, por tanto, presenta necesidades muy variadas. En consecuencia, no se trata ahora sólo de que el paciente se recupere del trastorno mental que padece, sino también de que pueda integrarse en la sociedad con la mejor calidad de vida posible. Esto obliga al personal de enfermería en psiquiatría y salud mental a mejorar sus conocimientos y capacidades profesionales para así poder ayudar a los pacientes en el esfuerzo que realizan por integrarse en la sociedad y llevar una vida digna. Es posible que algunos profesionales de la enfermería sientan a veces que este esfuerzo les sobrepasa y que se sientan poco preparados o sin el equipamiento necesario para cumplir este cometido tan complicado.

Los servicios de salud mental se adentran cada vez más en contextos no tradicionales, como las cárceles y los albergues para indigentes. A medida que las funciones del personal de enfermería en psiquiatría y salud mental van ampliándose a estos contextos no tradicionales, estos profesionales se ven privados del personal, la organización, los servicios y el equipamiento del que disponen los hospitales y la clínica, como los médicos y los compañeros de enfermería o las clínicas. Esto exige al personal de enfermería practicar su profesión de forma más autónoma e independiente, lo que puede suponer un reto difícil de superar para algunos profesionales.

Permitir a los pacientes que tomen sus propias decisiones sobre el tratamiento constituye una parte integral del proceso de recuperación. Esto difiere del modelo tradicional del psiquiatra rodeado de su equipo de colaboradores, en los tiempos en los que este profesional era la única autoridad y la única persona que sabía lo que era mejor para el paciente. Para el personal de enfermería, apoyar al paciente constituye un reto cuando otros profesionales sanitarios consideran que éste se ha decantado por opciones que no son las ideales.

Es posible que el personal de enfermería se sienta frustrado cuando trabaja con adultos que sufren un trastorno mental y, al mismo tiempo, son indigentes o están en la cárcel, o ambas cosas a la vez. Lo habitual es que estos pacientes no se comprometan en las relaciones terapéuticas, y seguramente crearán serios conflictos al personal de enfermería. Los profesionales de la enfermería se sentirán rechazados por pacientes que no entran fácilmente en la relación y quizá comprueben que su estrategia para convencerles no es la más adecuada.

## Consideraciones a tener en cuenta cuando se trabaja la autoconciencia en contextos comunitarios

- El paciente cometerá errores, los superará y aprenderá de ellos. Los errores forman parte de la vida de todos nosotros, y la función del personal de enfermería no consiste en protegerles de estos errores inevitables.
- El personal de enfermería no siempre tendrá la respuesta apropiada para resolver los problemas que presenta el paciente ni para solventar una situación difícil.
- A medida que los pacientes avanzan en su recuperación, necesitan apoyo para tomar decisiones y seguir una determinada línea de actuación, incluso en los casos en los que el personal de enfermería considera que el paciente está tomando decisiones con muy poca probabilidad de obtener buenos resultados.
- Trabajar con pacientes en contextos comunitarios representa un tipo de relación personal de enfermería-paciente que permite ayudar a éste de forma mucho más eficaz que cuando se trata de la atención clínica convencional en el hospital. Sin embargo, el personal de enfermería suele estar más familiarizado y sentirse más cómodo en el trabajo en el hospital que en la atención al paciente en los contextos asistenciales comunitarios.



### RECURSOS DE INTERNET

#### RECURSOS

- Fountain House (modelo del club)
- National Association for Home Care and Hospice
- National Law Center on Homelessness and Poverty
- National Mental Health Association
- National Mental Health Information Center
- National Rehabilitation Information Center

#### DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.fountainhouse.org>

<http://www.nahc.org>

<http://www.nlchp.org>

<http://www.nmha.org>

<http://www.mentalhealth.org>

<http://www.naric.com>

## *P*reguntas de razonamiento crítico



1. Hable de la función que puede desempeñar el personal de enfermería para promover los cambios en las políticas sociales y en la legislación que se necesitan para proporcionar servicios de rehabilitación psiquiátrica a los pacientes en los diferentes contextos asistenciales.
2. ¿De qué información deben disponer los vecinos de un barrio sobre la instalación de una vivienda para grupos o de un alojamiento intermedio?

## PUNTOS CLAVE



- Actualmente, las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento y servicios de salud mental en una serie muy amplia de entornos, en algunos de los cuales se observan deficiencias muy graves de financiación y equipamientos.
- Acortar la estancia de los pacientes en el hospital exige realizar cambios en la forma en que los hospitales atienden a los pacientes que sufren un trastorno mental.
- Una planificación de alta adecuada es un excelente predictor de los buenos resultados que tendrá el paciente cuando intente integrarse en la sociedad.
- Los obstáculos que impiden elaborar un plan de alta realista con garantías de éxito son: el alcoholismo y la drogadicción, las conductas delictivas o violentas, la falta de cumplimiento del tratamiento farmacológico y la ideación suicida.
- Los PHP se ocupan de los síntomas del paciente, de la toma de la medicación, del entorno en el que vive, de las actividades de la vida cotidiana, del tiempo libre, de las habilidades sociales, del empleo y de los problemas de salud física que tuviera el paciente.
- Los entornos residenciales comunitarios varían en su estructura, grado de supervisión y servicios que proporcionan. Algunos son transitorios, ya que se tiene esperanza de que el paciente progresará y será capaz de vivir de forma independiente, mientras que otros son útiles durante el tiempo que el paciente los necesite.
- Los tipos de entornos residenciales son: las viviendas para grupos, los apartamentos tutelados, las casas de acogida, la vida en común tutelada por un adulto, los alojamientos de reposo/crisis, los programas de hospitalización parcial y los programas de vida independiente.
- La capacidad del paciente de vivir normalmente en la sociedad está muy relacionada con la calidad e idoneidad del entorno.
- Entre las personas con trastorno mental, la pobreza es un impedimento importante para mantener la vivienda. Este problema no suele tenerse en cuenta cuando se elaboran las estrategias de rehabilitación psiquiátrica.
- La rehabilitación psiquiátrica se refiere a los servicios cuyo objetivo es promover el proceso de recuperación de los pacientes con trastornos mentales. Esta recuperación

va más allá del control de los síntomas y de la gestión de la medicación, ya que comprende también el crecimiento personal, la integración en la sociedad, la asunción de las responsabilidades personales, el logro de una mayor independencia personal y la mejora de la calidad de vida.

- El modelo de rehabilitación psicosocial del club consiste en una comunidad creada con unos fines muy específicos, que se sustenta en la convicción de que las personas que padecen un trastorno mental pueden alcanzar los objetivos normales de la vida si se les concede tiempo, oportunidad, apoyo y amistad.
- El TAC es uno de los modelos más eficaces de tratamiento extrahospitalario. Consiste en dar servicios las 24 h del día y se caracteriza por un índice bajo personal-paciente, servicios en la vivienda del paciente o en algún otro lugar fuera del hospital, contactos intensivos y frecuentes y servicios sin limitación de tiempo.
- Para obtener resultados positivos en adultos con trastornos mentales que además son indigentes, los servicios de rehabilitación psiquiátrica, como los que se prestan en el TAC, deben proporcionarse juntamente con una vivienda estable.
- Los adultos con trastornos mentales suelen entrar en el sistema de justicia penal con más frecuencia que el resto de la población debido a la desinstitucionalización, al aumento de la severidad en lo que la sociedad considera normal y desviado, a la falta de apoyo social adecuado, a la tendencia a economizar en el tratamiento de los trastornos mentales y a la actitud de la policía y de la sociedad en general.
- Los impedimentos para rehacer su vida que encuentran las personas con trastornos mentales que han estado en la cárcel son la pobreza, la falta de vivienda, el consumo de drogas, la violencia, el trato injusto, las violaciones, los traumas y los daños autoinfligidos.
- Los equipos multidisciplinarios están formados por un psiquiatra, un psicólogo, un profesional de la enfermería en psiquiatría y salud mental, un asistente social, un terapeuta ocupacional, un terapeuta recreacional, un especialista en rehabilitación laboral y, a veces, un farmacéutico.
- El personal de enfermería psiquiátrica y en salud mental está en una posición ideal para desempeñar la función de gestor de casos. Este personal tiene capacidad suficiente para evaluar, supervisar y derivar a los pacientes para que reciban el tratamiento médico y psiquiátrico adecuado. Asimismo, está capacitado para administrar la medicación, supervisar los efectos secundarios de los fármacos, educar sobre la medicación y otros temas de salud al paciente y a su familia y estar atento a los trastornos médicos que cursan con componentes tanto psicológicos como fisiológicos.
- Dar a los pacientes autonomía para que puedan tomar decisiones que le afectan durante el proceso de recuperación total exige establecer con los pacientes una relación de trabajo colaborativo que no se limite a la atención convencional en el contexto clínico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Alwan, N. A., Johnstone, P., & Zolese, G. (2008). Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD0000384.

- Bartusch, S. M., Bruggemann, B. R., Elgeti, H., Zeigenbein, M., & Machleidt, W. (2007). Hannover study on long-stay hospitalization— part II: Characteristics and care conditions of long-stay hospitalization in cases of chronic mental illness. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 27.
- Blitz, C. L., Wolff, N., & Shi, J. (2008). Physical victimization in prison: The role of mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(5), 385–393.
- Coldwell, C. M., & Bender, W. S. (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 393–399.
- Desai, M. M., & Rosenheck, R. A. (2005). Unmet need for medical care among homeless adults with serious mental illness. *General Hospital Psychiatry*, 27(6), 418–425.
- Forchuk, C., Nelson, G., & Hall, G. B. (2006). “It’s important to be proud of the place you live in”: Housing problems and preferences of psychiatric survivors. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(1), 42–52.
- Forchuk, C., Reynolds, W., Sharkey, S., Martin, M. L., & Jensen, E. (2007). The transitional discharge model. *Journal of Psychosocial Nursing*, 45(11), 31–38.
- Gostin, L. O. (2008). Old and new institutions for persons with mental illness: Treatment, punishment, or preventive confinement? *Public Health*, 122(9), 906–913.
- Haglund, K., von Knorring, L., & von Essen, L. (2006). Psychiatric wards with locked doors: Advantages and disadvantages according to nurses and mental health assistants. *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), 387–394.
- Hawthorne, W. B., Green, E. E., Gilmer, T., et al. (2005). A randomized trial of short-term acute residential treatment for veterans. *Psychiatric Services*, 56(11), 1379–1386.
- Knight, E. L. (2004). Exemporary rural mental health service delivery. *Behavioral Health Care Tomorrow*, 13(3), 20–24.
- Latimer, E. (2005). Economic considerations associated with assertive community treatment and supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(5), 355–359.
- Lunsky, Y., Bradley, E., Durbin, J., et al. (2006). The clinical profile and service needs of hospitalized adults with mental retardation and a psychiatric diagnosis. *Psychiatric Services*, 57(1), 77–83.
- Marx, A. J., Test, M. A., & Stein, L. I. (1973). Extrohospital management of severe mental illness: Feasibility and effects of social functioning. *Archives of General Psychiatry*, 29(4), 505–511.
- National Resource and Training Center on Homelessness and Mental Illness. (2006). Why are so many people with mental illness homeless? Available at: <http://www.nrchmi.sanhsa.gov/facts>.
- Perese, E. F. (2007). Stigma, poverty, and victimization: Roadblocks to recovery for individuals with severe mental illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13(5), 285–295.
- Prince, J. D. (2006). Practices preventing rehospitalization of individuals with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(6), 397–403.
- Randall, M., & Finkelstein, S. H. (2007). Integration of cognitive behavioral therapy into psychiatric rehabilitation day programming. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), 199–206.
- Rothbard, A. B., Min, S. Y., Kuno, E., & Wong, Y. L. (2004). Long-term effectiveness of the ACCESS program in linking community mental health services to homeless persons with serious mental illness. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 31(4), 441–449.
- Steadman, H. J., Scott, J. E., Osher, F., et al. (2005). Validation of the brief jail mental health screen. *Psychiatric Services*, 56(7), 816–822.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2006). PATH: Overview of the program. Available at: <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/homelessness/about.asp>.
- Udechuku, A., Oliver, J., Hallam, K., et al. (2005). Assertive community treatment of the mentally ill: Service model and effectiveness. *Australasian Psychiatry*, 13(2), 129–134.

## PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. Todas las respuestas que siguen son características del TAC, excepto:
  - a. Los servicios se prestan en la casa del paciente o en otro lugar fuera del hospital.
  - b. El gestor de casos del paciente proporciona los servicios.
  - c. En el TAC no hay limitaciones a los servicios.
  - d. En el TAC participan todos los sistemas de apoyo.
2. Según los resultados de la investigación, ¿qué resultados se obtienen con los ingresos hospitalarios intermitentes programados?
  - a. Menos ingresos hospitalarios.
  - b. Mayor sensación de que se controla al paciente.
  - c. Sensación de fracaso cuando se hospitaliza al paciente.
  - d. Estancias hospitalarias más breves.
3. La atención psiquiátrica del paciente ingresado se centra en todo lo que sigue, excepto en:
  - a. Las intervenciones breves.
  - b. La planificación del alta.
  - c. La capacidad de vivir de forma independiente.
  - d. El control de los síntomas.
4. ¿Qué proporción de personas en la población penitenciaria sufre un trastorno mental grave?
  - a. Menos del 9 %.
  - b. El 16 %.
  - c. El 33 %.
  - d. Más del 45 %.
5. ¿Cuál de las intervenciones que siguen es un ejemplo de prevención primaria llevada a cabo por el personal de enfermería especialista en la salud pública?
  - a. Notificar a las autoridades cuando se tiene sospecha de maltrato infantil.
  - b. Superar el cumplimiento terapéutico en un paciente esquizofrénico.
  - c. Enseñar a los alumnos de secundaria cómo resolver los problemas con eficacia.
  - d. Ayudar a un paciente a solicitar la prestación por discapacidad.
6. El objetivo principal de la rehabilitación psiquiátrica es:
  - a. Controlar los síntomas psiquiátricos.
  - b. Gestionar la medicación.
  - c. Favorecer el proceso de recuperación.
  - d. Disminuir el número de rehospitalizaciones.

7. La gestión de la asistencia aporta fondos para los programas de rehabilitación psiquiátrica con el fin de:
  - a. Aumentar la capacitación laboral del paciente.
  - b. Mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico.
  - c. Enseñar al paciente las habilidades necesarias para vivir en la sociedad.
  - d. Enseñar al paciente habilidades sociales.
8. La población indigente con trastornos mentales mejora principalmente con:
  - a. Los servicios de gestión de casos.
  - b. La atención psiquiátrica ambulatoria para controlar los síntomas.
  - c. Un alojamiento estable en un barrio residencial fuera de la ciudad.
  - d. Una combinación de alojamiento, servicios de rehabilitación y apoyo social.

---

### RELLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO

*Identificar al profesional del equipo multidisciplinario que es responsable de las funciones que se relacionan a continuación.*

- |       |   |
|-------|---|
| _____ | Trabaja con las familias y se ocupa del apoyo social y de las derivaciones.   |
| _____ | Se centra en las capacidades funcionales y ayuda al paciente en los talleres. |
| _____ | Diagnostica y prescribe los tratamientos.                                     |
| _____ | Pone el acento en la búsqueda de empleo y en la capacidad de conservarlo.     |

---

### PREGUNTAS DE RESPUESTA BREVE

1. Identifique los impedimentos que encuentran los delincuentes con trastornos mentales para reintegrarse en la sociedad cuando salen de la cárcel.
  
2. Explique el concepto de casas de recuperación de pacientes.
  
3. Diga cuáles son los factores que han provocado un aumento de la cantidad de personas con trastornos mentales que están actualmente en la cárcel.





## **Construcción de la relación enfermería-paciente**

**Capítulo 5 La relación terapéutica**

**Capítulo 6 La comunicación terapéutica**

**Capítulo 7 Actitud del paciente ante el trastorno mental**

**Capítulo 8 Evaluación**

# 5

## **La relación terapéutica**

### **Términos clave**

- aceptación
- actitudes
- aprovechamiento
- autoconciencia
- información personal
- confidencialidad
- congruencia
- consideración positiva

- contratransferencia
- creencias
- empatía
- fase de finalización o resolución
- fase de orientación
- fase de trabajo
- identificación de problemas
- interés sincero
- mediación
- modelos de conocimiento
- no conocimiento
- declaración obligatoria
- ideas preconcebidas
- relación íntima
- relación social
- relación terapéutica
- transferencia
- uso terapéutico de uno mismo (*self*)
- valores

## Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Describir cómo aplica el personal de enfermería los elementos indispensables para estructurar y mejorar la relación entre el personal de enfermería y el paciente (confianza, interés sincero, empatía, solidaridad, aceptación y consideración positiva).
2. Explicar la importancia de los valores, creencias y actitudes en crear y consolidar la relación entre el personal de enfermería y el paciente.
3. Explicar la importancia de la autoconciencia y del uso terapéutico de uno mismo (*self*) en la relación con el paciente.
4. Identificar los problemas de autoconciencia que pueden reforzar u obstaculizar la relación entre el personal de enfermería y el paciente.
5. Definir los cuatro modelos de conocimiento de Carper y dar ejemplos de cada uno de ellos.
6. Describir las diferencias entre relaciones sociales, relaciones íntimas y relaciones terapéuticas.
7. Describir y dar ejemplos de las fases de la relación entre el personal de enfermería y el paciente según el esquema de Hildegard Peplau.
8. Explicar cuáles son las conductas negativas que pueden perturbar o erosionar la relación entre el personal de enfermería y el paciente.
9. Explicar las funciones que asume el personal de enfermería (profesor, cuidador, mediador y padre sustituto) en el contexto de la relación terapéutica.

**LA CAPACIDAD DE ESTABLECER RELACIONES TERAPÉUTICAS** con los pacientes es una de las habilidades más importantes que debe tener el profesional de la enfermería. Y si es importante en todas las especialidades, es fundamental para el éxito de las intervenciones terapéuticas en pacientes que necesitan asistencia psiquiátrica, ya que la relación y la comunicación con el paciente son claves en el tratamiento eficaz en estas áreas.

En este capítulo se explican los elementos clave para establecer y fortalecer la relación entre el personal de enfermería y el paciente: confianza, interés sincero, aceptación, consideración positiva, autoconciencia y uso terapéutico de uno mismo (*self*). Cuando conoce bien estos elementos, el profesional puede explorar las tareas que tiene que realizar en cada fase de la relación con el paciente, así como las técnicas que hay que aplicar.

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.

En este capítulo se explican además las funciones terapéuticas que el profesional asume en su relación con el paciente: profesor, cuidador, mediador y sustituto de los padres.

## **ELEMENTOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA**

Son muchos los factores que sirven para iniciar y reforzar la relación entre el profesional de la enfermería y el paciente. Establecer dicha relación es responsabilidad del profesional. A continuación se explican los factores que promueven la comunicación y que, por tanto, contribuyen a establecer y re -forzar la relación terapéutica.

### **Confianza**

La relación personal entre el profesional y el paciente exige confianza. Ésta aparece cuando el paciente sabe lo que puede esperar del personal, y su presencia le aporta tranquilidad y le transmite integridad y fiabilidad. La confianza crece cuando el paciente está convencido de que las acciones y las palabras del personal de enfermería serán coherentes. Así, se da cuenta de que puede confiar en ellos y de que merece la pena seguir sus indicaciones. Algunos de los comportamientos del personal de enfermería que contribuyen a ganarse la confianza de los pacientes son: la atención, el interés sincero, la comprensión, la coherencia, la integridad, el cumplimiento de las promesas y la capacidad de escuchar (**cuadro 5-1**). Si el profesional transmite atención y preocupación por lo que le ocurre al paciente, éste confiará en ellos y, como consecuencia, aceptará la ayuda que se le ofrece (**Warelow, Edward y Vinek, 2008**).

Hay **congruencia** cuando las acciones se corresponden con las palabras. Por ejemplo, el profesional dice al paciente: «Ahora tengo que salir para asistir a un congreso de enfermería. Volveré a las dos». Si en efecto vuelve a las dos, habrá congruencia entre lo dicho y lo hecho. Es un elemento fundamental para ganarse la confianza del paciente.

La confianza se erosiona cuando el paciente advierte incoherencias entre lo que el

personal dice y hace. Es conducta incoherente o incongruente comprometerse verbalmente y no cumplir el compromiso. Por ejemplo, el profesional le dice al paciente que trabajará con él todos los martes a las diez de la mañana, pero la semana siguiente tiene que asistir a una reunión y no se presenta. Otro ejemplo de incongruencia es la disparidad entre el tono de la voz, el lenguaje corporal o la actitud del profesional. Un paciente enfadado se enfrenta al personal y le acusa de que no se hace nada por ayudarlo. El profesional responde: «¡Claro que intento colaborar! Estoy aquí precisamente para ayudarlo», y mientras dice esto, se aleja del paciente e inicia otras actividades. En este caso, los componentes verbal y no verbal de la comunicación son incongruentes entre sí.

### Cuadro 5-1. Actitudes que contribuyen a crear confianza

La confianza surge cuando el profesional muestra las siguientes actitudes en su relación con el paciente:

- Atención.
- Franqueza.
- Objetividad.
- Respeto.
- Interés.
- Comprensión.
- Coherencia.
- Tratar a los pacientes como a personas.
- Sugerir sin ordenar.
- Accesibilidad.
- Capacidad de escuchar.
- Cumplir las promesas.
- Honestidad.

Al trabajar con un paciente con problemas psiquiátricos, algunos de los síntomas del trastorno que padece, como las actitudes paranoicas, la baja autoestima y la ansiedad, pueden dificultar establecer la confianza. Por ejemplo, los pacientes con depresión tienen poca energía para escuchar y captar lo que se les dice. Un paciente en plena crisis de angustia está demasiado alterado para prestar atención a las indicaciones. Por otro lado, es frecuente que los pacientes con trastorno mental emitan mensajes incongruentes debido a su enfermedad; no obstante, hay que seguir dando a estos pacientes mensajes coherentes. Examinar la propia conducta y esforzarse en transmitir mensajes claros, sencillos y congruentes ayuda a generar confianza entre el profesional y el paciente.

#### Interés sincero

Cuando el personal de enfermería está cómodo consigo mismo, es consciente de sus fuerzas y sus limitaciones, y está claramente centrado en los pacientes, ellos perciben que están ante una persona cabal que les muestra **interés sincero**. Los pacientes perciben los comportamientos falsos o forzados, como hacer una pregunta y no esperar la respuesta, hablar sobre ellos o asegurarle que todo irá bien. El personal tiene que ser abierto y

honesto y mostrarse congruente. Sin embargo, a veces responder con veracidad y honestidad por sí solo no significa que se esté dando la mejor respuesta profesional. En esos casos, puede que el personal opte por revelar al paciente alguna experiencia personal relacionada con las inquietudes que afligen al paciente. No obstante, hay que ser sumamente cuidadosos a la hora de elegir estos ejemplos. Tienen que referirse siempre a experiencias que el profesional haya tenido en el pasado, nunca a un problema actual sin resolver, ni a una experiencia reciente que aún resulta dolorosa. Los ejemplos mediante los cuales el profesional revela al paciente una experiencia personal son muy útiles si son experiencias comunes cotidianas y el profesional no hace juicios de valor. Por ejemplo, podría compartirse con el paciente la experiencia de sentirse frustrado por la impuntualidad de un colega, o la preocupación por uno de sus hijos que ha suspendido un examen en el colegio. No suele ser útil compartir experiencias personales como la de estar tramitando el divorcio o la infidelidad de la pareja. Hablar de uno mismo es útil a veces, pero nunca se debe poner el acento en los problemas personales en vez de en los del paciente.



### CASO CLÍNICO: RELACIONES TERAPÉUTICAS

Doce alumnos de enfermería llegan por primera vez al servicio de psiquiatría del hospital. Están un poco asustados y no saben muy bien qué les espera. No están seguros de qué deben decir ni de cómo comportarse durante el primer encuentro. De repente, uno de los pacientes exclama: «¡Mirad, ahí están los estudiantes! ¡Qué bien nos lo vamos a pasar!» Otro paciente dice enfadado: «Yo no, yo quiero que me dejen en paz». Un tercero dice: «Yo quiero hablar con la más guapa». Es un ejemplo de inicio de la relación entre el personal de enfermería y los pacientes: ni de la mejor manera posible ni como suelen describirlo los libros de enfermería.

## Empatía

La **empatía** es la capacidad de captar los sentimientos y preocupaciones del paciente y de transmitirle que se le comprende. Se considera una de las habilidades más importantes del personal de enfermería. Ser capaz de ponerse en el lugar del paciente no significa que el personal de enfermería haya pasado exactamente por las mismas experiencias que el enfermo; pero al escuchar y comprender la importancia de la situación para el paciente, el profesional logra imaginar cómo éste se siente acerca de lo que está viviendo. Cuando hay empatía, paciente y profesional «regalan al otro un poco de sí mismos»: el paciente porque se siente suficientemente seguro para compartir sus sentimientos con un extraño, y el profesional porque, al escuchar con atención y sensibilidad, puede llegar a comprender al ser humano que le habla. Se ha demostrado que la empatía influye positivamente en la respuesta de los pacientes, ya que ejerce un efecto terapéutico: el paciente mejora su autoestima y se siente más y mejor comprendido cuando el personal de enfermería es empático (Welch, 2005).

Hay varias técnicas de comunicación terapéutica, como la reflexión, la reformulación y la clarificación, que ayudan al profesional a enviar al paciente mensajes empáticos. Por ejemplo, un paciente dice:



*«No sé qué pensar. Acaba de visitarme mi hijo y quiere saber dónde está la llave de la caja de seguridad del banco».*

Por medio de la reflexión, el profesional responde:



*«¿Está confundido porque su hijo le ha preguntado por la llave de la caja de seguridad?».*

Por medio de la clarificación, el profesional responde:



*«¿Está confundido porque no sabe para qué ha venido su hijo a visitarle?».*

Gracias a la clarificación y a la reflexión, puede generarse empatía, lo que a su vez contribuirá a fortalecer la relación entre el profesional y el paciente. En el [Capítulo 6](#) se explican con detalle estas técnicas de comunicación terapéutica.

Es importante comprender la diferencia entre empatía y *compasión*. La compasión es una identificación con los problemas de los demás porque esos problemas son también, o creemos que son, los nuestros. En la atención de enfermería, la compasión es peligrosa porque, al identificarse con el paciente, el profesional podría proyectar sus preocupaciones personales en él, lo que, a su vez, puede inhibir al enfermo la expresión de sus sentimientos. En el ejemplo anterior, el personal podría haberse identificado con las preocupaciones del paciente y haber respondido: «Sí, ya sé lo complicados que son los hijos. El mío siempre me está liando, así que entiendo perfectamente cómo se siente». Los sentimientos de tristeza e incluso de compasión del profesional pueden influir negativamente en la relación con el paciente, y entorpecer la capacidad de centrarse en las necesidades de éste. Muchas veces la compasión desplaza el énfasis desde los sentimientos del paciente hacia los del profesional y, en consecuencia, obstaculiza su capacidad de percibir objetivamente las necesidades del enfermo.

### **Aceptación**

El profesional de enfermería que no se altera ni responde de forma negativa a los arrebatos, ira y pasajes al acto (*acting out*) de los pacientes está transmitiéndoles que los acepta tal como son. La aceptación consiste en no emitir juicios de valor sobre los demás, independientemente de cuál sea su conducta. Esto no significa que se acepta el comportamiento inapropiado, sino que se respeta a la persona con independencia de



cómo se comporte. No obstante, hay que poner límites a la relación con el paciente. Estos límites se expresan con claridad y firmeza, pero sin enfadarse ni emitir juicios de valor; así al paciente puede sentirse respetado como persona, y, a la vez, se le transmite el mensaje de que ciertos comportamientos son inaceptables. Por ejemplo, un paciente pasa el brazo por la cintura de la enfermera. La respuesta apropiada sería que la enfermera le apartará la mano con tranquilidad y dijera:



*«John, no me ponga la mano encima. Estamos hablando de la relación con su novia y para eso no hace falta que me toque. Bien, sigamos».*

Y la respuesta incorrecta sería:



*«¡John, no haga eso! ¿Pero qué le pasa? Me voy y ya veré si vuelvo mañana».*

Irse y amenazar con no volver es un castigo para el paciente y además no sirve para indicar clara y eficazmente cuál es el comportamiento que se quiere evitar.

### **Consideración positiva**

El profesional que ve al paciente como un ser humano individual y valioso es capaz de respetarle con independencia de su conducta, antecedentes y estilo de vida. Esta actitud de respeto incondicional exenta de juicios de valor es la consideración positiva, y despierta en el paciente la sensación de que se le respeta como persona. Llamar al paciente por su nombre de pila, pasar tiempo con él y escuchar y responder abiertamente son las formas en las que el profesional transmite al enfermo respeto y consideración positiva. Lo mismo ocurre cuando se tienen en cuenta las ideas y las preferencias del paciente sobre el tratamiento y a la atención que recibe. Es además una oportunidad de revisar y mejorar el plan de tratamiento. El profesional dispone de técnicas de comunicación verbal y no verbal que le permiten transmitir al paciente que se le aprecia y se le respeta. Algunas técnicas de comunicación no verbal para que el paciente vea positivamente la presencia del profesional y transmitirle respeto son: inclinarse hacia él, mantener el contacto visual, permanecer relajado en todo momento con los brazos descansando a los lados y mostrar una actitud interesada, pero neutral. La mejor técnica de comunicación verbal consiste en no emitir juicios de valor sobre la conducta del paciente. Por ejemplo, supongamos que un paciente dice: «Me enfadé tanto que estuve gritando a mi madre una hora sin parar.» Si el profesional responde: «Vale, pero eso no sirvió para nada, ¿verdad?» o «No puedo creer que haya hecho una cosa así» está transmitiendo el juicio de valor según el cual el paciente se comportó «de forma equivocada» o «ha sido malo». Es mejor responder: «¿Y qué pasó luego?» o «Sí, veo que se enfadó mucho». El profesional envía al paciente el mensaje de que le está escuchando y comprende lo que ocurrió y, al mismo tiempo, evita emitir juicios de valor u opiniones negativas sobre el comportamiento del enfermo.

### **Autoconciencia y uso terapéutico de uno mismo**

Antes de intentar comprender a los pacientes, el profesional debe conocerse a sí mismo. La autoconciencia es el proceso de elaborar y comprender los propios valores, creencias, pensamientos, sentimientos, actitudes, motivaciones, prejuicios, puntos fuertes y limitaciones, así como de la forma en la que todos estos elementos de nuestra personalidad afectan, positiva o negativamente a los demás. Esto permite observar, prestar atención y comprender las respuestas y reacciones sutiles de los pacientes cuando se interactúa con él.

Los **valores** son normas abstractas que nos dan un sentido del bien y del mal y un código de conducta para manejarnos en la vida. Ejemplo de valores son trabajar duro, la honradez, la sinceridad, la limpieza y el orden. Para conocernos y conocer nuestros propios valores personales hay que reflexionar sobre lo que consideramos bueno o malo.

Este proceso de clarificación de los propios valores se compone de tres fases: elegir, valorar y actuar. La *elección* consiste en tomar en consideración un conjunto de valores y escoger libremente el que creemos correcto. La *valoración* consiste en reflexionar sobre el valor que hemos elegido, apreciarlo y asumirlo como propio en público. La *actuación* consiste en poner en práctica el valor que hemos elegido; es decir, actuar de forma coherente con el valor elegido. Por ejemplo, dos estudiantes de enfermería comparten piso. Una de ellas es limpia y ordenada, pero la otra deja la ropa y los restos de comida esparcidos por la casa. Al principio la primera estudiante no está segura de por qué le cuesta tanto volver a casa y prefiere estar en cualquier sitio antes que en el piso compartido. Además, se pone tensa cuando está cerca de su compañera. Al examinar la situación, se da cuenta de que ambas ven de forma diferente el uso del espacio común (elección). Luego, habla con sus otras amigas del conflicto y de los valores tan diferentes que ella y su amiga han elegido (valoración). Finalmente, decide negociar con su compañera de piso y llegar a una solución de compromiso (actuación).



Las **creencias** son ideas que damos por ciertas, por ejemplo: «todas las personas mayores son duras de oído», «si hace sol, será un buen día» o «comer muchas espinacas nos hace más fuertes». Algunas creencias se basan en pruebas objetivas. Por ejemplo, las personas que creen en la teoría de la evolución aceptan las pruebas en la que se basa esta teoría, como que los seres vivos más simples son los más antiguos. Sin embargo, otras creencias son irracionales y subsisten aunque no hay pruebas empíricas que las apoyen ni que las contradigan. Por ejemplo, mucha gente tiene creencias irracionales sobre las culturas diferentes de la suya, que tal vez han ido cultivando a partir de comentarios de otras personas, o que tienen su origen en el miedo a lo desconocido, aunque no hay ningún dato empírico que avale estas creencias.

Las **actitudes** son sentimientos generales que constituyen un marco de referencia en torno al cual una persona organiza su conocimiento del mundo. Las actitudes

esperanzadas, optimistas, pesimistas, positivas y negativas dan un cierto color a la forma en la que vemos el mundo y a los demás. Tenemos una actitud mental positiva cuando elegimos dar un giro positivo a un hecho o a una creencia. Por ejemplo, si estamos ante la caja del supermercado y la cola es muy larga, puede ocurrir que la persona que está delante de nosotros decida pagar con calderilla y cuente las monedas de una en una. Si tenemos una actitud positiva, agradeceremos a esta persona que nos permita disponer de unos minutos para hacer ejercicios de respiración profunda y relajarnos. Como es lógico, también las actitudes negativas afectan la forma en que percibimos el mundo y a los demás. Por ejemplo, si hemos tenido una experiencia desagradable con un camarero maleducado quizás comencemos a tener una actitud negativa hacia todos los camareros, y esta actitud hará que nos comportemos de forma descortés y desagradable con todos los camareros.

El personal de enfermería tiene que evaluar sus creencias y actitudes periódicamente para ir adquiriendo experiencia y prudencia en su ejercicio profesional. Un proceso permanente de autoconciencia nos permite aceptar los valores, actitudes y creencias ajenos distintos de los nuestros. En el [cuadro 5-2](#) se presentan algunas preguntas que pueden sernos útiles para aumentar la conciencia cultural. Los profesionales que no evalúan cada cierto tiempo sus actitudes y creencias pueden llegar a comportarse con los pacientes siguiendo sus prejuicios o a desarrollar una tendencia favorable a un determinado colectivo en detrimento de otro debido a ideas preconcebidas o a imágenes estereotipadas de personas y grupos. Es frecuente encontrar personas con una actitud etnocéntrica, es decir, personas convencidas de que su cultura es superior a las demás, especialmente cuando la persona no tiene experiencia con ninguna otra cultura distinta a la propia. (Para un tratamiento más amplio de la competencia cultural, v. [cap. 7](#).) A modo de ejemplo, en el [cuadro 5-3](#) se presenta una lista de valores para ayudar a los profesionales de la enfermería a clarificar su actitud hacia las personas de otras culturas.

### *Uso terapéutico de uno mismo*

Al adquirir autoconciencia y comenzar a comprender las propias creencias, valores y actitudes, el personal de enfermería empieza a utilizar aspectos de su personalidad, así como experiencias, valores, sentimientos, inteligencia, necesidades, capacidades y estilos de percepción y afrontamiento con las situaciones de la vida diaria para establecer y fortalecer las relaciones con los pacientes. Es lo que se llama **uso terapéutico de uno mismo**. El profesional de enfermería se ofrece a sí mismo como herramienta para establecer relaciones terapéuticas con los pacientes y ayudarles a madurar, cambiar y curarse. [Peplau \(1952\)](#) describió esta utilización terapéutica de uno mismo en la relación con los pacientes. Esta autora creía que en primer lugar, el profesional debía comprenderse a sí mismo con toda claridad si quería contribuir de forma positiva a la maduración de sus pacientes y evitar que lo que los pacientes eligen se restrinja a lo que el personal de enfermería valora.

## Cuadro 5-2. Preguntas para mejorar la autoconciencia cultural

### Reconocimiento de la propia herencia cultural

- ¿A qué grupo étnico, clase social, religión, grupo de edad y colectivo laboral o de otro tipo pertenece?
- ¿Qué experiencias ha tenido con personas pertenecientes a grupos étnicos, clases sociales, religiones, grupos de edad o colectivos diferentes de los suyos?
- ¿Cómo fueron esas experiencias? ¿Cómo se sintió?
- Durante su infancia y adolescencia, ¿qué decían sus padres y otros miembros de su familia sobre las personas que eran diferentes de su familia en cualquier aspecto?
- ¿Se encuentra usted incómodo con algunas cosas o le gustaría que su grupo étnico, su clase social, su religión, su grupo de edad o el colectivo al que pertenece cambiase algunos aspectos? ¿Cuál? ¿Por qué?
- ¿Qué factores socioculturales asociados con la cultura en la que nació y creció podrían hacer que personas pertenecientes a otras culturas le rechazasen?
- ¿Qué características personales positivas posee usted que pueden ayudarle a establecer relaciones interpersonales con personas de otros grupos culturales? ¿Qué características considera que son negativas para establecer estas relaciones?

Las acciones individuales del profesional surgen de las respuestas conscientes e inconscientes cuyo origen está en las experiencias vitales y valores educativos, espirituales y culturales. El profesional (al igual que todas las personas) tiende a utilizar muchas respuestas o conductas automáticas sólo porque le resultan familiares. Es necesario reflexionar sobre hasta qué punto nuestras conductas automáticas nos ayudan o, por el contrario, obstaculizan la relación terapéutica con los pacientes.

Una herramienta muy útil para aprender más sobre uno mismo es la ventana de Johari (Luft, 1970). Este instrumento sirve para crear un «retrato en palabras» de una persona en cuatro áreas e indica hasta qué punto esa persona se conoce a sí misma y se comunica correcta y eficazmente con los demás. Las cuatro áreas evaluadas son las siguientes:

- *Cuadrante 1*: el uno mismo (*self*) abierto/público. Características que conocemos de nosotros mismos y también conocen los demás.
- *Cuadrante 2*: el uno mismo (*self*) ciego/no consciente. Características que sólo conocen los demás.
- *Cuadrante 3*: el uno mismo (*self*) oculto/privado. Características que sólo conocemos nosotros.

### Cuadro 5-3. Ejercicio para clarificar los valores

#### Clarificación de los valores

Los valores son las ideas sobre lo que es más importante para nosotros en la vida: aquello por lo cual y para lo cual queremos vivir. Son las fuerzas silenciosas que, sin que lo sepamos, están detrás de muchas de nuestras acciones y decisiones. El objetivo del proceso de clarificación de valores es lograr que la influencia que los valores tienen en nuestras decisiones y conductas sea plenamente consciente, de modo que aprendamos a reconocer y aprovechar lo que valoramos en cada momento. Podemos ser más eficaces si conocemos los valores que realmente elegimos para hacerlos nuestros y dejar que guíen nuestra vida. Es también muy útil reconocer qué valores tienen prioridad sobre los demás. Primero identificaremos nuestros valores y luego señalaremos los tres o los cinco más importantes para usted.

Estar con la gente



- Ser valiente
- Contribuir en algo a hacer que el mundo sea un poco mejor
- Evitar que se aprovechen de mí
- Ser querido
- Tener las cosas bajo control
- Casarme
- Luchar contra la injusticia
- Vivir tranquilo
- Tener una pareja muy especial
- Tener autocontrol
- Vivir éticamente
- Vivir cómodamente
- Tener compañía
- Ser emocionalmente estable
- Ser buen padre/madre (o hijo/a)
- Evitar el aburrimiento
- Amar a alguien
- Aceptarse a uno mismo
- Ser divertido
- Cuidar de los demás
- Tener orgullo y dignidad
- Ser una persona espiritual
- Disfrutar de los placeres sensuales
- Contar con la ayuda de alguien
- Estar bien organizado
- Tener una relación con Dios
- Tener una familia unida
- Ser competente
- Ser físicamente atractivo
- Tener buenos amigos
- Aprender y saber muchas cosas
- Tener paz y tranquilidad
- Estar en buena forma
- Gustar mucho a los demás
- Tener salud
- Ser famoso
- Conseguir grandes metas
- Formar una familia
- Tener posesiones valiosas
- Ser aceptado por alguien
- Ocuparme de algo productivo
- Conservar mis raíces
- Ser una persona creativa
- Disfrutar de mi trabajo
- Tener seguridad económica
- Tener sentimientos profundos

- Sentirme apreciado por los demás
- Ocupar un puesto importante en el trabajo
- Conformarme con lo que tengo
- Madurar como persona
- Ser tratado con justicia
- Vivir con plenitud
- Ser admirado por los demás
- Ganar mucho dinero
- Estar físicamente a salvo
- Estar en contacto con la naturaleza
- Ser independiente
- Luchar por la perfección
- Estar libre de dolor
- Tener un objetivo en la vida

De Joyce Sichel. De Bernard ME y Wolfe JL (eds.) (2000). *The RET resource book for practitioners*. New York: Albert Ellis Institute.

- **Cuadrante 4:** desconocido. Es un cuadrante vacío que representa las características que aún no hemos descubierto ni nosotros ni los demás.

Para crear una ventana de Johari, el primer paso consiste en evaluar las características propias elaborando una lista de valores, actitudes, sentimientos, puntos fuertes, conductas, logros, necesidades, deseos y pensamientos. El segundo paso es averiguar cómo nos perciben los demás. Para ello, podemos entrevistar a nuestros compañeros de trabajo y pedirles que identifiquen nuestras características positivas y negativas. Para que la ventana de Johari sea útil, necesitamos opiniones sinceras, y tiene que quedar claro que en ningún momento se penalizará a quienes nos den opiniones negativas. El tercer paso consiste en comparar las listas y colocar las características en el cuadrante adecuado.

Si la lista más larga está en el cuadrante 1, significa que esa persona está abierta a los demás, mientras que un cuadrante 1 reducido nos indica que la persona comparte poco de sí misma; es decir, que se comunica poco o con poca eficacia con quienes interactúa. Si el cuadrante 1 y el 3 son breves, concluiremos que la persona se conoce poco a sí misma. Cualquier cambio en uno de los cuadrantes dará lugar a cambios en los otros. El objetivo es pasar características de los cuadrantes 2, 3 y 4 al cuadrante 1 (características conocidas por el individuo y por los demás). Si puede lograrse esto, el profesional de la enfermería está empezando a conocerse a sí mismo más y mejor, y, por tanto, está adquiriendo una mayor conciencia. En la figura siguiente se presenta un esquema de la ventana de Johari.

### **Modelos de conocimiento**

La teórica de la enfermería Hildegard **Peplau (1952)** identificó las **ideas preconcebidas** o formas en las que una persona espera que hable o se comporte otra como obstáculos para alcanzar una relación auténtica. A menudo, las ideas preconcebidas impiden que las

personas lleguen a conocerse. Las ideas preconcebidas y las creencias y valores personales diferentes u opuestos pueden impedir que el personal de enfermería establezca la relación terapéutica con un paciente. El siguiente es un ejemplo de ideas preconcebidas que obstaculizan una relación terapéutica: el Sr. López, paciente, tiene la idea preconcebida de que todos los hombres que trabajan en enfermería son homosexuales y se niega a que le atienda Samuel. Éste, por su parte, tiene la idea preconcebida de que todos los hombres de origen hispanoamericano utilizan navajas, por lo que se alegra de que el Sr. López se haya negado a trabajar con él. Por sus ideas preconcebidas erróneas, ambos están perdiendo la oportunidad de realizar un trabajo importante juntos.

Carper (1978) identificó cuatro **modelos de conocimiento** en enfermería: el conocimiento empírico (derivado de la ciencia de la enfermería), el conocimiento personal (derivado de las experiencias vitales del profesional), el conocimiento ético (a partir del conocimiento moral del profesional) y el conocimiento estético (derivado del arte de la enfermería). Estos modelos dan al profesional un método claro para observar y comprender la interacción que establece con cada paciente. Comprender de dónde proviene el conocimiento y cómo afecta al comportamiento ayuda a que los profesionales de la enfermería adquieran una mayor autoconciencia (tabla 5-1). Munhall (1993) añadió otro modelo de conocimiento al que llamó el **no conocimiento**: cuando el personal de enfermería acepta que no conoce al paciente o su mundo subjetivo abre la posibilidad de un encuentro auténtico. El estado de no conocimiento comporta estar abierto a escuchar los puntos de vista del paciente sin imponer los propios valores y puntos de vista. En enfermería en psiquiatría y salud mental, las ideas preconcebidas negativas pueden afectar de forma adversa a la relación terapéutica. Por ello es muy importante trabajar para potenciar la apertura hacia el paciente y la aceptación del mismo.

## TIPOS DE RELACIÓN CON EL PACIENTE

Cada relación interpersonal es única debido a las diversas combinaciones de los rasgos, características y circunstancias de las personas implicadas en la misma. Si bien cada relación es diferente a las otras, todas las relaciones se pueden clasificar en tres tipos básicos: las relaciones sociales, las relaciones íntimas y las relaciones terapéuticas.

### Relaciones sociales

Las **relaciones sociales** se inician fundamentalmente con propósitos amistosos, de participación en un grupo social, de compañía o de consecución de un objetivo común. La comunicación, que puede ser superficial, suele centrarse en las ideas, sentimientos y experiencias compartidos, y responde a la necesidad básica de interacción que las personas tienen.

Es habitual que las personas que participan en este tipo de relación se aconsejen mutuamente. Los papeles se intercambian durante las interacciones sociales. Casi nunca se evalúan el desenlace o los resultados de este tipo de interacción. Cuando el profesional saluda a un paciente y le habla del tiempo, de deportes o de cualquier tema

intrascendente, estamos ante una interacción social. Esto es aceptable dentro de la enfermería, pero para que la relación con el paciente alcance los objetivos que se han fijado, hay que restringir la interacción social. Si la relación se vuelve más social que terapéutica, no se podrá realizar el tipo de trabajo que puede hacer avanzar al paciente.

### Relación íntima

Una **relación íntima** sana es la que establecen dos personas que tienen un compromiso emocional mutuo. A las dos partes les interesa tener solucionadas sus necesidades personales a la vez que ayudar a la otra parte a solucionar las suyas. Es posible que la relación incluya intimidad sexual o emocional, además de compartir objetivos mutuos. Puede o no haber una evaluación continua de la interacción. No hay lugar en la interacción personal de enfermería-paciente para este tipo de relación.

Tabla 5-1. Modelos de conocimiento en enfermería según Carper	
Modelo	Ejemplo
Conocimiento empírico (derivado de la ciencia de la enfermería)	Un paciente que padece un trastorno de angustia empieza a sufrir una crisis de angustia. Esta crisis hará que el pulso se acelere
Conocimiento personal (derivado de la experiencia vital del profesional)	El rostro del paciente nos indica que está asustado
Conocimiento ético (derivado del conocimiento moral del profesional)	Aunque su turno de trabajo ya ha terminado, se queda con el paciente
Conocimiento estético (derivado del arte de la enfermería)	Aunque ahora el paciente muestra signos externos que sin duda indican que está sufriendo un ataque de angustia. El profesional sabía con antelación que el paciente presentaría estos signos

Adaptado de Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Sciences* 1978;1(1):13-23.

### Relación terapéutica

La **relación terapéutica** difiere en muchos aspectos de las anteriores porque se centra sólo en las necesidades, experiencias, sentimientos e ideas del paciente. El personal de enfermería y el paciente acuerdan las zonas en las que van a trabajar y luego evalúan los resultados. El profesional utiliza sus habilidades comunicativas, así como sus puntos fuertes y su comprensión de la conducta humana, con el fin de interactuar con el paciente de forma adecuada y eficaz. En la relación terapéutica hay un parámetro que debe estar muy claro desde el principio: el objetivo son las necesidades del paciente y no las del profesional. Tampoco importa si el paciente simpatiza con el profesional o le está agradecido. Si aparece esta preocupación, sería un signo de que el profesional se está centrando en su necesidad de caer bien o de que lo necesiten. Hay que estar muy atento para que la relación terapéutica no se deslice hacia una relación social. Para ello, lo mejor es permanecer atento para que la relación se centre en las necesidades del paciente y no en las del profesional.

La buena autoconciencia del personal de enfermería suele ser beneficiosa para la relación terapéutica, pero, paradójicamente, puede ser un obstáculo para que la relación se inicie y se fortalezca adecuadamente. Por ejemplo, si el profesional se muestra nervioso cuando está cerca del paciente, lo más probable es que la relación nunca vaya

más allá de una mera relación social, porque seguramente será una relación superficial. Si el profesional tiene conciencia de sus propios temores, puede hablar de este problema con el supervisor, lo que debería facilitar el camino para establecer una relación más terapéutica que social.

## **EL ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA**

Cuando, gracias a la autoconciencia, el personal de enfermería tiene confianza en sí mismo, está preparado para establecer relaciones terapéuticas correctas con los pacientes. Puesto que el crecimiento personal continúa durante toda la vida, no hay que esperar alcanzar un conocimiento completo de uno mismo. No obstante, tener consciencia de los puntos fuertes y de las limitaciones en diferentes situaciones es de por sí un buen comienzo.

### **Las fases**

Peplau estudió durante 35 años los procesos interpersonales y las fases de la relación que se establece entre el personal de enfermería y los pacientes, y dedicó gran parte de su vida a escribir sobre estas cuestiones. En sus libros propone un modelo para comprender y documentar los avances que se van produciendo en las interacciones interpersonales. El modelo de [Peplau \(1952\)](#) consta de tres fases: orientación, trabajo y resolución o finalización ([tabla 5-2](#)). En la vida real, estas tres fases nunca se presentan bien delimitadas, sino que se superponen y entrelazan.

#### ***Orientación***

La **fase de orientación** comienza cuando el personal de enfermería y el paciente se encuentran por primera vez y concluye cuando el paciente puede identificar por sí mismo los problemas que debe analizar y superar. Durante esta fase, el profesional establece los roles, los objetivos y los parámetros por los que se van a regir las reuniones con el paciente. Además, identifica los problemas del paciente y clarifica las expectativas que tiene cada una de las partes.



El profesional tiene que realizar algunas tareas importantes antes de reunirse por primera vez con el paciente: leer la historia clínica y otros documentos relevantes, saber qué medicación está tomando el paciente, reunir la documentación necesaria, y buscar y reservar un lugar silencioso, privado y cómodo para la primera entrevista. Este es el momento ideal para la autoevaluación. Hay que tener en cuenta sus propias capacidades y limitaciones aplicadas al trabajo que el profesional va a realizar con un paciente determinado. ¿Hay áreas o asuntos que pueden resultarle difíciles o conflictivos debido a las experiencias que el profesional ha tenido a lo largo de su vida? Por ejemplo, si el profesional va a tratar un paciente que maltrata a su pareja y el padre del profesional también maltrataba a la madre, tiene que reflexionar sobre la situación: ¿Qué sentimientos le despierta este paciente? ¿Qué recuerdos le evoca? ¿Podrá trabajar con él sin que esos



recuerdos interfieran en la relación terapéutica? El profesional examinará sus ideas preconcebidas sobre el paciente para asegurarse de que puede dejarlos a un lado y dedicarse a conocer a la persona real. Hay que acercarse siempre a los pacientes sin preconceptos ni ideas preconcebidas. Suele ser útil hablar con un supervisor sobre las áreas y asuntos problemáticos.

Durante la fase de orientación, el profesional comienza a establecer la confianza mutua en la que ha de basarse su relación con el paciente. Es responsabilidad del profesional conformar un ambiente terapéutico que favorezca la confianza y la comprensión (tabla 5-3). Es en este momento cuando el profesional debe presentarse al paciente, pensando bien qué tipo de información personal va a desvelar. En principio basta con decirle el nombre de pila, el primer apellido, el tipo de relación terapéutica y su nivel formativo; por ejemplo: «Buenos días, Sr. James. Soy Ames Hugh y voy a ser su enfermera durante los próximos seis martes. Estoy cursando el último año de enfermería en la Universidad de Mississippi».

**Tabla 5-2. Fases de la relación entre el personal de enfermería y el paciente**

Orientación	Trabajo		
	Identificación	Aprovechamiento	Finalización
<p><b>El paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Busca ayuda</li> <li>• Informa sobre sus necesidades</li> <li>• Hace preguntas</li> <li>• Expresa sus ideas preconcebidas y expectativas basadas en sus experiencias anteriores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participa en la identificación de los problemas</li> <li>• Comienza a tener consciencia del tiempo</li> <li>• Responde a la ayuda que se le ofrece</li> <li>• Se identifica con el personal de enfermería</li> <li>• Reconoce a los profesionales como personas</li> <li>• Explora sus propios sentimientos</li> <li>• Fluctúa entre la dependencia, la independencia y la interdependencia en su relación con el personal de enfermería</li> <li>• Aumenta su atención y su capacidad de concentrarse en un tema determinado</li> <li>• Cambia su aspecto físico y su apariencia general (para mejor o para peor)</li> <li>• Comprende la lógica del proceso de las reuniones, sesiones y entrevistas (proceso y contenido)</li> <li>• Disminuyen las conductas destinadas a poner a prueba al personal de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza plenamente los servicios que se le ofrecen</li> <li>• Identifica nuevas metas y objetivos</li> <li>• Intenta alcanzar las nuevas metas y objetivos</li> <li>• Presenta cambios rápidos de conducta: de la dependencia a la independencia</li> <li>• Intenta sacar provecho de los encuentros</li> <li>• Intenta orientarse</li> <li>• Adquiere más habilidades para las relaciones interpersonales y para la solución de problemas</li> <li>• Presenta cambios en su forma de comunicarse (más abierto y flexible)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deja de experimentar algunas de sus necesidades anteriores</li> <li>• Aspira a nuevos objetivos</li> <li>• Se vuelve más independiente de la persona que le ayuda</li> <li>• Aplica las nuevas habilidades y conocimiento para resolver problemas</li> <li>• Mantiene en el tiempo los cambios que se han producido en su forma de comunicarse y de interactuar con los demás</li> <li>• Muestra cambios positivos en la percepción y en el concepto que tiene de sí mismo</li> <li>• Incorpora el trastorno mental como una parte de su vida</li> <li>• Es capaz de quedarse solo</li> </ul>
<p><b>El personal de enfermería</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responde al paciente</li> <li>• Establece los parámetros por los que se van a regir las reuniones</li> <li>• Explica al paciente los roles que cada persona va a asumir en la relación</li> <li>• Reúne datos</li> <li>• Ayuda al paciente a identificar sus problemas</li> <li>• Ayuda al paciente a planificar la utilización de los recursos y servicios sociales</li> <li>• Reduce la ansiedad y la tensión</li> <li>• Practica la escucha activa</li> <li>• Se centra en los puntos fuertes del paciente</li> <li>• Aclara las ideas preconcebidas y las expectativas del personal de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene su identidad separada de la del paciente</li> <li>• Muestra capacidad de modificar su discurso y de controlar la atención y la concentración</li> <li>• Muestra aceptación incondicional hacia el paciente</li> <li>• Ayuda al paciente a expresar sus necesidades y sentimientos</li> <li>• Evalúa las necesidades del paciente y se centra en ellas</li> <li>• Proporciona información</li> <li>• Comparte con el paciente experiencias propias o de otras personas con el fin de disminuir los sentimientos de desamparo</li> <li>• No permite que la ansiedad abrume al paciente</li> <li>• Ayuda al paciente a centrarse en los síntomas indicativos del trastorno mental</li> <li>• Ayuda al paciente a elaborar respuestas adecuadas a los síntomas del trastorno mental</li> <li>• Usa estímulos verbales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evalúa de forma continua</li> <li>• Satisface las necesidades del paciente a medida que van apareciendo</li> <li>• Comprende la razón por la que el paciente cambia de conducta</li> <li>• Pone en marcha los planes de rehabilitación</li> <li>• Reduce la ansiedad del paciente</li> <li>• Identifica los factores positivos que se dan en cada caso</li> <li>• Ayuda a planificar la forma en la que se van a satisfacer las necesidades, en sentido amplio, del paciente</li> <li>• Ayuda a que madure la personalidad del paciente</li> <li>• Intenta resolver los puntos muertos (<i>impasses</i>) terapéuticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene la relación durante todo el tiempo que el paciente la necesita</li> <li>• Promueve la interacción con la familia para mejorar la planificación de los objetivos</li> <li>• Enseña al paciente y a los familiares medidas para prevenir las recaídas</li> <li>• Utiliza los organismos e instituciones encargados de los servicios y recursos sociales</li> <li>• Enseña al paciente a cuidar de sí mismo</li> <li>• Se encarga de dar por terminada la relación personal de enfermería-paciente</li> </ul>

Adaptado de Fordhuck C y Brown B. Establishing a nurse-client relationship. *Journal of Psychosocial Nursing* 1989;27(2):30-34.

**Tabla 5-3. La comunicación durante las distintas fases de la relación personal de enfermería-paciente**

Fase de la relación	Ejemplo de interacción verbal	Habilidad comunicativa
Orientación	<b>Profesional:</b> «Hola Sr. O'Hare. Me llamo Sally Fourth y estudio enfermería en la Universidad del Condado de Orange. Voy a venir al hospital los próximos seis lunes. Me gustaría reunirme con usted cada vez que venga con el fin de ayudarlo y apoyarlo para que pueda alcanzar los objetivos del tratamiento»	El profesional sienta las bases de la confianza mutua; establece los límites de la relación y deja claro que sólo durará 6 semanas
Orientación	<b>Profesional:</b> «Sr. O'Hare, nos reuniremos todos los lunes a las 11 de la mañana, del 1 de junio al 15 de julio en la sala de conferencias n.º 2. Podemos aprovechar estas reuniones para trabajar sobre sus sentimientos de pérdida por la muerte de su hermana gemela»	El profesional informa al paciente sobre el horario, el tiempo que va a durar la relación, las fechas y la duración de las reuniones (esta información puede dársele por escrito, como un contrato formal, o de forma verbal, como un contrato informal)
Orientación	<b>Profesional:</b> «Sr. O'Hare, es importante que sepa que compartiré en una sesión clínica con mi profesora, mis compañeros y otros miembros del personal sanitario parte de lo que usted y yo hablemos. No daré ninguna información a su esposa ni a sus hijos sin su permiso. No obstante, si considero que puede ser importante informar a su esposa de algo de lo que hablemos aquí, le pediré permiso a usted para contárselo»	El profesional deja claro que el paciente tiene derecho a la confidencialidad y que este derecho va a respetarse en la relación personal de enfermería-paciente
Trabajo	<b>Paciente:</b> «El problema es que echo tanto de menos a mi hermana Eileen» <b>Profesional:</b> «Sr. O'Hare, ¿cuánto tiempo hace que murió su hermana?»	El profesional recoge datos importantes
Trabajo	<b>Paciente:</b> «Sin ella no soy ni la mitad de lo que era antes» <b>Profesional:</b> «Sr. O'Hare, si le parece, vamos a hablar de sus virtudes y puntos fuertes»	El profesional refuerza la autoestima del paciente
Trabajo	<b>Paciente:</b> «¿Para qué vamos a hablar de mí. No soy nada sin ella, no soy nada sin mi hermana» <b>Profesional:</b> «Sr. O'Hare, usted es una persona por derecho propio. Estoy segura de que entre los dos podremos encontrar sus virtudes y puntos fuertes. ¿Quiere que lo intentemos?»	El profesional intenta vencer la resistencia del paciente
Finalización	<b>Profesional:</b> «Muy bien, Sr. O'Hare, como ya sabe, la próxima semana tendremos la última reunión» <b>Paciente:</b> «Me siento mejor, pero voy a echarla mucho de menos» <b>Profesional:</b> «Yo también le voy a echar de menos, Sr. O'Hare»	El profesional comparte con el paciente la experiencia de la finalización de la relación, y le demuestra su empatía, aprecio y comprensión

El personal de enfermería debe escuchar de cerca y con atención el relato del paciente, su historia y sus percepciones e interpretaciones erróneas. En todo momento transmitirá empatía y comprensión. Si la relación comienza de forma positiva, aumenta la probabilidad de que se alcancen los objetivos establecidos.

Es posible que en la primera reunión el paciente no se fíe del profesional. Esto ocurre sobre todo cuando en el pasado el paciente ha tenido malas relaciones con otros profesionales. Cuando esto ocurre, el paciente utilizará un lenguaje incoherente y actuará o exagerará los síntomas como estrategia para no hablar de los problemas reales. A veces, se necesitan varias sesiones hasta que el paciente se decide a confiar en el profesional.

**Contratos entre el personal de enfermería y el paciente.** Muchos pacientes ya han

tenido experiencias con el sistema de salud mental, pero el profesional aclarará caso por caso y todas las veces necesarias cuáles son sus responsabilidades y las del paciente. Al comienzo, el profesional y el paciente tienen que ponerse de acuerdo sobre estas responsabilidades por medio de un contrato informal o verbal. En algunos casos puede ser necesario elaborar un contrato formal o escrito; por ejemplo, cuando ya ha sido necesario hacer un contrato por escrito con el paciente en una ocasión anterior, o cuando el paciente «se olvida» de lo que se había acordado en el contrato verbal. En el contrato debe figurar lo siguiente:

- Hora, lugar y duración de las sesiones.
- Cuándo finalizarán las sesiones.
- Quién participará en el plan de tratamiento (familiares y personal sanitario).
- Responsabilidades del paciente (llegar puntualmente y terminar a la hora fijada).
- Responsabilidades del personal de enfermería (llegar puntualmente, terminar a la hora fijada, mantener la confidencialidad en todo momento, valorar los avances realizados por el paciente y documentar por escrito las sesiones).

**Confidencialidad.** La **confidencialidad** obliga a los profesionales sanitarios a respetar el derecho del paciente a que la información sobre su salud mental y física y sobre los tratamientos que se le han aplicado permanezca en secreto. Esto significa que sólo son las personas encargadas de la atención al enfermo las que tienen acceso a la información sobre el paciente, y sólo en circunstancias muy concretas, que se definirán con precisión, terceras personas pueden acceder a dicha información. Por ejemplo, en muchos estados la ley obliga al personal sanitario a informar a las autoridades si sospecha de que se ha producido maltrato a niños o a ancianos.

Los pacientes adultos deciden qué personas de su familia pueden participar en el tratamiento y tener acceso a la información clínica. También pueden impedir que participe algún familiar o que algún miembro de su familia acceda a los datos sobre el trastorno y el tratamiento. Lo ideal es que participen las personas cercanas al paciente, sobre todo si son sus cuidadores habituales. No obstante, la decisión final la toma el propio paciente. Para que éste se sienta seguro, los límites se establecerán de forma clara y precisa desde el primer momento. Se informará al paciente sobre quién tendrá acceso a la información sobre la evaluación inicial y las evaluaciones posteriores. Asimismo, tiene derecho a saber que algunos profesionales del equipo de salud mental pueden compartir cierta información con el fin de que la atención que recibe sea coherente y de carácter multidisciplinario. También tiene que saber desde el principio que sus familiares sólo recibirán información si él lo autoriza. Si el paciente tuviera un tutor asignado por un juez, el tutor tiene el derecho y el deber de revisar la información sobre el paciente y de tomar decisiones sobre el tratamiento en el mejor interés del paciente. En el caso de los menores de edad, uno de los padres o el tutor legalmente asignado podrá acceder a la información y tomar decisiones sobre los planes de tratamiento.

El personal de enfermería debe estar muy atento a los casos en los que el paciente le pide que guarde algún secreto porque podría tratarse de información relacionada con el



daño que el paciente piensa infligirse a sí mismo o a otras personas. Hay que evitar hacer promesas sobre guardar secretos. Si se promete al paciente que se le guardará un secreto antes de saber de qué se trata, puede ponerse en peligro su confianza. No obstante, en la mayoría de los casos, los enfermos cuentan al profesional secretos de todo tipo, incluso aunque se le haya dejado claro desde el principio que no se puede establecer el compromiso de guardar silencio sin saber antes qué información van a revelar. El que sigue es un ejemplo de una buena respuesta a un paciente con ideación suicida que exige al profesional que le guarde el secreto:



***Paciente:** «Esta noche voy a tirarme desde el piso 14 del edificio en el que vivo, pero, por favor, no se lo diga a nadie».*

***Profesional:** «No puedo hacerle esa promesa, sobre todo porque se trata de algo que afecta a su seguridad. Me parece que está usted muy asustado. Vamos a intentar ayudarle en todo lo que nos sea posible para que no le pase nada».*

En Estados Unidos, la sentencia judicial del caso *Tarasoff contra la Universidad de California*, dictada en 1976, indica que los profesionales de la enfermería no tienen la obligación de guardar secreto en los casos en los que el paciente exprese su intención de matar a una persona. Además, esta sentencia obliga al personal de enfermería a notificar de inmediato la información que conoce a la policía y a las posibles víctimas. En estos casos, el profesional debe informar al supervisor de enfermería y al médico de guardia para que sean ellos quienes lo notifiquen a la policía y a las posibles víctimas. Esto se denomina **declaración obligatoria**, y se trata más extensamente en el [Capítulo 9](#).

El personal de enfermería debe documentar por escrito los problemas del paciente, así como las intervenciones planificadas. El paciente debe saber que los profesionales van a recoger los datos sobre su persona que sean necesarios para establecer el diagnóstico, planificar el tratamiento, incluida la medicación, y proteger los derechos del paciente. Tiene que saber además que la confidencialidad de las interacciones personal de enfermería-paciente tiene ciertos límites y se le informará sobre la forma en que los profesionales de la enfermería utilizarán y compartirán dicha información con los demás profesionales que van a intervenir en la atención al paciente.

**Información personal.** Un problema frecuente es saber qué tipo de **información personal** debe revelarse a los pacientes; por ejemplo, detalles biográficos, ideas, pensamientos y sentimientos. Tradicionalmente, se ha recomendado que el profesional informe al paciente sólo de su nombre, de su primer apellido y de una noción genérica sobre su lugar de residencia (p. ej., «vivo en el condado de Ocean»). Sin embargo, hoy se considera que la revelación al paciente de algunos datos puede servir para mejorar la relación terapéutica, siempre y cuando se trate de datos muy concretos y el profesional reflexione sobre qué datos tiene que dar y cuáles tiene que obviar. Se trata de utilizar la revelación de algunos datos personales para transmitir al paciente apoyo, comprensión y

empatía, y al mismo tiempo, educar a los pacientes y demostrarles que su ansiedad es normal y que todo el mundo, de una u otra forma, tiene que afrontar el estrés y los problemas diarios.

Dar información sobre uno mismo ayuda a que el paciente se sienta más cómodo y más dispuesto a compartir sus pensamientos y sentimientos. Además, puede ayudarle a comprender mejor su propia situación. Cuando revela información, el profesional debe tener en cuenta los factores culturales. Es posible que algunos pacientes consideren que la información sobre el profesional es impropia o demasiado personal, y por tanto, se sientan incómodos. Revelar información personal a un paciente puede causar daño o inconvenientes y, en algunos casos, es totalmente inadecuado, por lo que hay que pensarlo y planificarlo con mucho cuidado. Además, revelar información sobre uno mismo puede tener justo el efecto contrario del que se pretendía. Por ejemplo, si un profesional está trabajando con un paciente cuyos padres se están divorciando y dice: «Mis padres se divorciaron cuando yo tenía 12 años y lo pasé fatal», está desplazando el centro de atención desde el paciente a sí mismo, y envía al paciente el mensaje de que va a pasar por una experiencia horrible. Aunque el propósito de este profesional era ser empático, el efecto ha podido ser exactamente el contrario.

### **Trabajo**

En la relación entre el personal de enfermería y el paciente, la **fase de trabajo** suele dividirse en dos subfases. Durante la subfase de **identificación de problemas**, el paciente expone los asuntos problemáticos y sus preocupaciones. Durante la subfase de **aprovechamiento**, el profesional orienta al paciente hacia el análisis de sus sentimientos y de las respuestas que suele dar a los problemas y preocupaciones, con el fin de que adquiera una mayor capacidad de afrontamiento y una imagen más positiva de sí mismo. Así, el profesional ayuda al paciente a modificar sus conductas y a alcanzar un sentido más sólido de su autonomía como persona. (Obsérvese que el uso del término *aprovechamiento*, tal como lo utiliza Peplau, tiene un significado muy diferente al habitual, que es el de utilizar o explotar de forma injusta a una persona o de sacar provecho de una situación con malas artes. Para evitar equívocos, sería mejor denominar a la subfase de aprovechamiento *subfase de exploración y elaboración*, porque en esta etapa de la relación terapéutica se realiza un análisis en profundidad de los temas que el paciente ha expuesto en la fase anterior.) La confianza mutua en la relación debe ser ya bastante sólida a estas alturas para que el profesional pueda examinar los problemas expuestos por el paciente sin que éste se sienta receloso, inseguro o cohibido. El paciente debe estar seguro de que el profesional no se va a alejar o a escandalizar cuando le revele ciertas experiencias, dificultades, conductas y problemas.

Algunas veces los pacientes relatan historias escandalosas y adoptan conductas impulsivas (*acting out*) para poner a prueba al profesional. Estos «comportamientos de prueba» son un verdadero reto para el profesional, quien en ningún momento debe distraerse, perder la concentración ni reaccionar de forma inadecuada. En muchos casos, cuando el paciente se siente incómodo es porque el profesional se está acercando demasiado a la verdad, utiliza «comportamientos de prueba» para no tener que hablar de



un tema que le resulta demasiado conflictivo o embarazoso. En estos casos, el profesional puede responder: «Me da la impresión de que hemos tocado un punto que le resulta incómodo. ¿Prefiere que lo dejemos estar por ahora?». Esta frase se refiere al tema que se tiene entre manos y tiene la ventaja de que puede servir para que el paciente deje de ponerse a la defensiva y cese de utilizar los «comportamientos de prueba».

El profesional debe recordar que es el paciente quien examina y explora las situaciones y relaciones problemáticas. No hay que emitir juicios de valor ni dar consejos. En todo momento, se permitirá que sea el paciente quien analice las situaciones. El profesional puede guiarle para que adopte y mantenga ciertas pautas de conducta y aumentar así la probabilidad de que se produzca la respuesta adecuada. Por ejemplo, una paciente que sufre un trastorno depresivo se queja de la falta de interés de sus hijos hacia ella. En este caso, el profesional guiará a la paciente para que pueda analizar por sí misma la forma en la que se comunica con sus hijos. Así, es posible que descubra que la comunicación con ellos consiste en quejarse y en ser crítica todo el tiempo. Si éste es el caso, puede ayudársele a explorar maneras más eficaces de comunicarse con los demás. Las tareas específicas de la etapa de trabajo son las siguientes:

- Mantener y fortalecer la relación terapéutica.
- Reunir más datos.
- Explorar la forma en la que el paciente percibe la realidad.
- Ayudar al paciente a elaborar mecanismos de afrontamiento más positivos y eficaces para afrontar los problemas.
- Ayudar al paciente a elaborar un concepto más positivo de sí mismo.
- Promover la verbalización de los sentimientos.
- Facilitar el cambio del comportamiento.
- Trabajar las resistencias.
- Evaluar los avances que se han conseguido y, si es necesario, redefinir los objetivos.
- Dar al paciente la oportunidad de poner en práctica las nuevas conductas.
- Promover la autonomía y la independencia del paciente.

A medida que el personal de enfermería y el paciente trabajan juntos, es habitual que, inconscientemente, el paciente traslade al profesional los mismos sentimientos que tiene hacia sus seres queridos. Esto se denomina **transferencia**. Por ejemplo, si el paciente ha tenido experiencias negativas con las figuras de autoridad, como el padre, los profesores o los jefes, es posible que experimente reacciones similares de negatividad y resistencia hacia el personal de enfermería, al que percibe también como una figura de autoridad. Se produce un proceso similar cuando el profesional responde al paciente según sus propias necesidades y conflictos personales inconscientes. Esto se denomina **contratransferencia**. Por ejemplo, si el profesional es el hermano más pequeño, y cuando era niño pensaba que en su familia no se le prestaba atención, es posible que responda con enfado al paciente que no le escucha o que se resiste a recibir ayuda. Una vez más, la autoconciencia es importante para que el profesional sea capaz de identificar

tanto la transferencia como la contratransferencia. Ser consciente de esos «puntos calientes» permite al personal dar una respuesta adecuada a la contratransferencia, en vez de dejar que interfieran en la relación terapéutica antiguos conflictos que no se ha sido capaz de resolver.

### **Finalización**

La **fase de finalización o resolución** es la etapa final de la relación terapéutica entre el personal de enfermería y el paciente. Comienza cuando se han resuelto los problemas y finaliza cuando termina la relación. Tanto el personal de enfermería como el paciente suelen experimentar sentimientos causados por el final de la relación. Sobre todo el paciente percibe esta fase como una pérdida inminente. Muchas veces los pacientes intentan evitar el final actuando con enfado o fingiendo que se encuentran mal y que, por tanto, el problema no se ha resuelto. El profesional debe reconocer este enfado y reaccionar con normalidad. Lo mejor es explicarle que su enfado es una respuesta normal cuando se termina una relación. Si el paciente intenta reabrir temas ya resueltos y volver sobre ellos, hay que hacer todo lo posible para que el paciente no tenga la sensación de que las sesiones no han servido para nada. Para ello, hay que ser plenamente consciente de las maniobras de atascamiento del paciente y volver a centrarlo en las nuevas conductas y habilidades aprendidas para enfrentarse a los problemas. Es conveniente que el profesional le diga al paciente que ha disfrutado del tiempo pasado en su compañía y que siempre le recordará con afecto, pero no es apropiado que acepte ver al paciente fuera de la relación terapéutica.

La enfermera Jones acude a ver a la Sra. O'Shea por última vez. La paciente llora en silencio.



**Sra. O'Shea:** *«Srta. Jones, usted me ha ayudado mucho. Sé que sin su ayuda voy a recaer otra vez y voy a volver a ser la misma de antes».*

**Enfermera Jones:** *«Sra. O'Shea, creo que el tiempo que hemos pasado juntas ha sido muy productivo. Usted ha aprendido muchas formas nuevas de mantener mejores relaciones con sus hijos. Sé que cuando llegue a casa va ser capaz de aplicar todo lo que ha aprendido. Cuando vuelva para la visita de seguimiento, quiero que me cuente cómo han cambiado las cosas en su casa».*

### **CÓMO EVITAR LOS COMPORTAMIENTOS QUE AFECTAN NEGATIVAMENTE A LA RELACIÓN TERAPÉUTICA**

Debido a su cometido profesional, el personal de enfermería ejerce poder sobre el paciente. En caso de que se produzca una familiaridad excesiva o una relación íntima o se vulnere la confidencialidad, puede producirse un abuso de poder.

#### **Límites inadecuados**

Todos los profesionales de la enfermería, tanto los noveles como los veteranos, corren el

riesgo de permitir que una relación terapéutica se convierta en una relación inaceptable desde el punto de vista de la ética profesional. A este respecto, la autoconciencia es extremadamente importante.

El personal de enfermería que está en contacto con sus propios sentimientos y es consciente del ascendiente que tiene sobre los pacientes está en mejor posición para evitar que se traspasen los límites de la relación profesional. Hay que respetar en todo momento los límites profesionales para poder conseguir los mejores resultados terapéuticos. Es responsabilidad del profesional definir claramente los límites de la relación durante la fase de orientación y asegurarse de que estos límites se mantengan durante toda la relación terapéutica. Hay que actuar con calidez y empatía, pero no hay que intentar entablar amistad con el paciente. Las interacciones sociales que se prolongan más allá de los primeros minutos de una reunión o sesión terapéutica contribuyen a que la conversación no pase de lo superficial. Esta falta de atención a los problemas que se han acordado para ser tratados erosiona la relación profesional.

Si un paciente se sintiera atraído por el profesional o viceversa, es a este último a quien corresponde mantener los límites profesionales. Aceptar regalos de un paciente o darle la dirección o el número de teléfono se considera una violación de la ética profesional de la enfermería. El profesional debe autoevaluarse continuamente y hacer todo lo posible para mantener a raya sus sentimientos. Debe centrarse sólo en los intereses y necesidades del paciente. El profesional puede evaluar su propio comportamiento por medio del *Nursing Boundary Index* (tabla 5-4). En el [Capítulo 9](#) se trata exhaustivamente el tema de los dilemas éticos que se producen en las relaciones con los pacientes.

**Tabla 5-4. Nursing Boundary Index**

Califique según la frecuencia con que las afirmaciones que siguen reflejan su conducta, pensamientos o sentimientos durante los últimos 2 años.

1. ¿Ha recibido comentarios alguna vez por entrometerse demasiado en la vida del paciente o de su familia?	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
2. ¿Le resulta difícil a veces poner límites a los pacientes?	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
3. ¿Llega antes de la hora o se marcha más tarde para pasar más tiempo con algún paciente?	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
4. ¿Se relaciona a veces con los pacientes como lo haría con sus compañeros o con alguien de su familia?	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
5. ¿Se ha dejado alguna vez llevar por la atracción sexual que sentía hacia un paciente?	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
6. ¿Tiene la impresión de que usted es la única persona que comprende al paciente?	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
7. ¿Ha recibido comentarios alguna vez por «involucrarse demasiado» con los pacientes o la familia?	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
8. ¿Se siente bien de forma plenamente consciente con los halagos, el aprecio o el afecto de los pacientes?	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
9. ¿Le parece a veces que los demás miembros del personal sanitario son demasiado críticos con «su» paciente?	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
10. ¿Le parece a veces que los demás miembros del personal sanitario están celosos de la relación que usted mantiene con un paciente determinado?	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
11. ¿Ha tratado alguna vez de «emparejar» a un paciente con un amigo o amiga de usted?	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
12. ¿Le resulta difícil manejar las demandas poco razonables de ayuda, los insultos o los comentarios sexuales de algún paciente?	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo

Cualquier pregunta que se responda con «a veces» o «a menudo» debe alertar al profesional de la enfermería sobre la posibilidad de que exista un área vulnerable. Si se responde alguna pregunta con «rara vez», el profesional debe determinar si ha sido un acontecimiento aislado o si se trata de una pauta de comportamiento.

De Pilette P, Berck C y Achber L. Therapeutic management. *Journal of Psychosocial Nursing* 1995;33(1):45.

## Sentimientos de simpatía y fomento de la dependencia del paciente

El personal de enfermería no debe permitir que los sentimientos de empatía se conviertan en simpatía por el paciente. A diferencia de lo que ocurre con el uso terapéutico de la empatía, el profesional que siente lástima del paciente suele intentar compensarle tratando de agradarle. Cuando el comportamiento del profesional tiene su origen en la simpatía, a éste le resulta más fácil manipular los sentimientos del profesional. Esto provoca que el paciente no analice sus problemas, pensamientos y sentimientos, y, además, retrasa su desarrollo personal y muchas veces le conduce a la dependencia respecto al profesional.

Es posible que el paciente solicite cada vez con más intensidad la ayuda y cuidados del profesional, y puede incluso hacer una regresión y fingir que no puede completar las tareas que antes sí podía realizar. Por lo general se trata de señales muy claras de que el profesional ha estado «excediéndose» a favor del paciente y contribuyendo así a su dependencia. Con frecuencia los pacientes ponen a prueba al personal para saber hasta dónde está dispuesto a llegar. Si el paciente colabora sólo cuando el profesional está presente y no muestra la conducta acordada cuando está ausente, se concluirá que el paciente se ha vuelto demasiado dependiente. En cualquiera de estos casos, el personal de enfermería necesita reevaluar su conducta profesional y volver a centrarse en las necesidades del paciente y en los objetivos terapéuticos.

## No aceptación y evitación

La relación entre el personal de enfermería y el paciente puede peligrar si el profesional encuentra inaceptable o de mal gusto la conducta del paciente y permite que sus sentimientos se descubran porque le evita, da ciertas respuestas verbales, expresa su enfado o en la sesiones se sienta lo más alejado posible de él. Antes de iniciar la relación, el profesional debe conocer la conducta y los antecedentes del paciente. Si prevé que puede haber un conflicto, tiene que analizar esta posibilidad con el supervisor o con un compañero. Si el profesional es consciente de un prejuicio que le lleva a percibir al paciente de forma desfavorable, debe analizar el problema por sí mismo o con la ayuda de otra persona. A veces, hablar de estos sentimientos y afrontarlos permite al profesional de la enfermería aceptar al paciente y evitar que el prejuicio obstaculice la relación. Sin embargo, cuando el profesional no es capaz de resolver esos sentimientos negativos, tiene que plantearse la posibilidad de pedir que le asignen otro caso. Es responsabilidad del profesional tratar al paciente en todo momento con aceptación y consideración positiva, independientemente de sus antecedentes. Forma parte de nuestra responsabilidad avanzar en la auto-conciencia y afrontar y resolver cualquier prejuicio que amenace con deteriorar u obstaculizar la relación terapéutica (**cuadro 5-4**).

## **FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA**

Como sucede cuando se trabaja con pacientes en cualquier otra especialidad de la enfermería, el profesional especializado en psiquiatría y salud mental desempeña diversas funciones para proporcionar al paciente la atención que necesita. En todo momento tienen que saber qué función deben asumir en la relación terapéutica con el paciente y ser conscientes de la importancia del desempeño de esta función.

### **Profesor**

La función de profesor es inherente a la mayoría de los aspectos de la asistencia al paciente. Durante la fase de trabajo, el personal de enfermería enseña al enfermo nuevos métodos para afrontar y resolver los problemas. Además, le informa y le instruye sobre la medicación, así como sobre los recursos y servicios sociales disponibles. Para ser buenos profesores, hay que confiar en nuestros propios conocimientos y, a la vez, ser conscientes de nuestras limitaciones. Hay que familiarizarse con los servicios sanitarios y sociales disponibles, lo que incluye un buen conocimiento de los recursos que pueden encontrarse a través de Internet. Esta información puede ser de gran ayuda para el paciente y sus familiares. El personal de enfermería debe ser sincero sobre la información que está en condiciones de proporcionar y sobre cuándo y dónde dirigir a los pacientes si necesitan más información. Esta sinceridad tiene siempre un efecto positivo en la confianza de los pacientes.

**Cuadro 5-4. Señales indicativas de que se puede estar produciendo una extralimitación en la relación personal de enfermería-paciente**

- Secretos: resistencia a hablar a otras personas sobre el trabajo que el profesional realiza con el paciente.
- Aumento repentino e inexplicable de las llamadas telefónicas entre el profesional y paciente, o llamadas fuera de los horarios de la clínica, hospital o centro de salud mental.
- El profesional hace más excepciones de las normales con un determinado paciente.
- Intercambio inadecuado de regalos entre el paciente y el profesional.
- Préstamo, intercambio o venta de bienes entre el profesional y el paciente.
- El profesional revela asuntos o informaciones personales al paciente más allá de lo razonable o de lo usual.
- Tocarse, consolarse mutuamente o tener contacto físico de forma inadecuada.
- Conductas que denotan un interés exagerado por el paciente o sobreprotección o identificación excesiva con él.
- Cambios en el lenguaje corporal, en la forma de vestir o en el aspecto físico del profesional (que no tengan otra explicación razonable).
- Sesiones cara a cara o visitas domiciliarias muy prolongadas.
- Pasar el tiempo libre con el paciente.
- Pensar con frecuencia en el paciente cuando se está fuera del trabajo.
- Ponerse a la defensiva si otra persona cuestiona la forma en la que el profesional está atendiendo al paciente.
- No seguir las normas y protocolos de la clínica, hospital o centro de salud mental.

### **Cuadro 5-5. Métodos para evitar relaciones inadecuadas entre el personal de enfermería y los pacientes**

- Ser consciente de que todos los profesionales sanitarios, hombres o mujeres, jóvenes o mayores, en cualquier especialidad o ámbito asistencial, corren el riesgo de involucrarse demasiado y perder de vista los límites en la relación con el paciente.
- Ser consciente de que la transgresión de los límites de la relación terapéutica es algo que puede ocurrir en cualquier momento. Los supervisores deben identificar a los posibles pacientes «problemáticos» y hablar periódicamente con el personal sobre una posible atracción sexual o de cualquier otro factor que pueda poner en peligro los límites de la relación con estos pacientes.
- El supervisor debe asegurarse de que los profesionales de la enfermería tienen la oportunidad de hablar de las situaciones difíciles y debe explicarles cuáles son los métodos más eficaces para afrontar estas situaciones.
- Las instituciones en las que se atiende a pacientes con trastornos mentales deben disponer de directrices que indiquen cómo fijar los límites de la relación con el paciente, cómo reconocer las señales de que se están vulnerando y lo que la organización espera del profesional. Deben establecerse claramente las consecuencias de vulnerar los límites de la relación con el paciente, proponerse ejemplos prácticos extraídos de la práctica clínica y lecturas recomendadas y explicar cómo pueden adquirirse las habilidades necesarias para establecer los límites y mantenerse dentro de ellos.
- En la clínica, hospital o centro de salud mental, el personal de enfermería debe disponer de una persona con la que se pueda hablar de forma confidencial y que no realice juicios de valor.
- Es aconsejable celebrar reuniones cada cierto tiempo para hablar de las relaciones inadecuadas y de los sentimientos hacia los pacientes.
- La clínica, hospital o centro de salud mental debe contar con personal experimentado para hacerse cargo de los pacientes difíciles.
- La lectura y discusión en grupo de casos clínicos es una actividad muy útil para la formación del personal de enfermería.
- Reflexionar no sólo sobre situaciones relacionadas con conflictos de tipo sexual, sino también sobre



situaciones complicadas que pueden conducir a la vulneración de los límites de la relación terapéutica, sin olvidar los problemas relacionados con el abuso de poder.

## **Cuidador**

La función principal del cuidado en la atención a la salud mental consiste en llevar a cabo la relación terapéutica para dar confianza al paciente, explorar sus sentimientos, ayudarlo a resolver los problemas y contribuir a la satisfacción de sus necesidades psicológicas y sociales. Si el paciente necesita además atención para problemas relacionados con la salud física, conviene que el profesional explique al paciente que posiblemente tendrá que tocarle. Algunos pacientes pueden confundir ese contacto físico con la intimidad y el interés sexual, lo que deterioraría la relación terapéutica. El personal debe tener en cuenta los límites y parámetros que se han establecido para la relación y, siempre que se considere necesario, repetirle al paciente cuáles son los objetivos y normas que se han establecido al principio de la relación.

## **Mediador**

Mediante la función de mediador, el personal de enfermería informa al paciente para que pueda decidir por sí mismo, y una vez que el paciente ha tomado una decisión, el profesional le apoyará para que pueda llevarla a cabo (Edd, Fox y Burns, 2005). Hay que tener en cuenta que en la enfermería en psiquiatría y salud mental la mediación es algo diferente a la que se realiza en contextos médico-quirúrgicos debido a la naturaleza de la enfermedad que sufren los pacientes. Por ejemplo, el profesional puede no apoyar la decisión de dañarse a uno mismo o a otra persona, por mucho que ésta sea la decisión que ha tomado el enfermo. La mediación tiene como objetivo actuar en nombre del paciente cuando éste no puede hacerlo, y esto incluye salvaguardar su intimidad y dignidad, promover el consentimiento informado, evitar la realización de pruebas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios, orientarle para que pueda acceder a los servicios, recursos y prestaciones económicas que necesite o a las que tenga legalmente derecho, y protegerle frente al maltrato, el abuso y las vejaciones por parte del personal sanitario o de las figuras de autoridad. Por ejemplo, si un médico comienza a explorar al paciente sin haber corrido las cortinas y un profesional de la enfermería entra en ese momento y corre las cortinas, está actuando como mediador del paciente.

No obstante, el profesional debe ser consciente de que actuar como mediador puede tener algunos riesgos. En el ejemplo anterior, el médico puede sentirse incómodo y enfadarse, y puede hacer un comentario desagradable al profesional de la enfermería. En estos casos, hay que ser conscientes de que hemos cumplido con nuestra obligación y no dejarnos intimidar.

El papel de mediador exige observar con atención a otros profesionales sanitarios. A veces, éstos son remisos a inmiscuirse cuando observan que un compañero está vulnerando los límites de la relación con el paciente. El profesional de la enfermería actuará siempre que observe que un compañero muestra un comportamiento inadecuado

hacia el paciente. Lo mejor es dirigirse al supervisor. Hay que tener en cuenta que en Estados Unidos, la leyes sobre la práctica de la enfermería contemplan la responsabilidad legal de los profesionales acerca de las denuncias de la violación de los límites y de las conductas poco éticas de los profesionales sanitarios. En el [Capítulo 9](#) se tratan en detalle los aspectos éticos de la práctica profesional en psiquiatría.

El papel del personal de enfermería como mediador es un tema controvertido. En algunos momentos los profesionales no pueden actuar como mediadores a favor de la autonomía del paciente o de su derecho a la autodeterminación. Esto ocurre, por ejemplo, cuando el profesional apoya la hospitalización forzosa de un paciente con ideación suicida. En un caso así, actuar en el mejor interés del paciente consiste en salvaguardar su seguridad, aunque esto suponga oponerse a los deseos del paciente. Hay quienes ven en esta conducta un ejemplo claro de paternalismo e interferencia en las decisiones del paciente, y consideran que los profesionales que actúan de esta forma no desempeñan la función de mediación a la que están obligados. Otros consideran que la función de mediación no debe ser exclusiva del personal de enfermería, sino que deberían ejercerla también los médicos, otros profesionales sanitarios y los asistentes sociales.

### **Padre sustituto**

Cuando el comportamiento de un paciente es infantil, o cuando el personal de enfermería tiene que ayudarlo de forma muy personal y directa (darle de comer, bañarle, vestirle, etc.), es posible que el profesional sienta la tentación de asumir el papel del padre o la madre, tal como se observa en el tipo de comunicación verbal y no verbal que el profesional suele utilizar con estos pacientes. También puede ocurrir que el personal de enfermería empiece a mostrarse autoritario y adopte una actitud del tipo «yo sé lo que te conviene». Cuando ocurre esto, lo habitual es que el paciente responda con conductas y actitudes aún más infantiles. Por ejemplo, puede actuar de forma negativista y tozuda, tener rabietas, etc. Por desgracia, es frecuente que ninguna de las partes se dé cuenta de que han pasado de una relación entre adultos a una relación paternofilial. Por tanto, es fácil que en estas circunstancias el paciente vea al profesional como si fuese el sustituto de sus padres. En estos casos, hay que ser terminante y firme, y poner límites a la relación o modificar los límites que se habían establecido antes. Al mismo tiempo, debe mostrar una actitud abierta y flexible y no emitir juicios de valor. De esta forma, podrá continuar formando al paciente en el contexto de una relación con límites claros y bien definidos. El profesional debe asegurarse de que la relación sigue siendo terapéutica y de que no se ha convertido en una relación social o íntima ([cuadro 5-5](#)).

### **TEMAS DE AUTOCONCIENCIA**



La autoconciencia es muy importante a la hora de establecer y mantener la relación terapéutica. Por ejemplo, si un profesional alberga prejuicios inconscientes hacia una determinada cultura o religión puede tener dificultades para relacionarse con un paciente de estos grupos. Si está

dispuesto a reconocer y analizar sus prejuicios, hay más posibilidades de que la relación terapéutica con el paciente sea eficaz. Si el profesional tiene determinadas creencias y actitudes que no quiere modificar, quizá sea mejor que otra persona se encargue del paciente. El análisis de nuestros puntos fuertes y débiles nos ayuda a adquirir un mejor conocimiento de nosotros mismos. Comprendernos mejor nos ayuda a comprender y aceptar a personas con ideas y valores diferentes a los nuestros. El profesional no debe abandonar el proceso de autoconocimiento con el fin de mejorar la autoconciencia y, de esta forma, ser más eficaz en la atención a los pacientes.

También es necesario para el personal de enfermería aprender a «cuidar de sí mismos». Para ello, debe buscar el equilibrio entre trabajo y tiempo libre, establecer relaciones amistosas y satisfactorias fuera del trabajo y disponer de tiempo suficiente para relajarse y cuidarse. El profesional demasiado entregado a su trabajo se «quem»: nunca encuentra tiempo para relajarse o para ver a sus amigos, y de esta forma, sacrifica su vida personal y pone en peligro su equilibrio psicológico. Cuando esto sucede, aumenta el riesgo de que traspase los límites en su relación con los pacientes. Corre el riesgo de acabar contando sus frustraciones al enfermo o de corresponder al interés personal de algún paciente hacia él. Además, el personal estresado o agobiado tiene tendencia a perder la objetividad necesaria que sólo puede adquirirse mediante el proceso de autoconocimiento y las actividades de crecimiento personal. En conclusión: el profesional que no se ocupa de sí mismo tampoco podrá atender de forma adecuada a los pacientes y a sus familiares.

### **Consideraciones a tener en cuenta en la construcción de la relación terapéutica**

- Asistir a talleres en los que se trabaje el proceso de clarificación de valores, creencias y actitudes. Son una ayuda para autoevaluarse y aprender más sobre sí mismo.
- Llevar un diario para anotar sus pensamientos y sentimientos. No olvidar anotar lo aprendido en la práctica profesional y en la vida privada.
- Escuchar con atención lo que dicen sus compañeros de trabajo sobre las relaciones que establece usted con los pacientes.
- Participar en grupos de encuentro sobre crecimiento personal. Puede informarse en el centro de salud o en cualquier otro centro social o cultural de la localidad en la que vive.
- Elaborar un plan de crecimiento personal y modificarlo cuando lo considere necesario
- Leer libros en los que se hable sobre los puntos fuertes y débiles que ha detectado en usted.

### ***Preguntas de razonamiento crítico***

1. ¿Cuándo es correcto aceptar un regalo de un paciente? ¿Qué tipos de regalos son aceptables? ¿En qué circunstancias el personal de enfermería puede aceptar un

regalo de un paciente?

2. ¿Qué conductas que promueven la construcción de la relación terapéutica debe adoptar el personal de enfermería con un paciente que muestra una gran desconfianza hacia el sistema sanitario?
3. ¿Es correcto que en algún momento el profesional proporcione servicios de enfermería a su propia familia? ¿Y a sus amigos? ¿Y a sus conocidos? ¿Cómo se deben manejar este tipo de situaciones?

## PUNTOS CLAVE



- Los factores que fortalecen la relación entre el personal de enfermería y el paciente son la confianza, la congruencia, el interés sincero, la empatía, la aceptación y la consideración positiva.
- La autoconciencia del profesional es crucial para establecer la relación terapéutica. Los valores, las creencias y las actitudes del personal de enfermería influyen en la relación con los pacientes.
- Según Carper, los profesionales de la enfermería utilizan cuatro modelos de conocimiento en su relación con los pacientes: el empírico, el estético, el personal y el ético.
- Munhall estableció un quinto modelo de conocimiento: el modelo del no conocimiento, como apertura que el personal de enfermería aporta a la relación y que evita que las ideas preconcebidas influyan negativamente en su relación con el paciente.



## RECURSOS DE INTERNET

### RECURSOS

- Folleto sobre las relaciones sexuales en la terapia de la American Psychological Association
- Resumen del trabajo de Hildegard Peplau
- Manejar los límites de la relación terapéutica entre personal de enfermería y pacientes

### DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.apa.org/pi/therapy.html>

<http://www.enursescribe.com/Peplau.htm>

[http://www.nanb.nb.ca/PDF/practice/Standards\\_for\\_the\\_therapeutic\\_Nurse-Client\\_Relationship\\_English.pdf](http://www.nanb.nb.ca/PDF/practice/Standards_for_the_therapeutic_Nurse-Client_Relationship_English.pdf)

- Existen tres tipos de relación: la social, la íntima y la terapéutica. La relación entre el

personal de enfermería y el paciente debe ser terapéutica y nunca social ni íntima.

- La teórica de la enfermería Hildegard Peplau escribió sobre las fases de la relación entre el personal de enfermería y el paciente. Estas fases, según Peplau, son: la fase de orientación, la fase de trabajo (que comprende la subfase de identificación de los problemas y la subfase de aprovechamiento) y la fase de finalización o resolución. Estas fases son continuas y se solapan entre sí.
- La fase de orientación comienza cuando el personal de enfermería y el paciente se conocen y finaliza cuando el cliente comienza a identificar los problemas a examinar.
- Las tareas de la fase de trabajo son las siguientes: fortalecer la relación con el paciente, reunir más información, analizar la forma en la que el enfermo percibe la realidad, aprender nuevas habilidades para resolver los problemas y enfrentarse a las situaciones conflictivas, promover un concepto más positivo de sí mismo, animar al paciente a verbalizar sus sentimientos, facilitar la modificación de la conducta, trabajar las resistencias, evaluar los avances que se han conseguido y, si es necesario, redefinir los objetivos según corresponda, dar al paciente la oportunidad de practicar las nuevas conductas aprendidas y ayudarlo a ser más independiente.
- La fase de finalización empieza cuando se han resuelto los problemas y acaba cuando termina la relación entre el personal de enfermería y el paciente.
- Los factores que debilitan la relación entre el personal de enfermería y el paciente son la vulneración de los límites, el establecimiento de límites poco claros o mal definidos, las relaciones íntimas y el abuso de poder por parte del profesional.
- El personal de enfermería debe desempeñar las siguientes funciones en el contexto de la relación terapéutica: profesor, tutor, cuidador y padre sustituto.

## BIBLIOGRAFÍA

- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–23.
- Edd, J. R., Fox, P. G., & Burns, K. (2005). Advocating for the rights of the mentally ill: A global issue. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 11(1), 1211–1217.
- Luft, J. (1970). *Group processes: An introduction in group dynamics*. Palo Alto, CA: National Press Books.
- Munhall, P. (1993). Unknowing: Toward another pattern of knowing in nursing. *Nursing Outlook*, 41(3), 125–128.
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons.
- Warelow, P., Edward, K. L., & Vinek, J. (2008). Care: What nurses say and what nurses do. *Holistic Nursing Practice*, 22(3), 146–153.
- Welch, M. (2005). Pivotal moments in the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(3), 161–165.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- McNeill, C., Shattell, M., Rossen, E., & Bartlett, R. (2008). Relationship skills building with older adults. *Journal of Nursing Education*, 47(6), 269–271.
- Shattell, M. M., Starr, S. S., & Thomas, S. P. (2007). Take my hand, help me out: Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 274–284.

# Autoevaluación

## PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. Crear confianza es importante en:
  - a. La fase de orientación.
  - b. La subfase de identificación de los problemas del paciente.
  - c. Todas las fases de la relación terapéutica.
  - d. La subfase de aprovechamiento.
2. Las normas abstractas en las que se basa la conducta de los seres humanos son:
  - a. Los valores.
  - b. Las actitudes.
  - c. Las creencias.
  - d. La filosofía personal.
3. Las ideas que consideramos ciertas se denominan:
  - a. Valores.
  - b. Actitudes.
  - c. Creencias.
  - d. Filosofía personal.
4. Las referencias emocionales que nos sirven para ver el mundo de una determinada manera tienen que ver con:
  - a. Los valores.
  - b. Las actitudes.
  - c. Las creencias.
  - d. La filosofía personal.

## PREGUNTAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE

*Puede elegir más de una respuesta en cada pregunta.*

1. ¿Cuáles de las siguientes son tareas específicas de la fase de trabajo de la relación terapéutica?
  - a. Comenzar a planificar la finalización.
  - b. Crear confianza.



- c. Animar al paciente a expresar sus sentimientos.
  - d. Establecer el contrato entre el personal de enfermería y el paciente.
  - e. Facilitar la modificación de la conducta.
  - f. Promover la autoestima del paciente.
2. La confidencialidad consiste en respetar el derecho del paciente a que la información clínica se mantenga en secreto. ¿En qué circunstancias es lícito que el profesional de la enfermería revele información sobre el paciente?
- a. Cuando el paciente amenaza con hacer daño a un familiar.
  - b. Cuando la información se revela en el mejor interés del paciente.
  - c. Cuando el paciente da su autorización por escrito.
  - d. Cuando lo solicita el tutor legal del paciente.
  - e. Cuando el paciente es dado de alta y los padres pasan a ser sus cuidadores.
  - f. Cuando el paciente reconoce haber sido objeto de malos tratos.

## CASO CLÍNICO

El Sr. Johnson es un paciente desconfiado que no quiere estar en el hospital. El profesional de la enfermería se acerca a él por primera vez y se presenta. El Sr. Johnson le dice: «¡No necesito nada! ¿Por qué tendría que hablar con usted?» ¿Cómo debe proceder el profesional en un caso así? ¿Qué puede decirle al Sr. Johnson?

# 6

## La comunicación terapéutica

### Términos clave

- circunstancialidad
- comunicación
- comunicación asertiva
- comunicación no verbal
- comunicación terapéutica
- comunicación verbal
- contacto visual
- contenido
- contexto
- distancias interpersonales
- escucha activa
- espiritualidad
- función directiva
- función no directiva
- lenguaje corporal
- mensajes abstractos
- mensajes concretos
- mensajes congruentes
- mensajes incongruentes
- observación activa
- posiciones de cuerpo cerrado
- proceso
- proxémica
- señales (abiertas y encubiertas)
- zona de intimidad
- zona personal
- zona pública

- zona social

## Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Describir los objetivos de la comunicación con el paciente.
2. Explicar cuáles son las habilidades verbales para la comunicación terapéutica y no terapéutica.
3. Explicar en qué consisten las habilidades para la comunicación no verbal, como la expresión facial, el lenguaje corporal, las señales, el contacto visual y la comprensión de los diferentes niveles del significado y del contexto.
4. Explicar cuáles son los límites de la comunicación terapéutica con respecto a la distancia y al uso de contacto físico.
5. Diferenciar los mensajes concretos de los mensajes abstractos.
6. Dada una situación, elegir una respuesta terapéutica eficaz para el paciente.

**LA COMUNICACIÓN ES EL PROCESO** mediante el cual las personas intercambian información. Los mensajes que se intercambian durante el proceso comunicativo son enviados y recibidos simultáneamente en dos niveles: el verbal, mediante el uso de palabras, y el no verbal, mediante las conductas no verbales que acompañan a las palabras (DeVito, 2008). La **comunicación verbal** se realiza a través de las palabras que el emisor utiliza para comunicarse con uno o más receptores. Estas palabras representan los objetos y conceptos sobre los que se está hablando. La colocación de las palabras de una determinada forma en los sintagmas y de los sintagmas en las frases para que sean comprensibles para la persona que escucha (receptor) es lo que produce el significado. En la comunicación verbal, el **contenido** de la comunicación son las palabras que dice la persona que habla (emisor). El **contexto** es el entorno en el que tiene lugar la comunicación, e incluye el momento y el entorno físico, social, cultural y emocional. Por tanto, el término «contexto» se refiere a la situación o las circunstancias que sirven para clarificar el significado del contenido del mensaje. A lo largo de este capítulo se explica con más detalle el concepto de contexto y su importancia para la comunicación humana.

La **comunicación no verbal** es la conducta o conductas que acompañan al contenido verbal, como el lenguaje corporal, el contacto visual, la expresión facial, la entonación y el tono de voz, la velocidad y las vacilaciones en el discurso, los murmullos y los resoplidos, y la distancia física que mantenemos con el interlocutor. La comunicación no verbal puede indicar al receptor los pensamientos, sentimientos, necesidades y valores del emisor, incluso cuando este último no es consciente de que está transmitiendo dicha información.

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web

El **proceso** comunicativo es el conjunto de mensajes no verbales que el emisor utiliza para dar significado y contexto al mensaje verbal. El proceso de la comunicación requiere que el receptor observe las conductas del emisor mientras habla y los sonidos vocales que acompañan al mensaje e interprete las conductas no verbales del emisor para evaluar si el mensaje no verbal es acorde con el mensaje verbal. Un **mensaje es congruente** cuando el contenido y el proceso coinciden. Por ejemplo, un paciente dice: «Sé que no estoy siendo yo mismo. Necesito ayuda». Cuando dice esto, su expresión facial denota tristeza y el tono de voz es sincero y auténtico. En este caso, el proceso coincide con el contenido, por lo que el mensaje es congruente. Sin embargo, hay casos en los que el proceso y el contenido no coinciden. Esto ocurre cuando lo que dice el emisor no es congruente con lo que hace en el momento de emitir el mensaje verbal. Por ejemplo, si un paciente dice: «Estoy aquí para que me ayuden», pero al mismo tiempo, mantiene una postura corporal rígida, los puños apretados, el ceño fruncido, la expresión facial denota ira y gruñe las palabras a través de los dientes apretados, el **mensaje es incongruente**. El proceso o comportamiento observado invalida lo que el paciente dice por medio de las palabras (contenido).

El proceso no verbal es un mensaje más verdadero que el del contenido verbal. Un mensaje verbal como «siento mucho haberle gritado» es fácilmente creíble si se acompaña por parte del emisor de una postura corporal que denota sumisión, un tono de voz resignado, la mirada hacia abajo y una expresión facial que indica vergüenza o timidez, porque en tal caso el proceso y el contenido son congruentes entre sí. Esta misma frase dicha en un tono de voz alto, con las cejas levantadas, una mirada penetrante, una expresión facial ofensiva hacia el emisor, las manos apoyadas en la cadera y un lenguaje corporal que denota indignación invalida el mensaje verbal (mensaje incongruente). En este caso, el mensaje verbal parece decir: «Me disculpo por haberle gritado porque tengo que hacerlo, no porque realmente me arrepiento de haberlo hecho».

## ¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA?

La **comunicación terapéutica** es la interacción interpersonal que tiene lugar entre el profesional de la enfermería y el paciente, mediante el cual el profesional se centra en las necesidades específicas del paciente con el fin de promover un intercambio de información satisfactorio. El uso eficaz de las técnicas para la comunicación terapéutica ayuda al profesional a comprender las experiencias del paciente y mostrar empatía con ellas. Todos los profesionales de la enfermería deben conocer y practicar estas técnicas para aplicar con eficacia el proceso de enfermería y proporcionar a los pacientes una atención a la altura de lo que hoy se exige.

La comunicación terapéutica ayuda al profesional de la enfermería a conseguir los siguientes objetivos:

- Establecer la relación terapéutica con el paciente.
- Identificar los problemas y preocupaciones más importantes del paciente en ese

momento (objetivo centrado en el paciente).

- Evaluar la percepción que tiene el paciente de sus problemas y preocupaciones. Esto exige una evaluación detallada de las conductas y los mensajes del paciente cuando habla de sus problemas y preocupaciones, incluidas las situaciones, las personas con las que se relaciona y los pensamientos y sentimientos que tiene hacia sí mismo y hacia los demás.
- Ayudar al paciente a expresar las emociones.
- Enseñar al paciente y a su familia las habilidades necesarias para cuidarse.
- Identificar las necesidades del paciente.
- Llevar a cabo intervenciones dirigidas a satisfacer las necesidades del paciente.
- Ayudar al paciente a elaborar un plan de acción para resolver los problemas de una forma satisfactoria y socialmente aceptable.

El establecimiento de la relación terapéutica es una de las funciones más importantes del profesional de la enfermería en la práctica clínica en psiquiatría y salud mental. La comunicación es el medio mediante el cual se inicia, se mantiene y se termina la relación terapéutica. Esta relación se expone en profundidad en el [capítulo 5](#), en el que se tratan temas como la confidencialidad, la información de carácter personal que el profesional debe revelar al paciente y el uso terapéutico de uno mismo. Para que la comunicación terapéutica sea eficaz, el profesional debe tener en cuenta y respetar la intimidad del paciente y los límites de la relación. Otros temas importantes en la comunicación terapéutica son el contacto físico, y la escucha y la observación activas.

### **Intimidad del paciente y respeto de los límites de la relación**

La intimidad del paciente es algo muy valioso, pero no siempre es posible en la comunicación terapéutica. Una sala de entrevistas o de conferencias es un lugar óptimo para interactuar con el paciente, siempre y cuando el personal de enfermería considere que no es un sitio demasiado aislado para este propósito. También puede hablarse con el paciente en un rincón tranquilo del vestíbulo o de la sala de estar de los pacientes, según lo que parezca más práctico en ese momento y de los recursos disponibles. El profesional evaluará si la interacción con el paciente en su habitación tiene eficacia terapéutica. Por ejemplo, si el paciente tiene dificultades para respetar los límites de la relación o suele hacer comentarios de tipo sexual, está claro que su habitación no es el mejor contexto terapéutico, y el profesional debería pensar en otro espacio.

La **proxémica** es una disciplina científica que estudia la distancia física que separa a las personas durante la comunicación. Por lo general, los humanos nos sentimos más cómodos cuando interactuamos en distancias pequeñas con las personas que nos son conocidas, pero esta proximidad se convierte en incomodidad cuando nos comunicamos con extraños ([DeVito, 2008](#)). En Estados Unidos, Canadá y muchos países occidentales, se observan **cuatro distancias** en la comunicación interpersonal:

- **Zona de intimidad** (distancia entre los interlocutores de entre 0 cm y 45 cm): esta distancia es cómoda para los padres y sus hijos pequeños, para los adultos que desean tener contacto físico y al susurrar en el oído de otra persona. La invasión de la zona

de intimidad se interpreta como una amenaza y genera ansiedad.

- **Zona personal** (distancia entre los interlocutores de entre 45 cm y 90 cm): es la distancia más cómoda para los miembros de una misma familia o entre amigos que están charlando.
- **Zona social** (distancia entre los interlocutores de entre 1,20 m y 3,6 m): ésta es la distancia aceptable para la comunicación social, en el lugar de trabajo y en los negocios.



### CASO CLÍNICO: LÍMITES PERSONALES ENTRE EL PROFESIONAL Y EL PACIENTE

Con la excusa de que quiere hablar con una enfermera acerca de la salud de su esposa, un hombre la acompaña al salón de su casa. Durante el camino, anda muy pegado a la enfermera, y, al llegar al salón, no se separa. La distancia entre ellos es de sólo 30 cm. La enfermera se siente incómoda por la proximidad del hombre, pero no percibe que esta proximidad pueda suponer una amenaza. Ésta es la primera vez que la enfermera visita la casa. La profesional señala dos sillas y dice: «Si le parece, nos podíamos sentar, Sr. Barrett» (ofrecimiento de colaboración). Cuando el Sr. Barrett se da cuenta de que las sillas están demasiado separadas una de otra, aproxima la suya a la de la enfermera, y ella le dice: «Me siento incómoda cuando alguien invade mi espacio personal, Sr. Barrett. Por favor, aléjese al menos unos 30 cm» (establecimiento de los límites). Con este mensaje, la profesional se culpa así misma del problema («Me siento incómoda cuando...»), y evita así avergonzar al Sr. Barrett, pero al mismo tiempo le hace una petición muy clara: que se aleje al menos 30 cm. Si el Sr. Barrett se acercase de nuevo a la enfermera, ésta podría decirle, por ejemplo: «Se ha acercado usted otra vez. ¿Qué ocurre? ¿Hay algún problema?» (la profesional invita al Sr. Barrett a que evalúe su propia conducta). El uso de una pregunta de respuesta abierta proporciona a la otra persona la posibilidad de evaluar su conducta. El Sr. Barrett responde que quiere hablar en voz baja para que su esposa no oiga lo que tiene que decirle a la enfermera, y, además, explica que procede de una cultura en la que se considera que esa distancia es apropiada para hablar. Todo esto puede ser verdad, pero también puede ocurrir que el Sr. Barrett no tenga buenas intenciones o intente manipular a la enfermera (quiere ganarse su atención, intimidarla o invitarla a mantener relaciones sexuales). La profesional le responde que comprende que quiera hablar en voz baja para que su esposa no oiga de lo que se está hablando y añade: «Sr. Barrett, podemos hablar en voz baja y entendernos perfectamente a una distancia de medio metro o un metro. Si no es así, me veré obligada a marcharme o, si lo prefiere, podremos seguir hablando en la habitación de su esposa» (establecimiento de los límites). Si el Sr. Barrett continúa aproximándose a la enfermera, ésta debe irse o seguir la conversación en la habitación de la esposa del Sr. Barrett.

- **Zona pública** (distancia entre los interlocutores de entre 3,6 m y 7,6 m): ésta es la distancia aceptable entre un orador y su audiencia, y para la comunicación en grupos pequeños (Hall, 1963).

Las personas originarias de algunas culturas (p. ej., estadounidenses de origen latino, países del sur de Europa, hindúes y otras culturas asiáticas y de Oriente Medio) se sienten más cómodos cuando la distancia con el interlocutor es inferior a 1 m y 3 m. El personal de enfermería norteamericano de ascendencia europea o africana puede sentirse



incómodo si los pacientes se aproximan demasiado al hablar. Por el contrario, los pacientes procedentes de algunas culturas puede sentir que el profesional se mantiene demasiado lejos cuando le habla, y puede interpretarlo como signo de indiferencia o de falta de interés (Andrews y Boyle, 2007).

Tanto el profesional de la enfermería como el paciente pueden percibir una amenaza si uno de los dos invade la zona personal o la zona de intimidad del otro. Esto puede provocar tensión, irritabilidad e inquietud; incluso puede hacer que la persona que considera que su espacio ha sido invadido se niegue a que continúe el proceso comunicativo. Si el profesional no tiene más remedio que invadir la zona personal o de intimidad del paciente, debe pedir permiso antes. Por ejemplo, si el profesional tiene que tomar la tensión arterial a un paciente ambulatorio, debe decir: «Sr. Smith, tengo que tomarle la tensión; así es que le voy a colocar este manguito alrededor del brazo y voy a escuchar con el estetoscopio. ¿Le importa?». Siempre se debe pedir permiso con una pregunta que el paciente pueda responder con un «sí» o un «no» con el fin de que tanto la pregunta como la respuesta sean claras y no dejen lugar a dudas.

La comunicación terapéutica es más cómoda cuando la distancia entre el personal de enfermería y el paciente es de entre 0,75 m y 1,5 m. Si un paciente invade el espacio de la zona de intimidad (0-45 cm), el profesional debería poner límites de forma gradual, según la frecuencia con la que el paciente haya invadido dicha zona o el nivel de seguridad del contexto.

## Contacto físico

Conforme aumenta la intimidad entre dos personas, disminuye la necesidad de mantener la distancia. Knapp (1980) ha identificado cinco tipos de contacto físico:

- El *contacto físico funcional-profesional* se utiliza en la exploración física y en otros procedimientos médicos y de enfermería; por ejemplo, cuando el profesional toca al paciente para comprobar el estado de la piel o un masajista da a un cliente un masaje terapéutico.
- El *contacto físico educado-social* que se utiliza para saludar; por ejemplo, el apretón de manos o «los besos al aire» que algunas mujeres utilizan para saludar a sus amigas, o cuando cogemos a alguien del brazo para llevarle en la dirección correcta.
- El *contacto físico cálido-amical* que se utiliza para saludar o relacionarnos con las personas con las que tenemos más confianza, como los abrazos, las palmadas en la espalda, pasar un brazo alrededor del cuello de un amigo, etc.
- El *contacto físico íntimo-amoroso* que utilizamos con nuestros familiares, como los abrazos estrechos y los besos.
- El *contacto físico «excitación-sexual» destinado a excitarnos y a excitar sexualmente a la otra persona* propio de los amantes.

El contacto físico del personal de enfermería con el paciente puede ser reconfortante, siempre y cuando el paciente esté de acuerdo y quiera que se le toque. El profesional debe prestar atención a las pistas que indican si el paciente quiere o no que se le toque y si este comportamiento está indicado o contraindicado en una situación concreta con un

paciente determinado. Por ejemplo, cogerle la mano a una madre que llora desconsoladamente por su hijo que yace enfermo en la cama es socialmente adecuado y además es terapéutico. Sin embargo, si la madre retira la mano, hay que entender inmediatamente que no quiere que se la toque o, al menos, que se siente incómoda. En caso de duda, se le puede preguntar al paciente (p. ej., «¿se sentiría mejor si le cojo la mano?»).

Aunque el contacto físico puede reconfortar al paciente y ejercer un efecto terapéutico muy beneficioso, no hay que olvidar que es también una invasión del espacio personal o de intimidad. Algunos pacientes mentales tienen dificultades para comprender el concepto de límites personales o para darse cuenta de cuándo el contacto físico es apropiado. Por esta razón, en la mayoría de los hospitales psiquiátricos, unidades de psiquiatría de los hospitales generales, hospitales de día, ambulatorios y centros de salud mental hay normas sobre el contacto físico entre pacientes y con el personal sanitario. A no ser que haya que acercarse al paciente para realizar alguna intervención o procedimiento, el personal de enfermería y los demás profesionales sanitarios deben actuar como modelo a imitar y abstenerse de invadir el espacio personal y de intimidad de los pacientes. Cuando el profesional tiene que tocar al paciente para llevar a cabo una intervención de enfermería, le avisará de lo que va a hacer. Los pacientes paranoicos pueden percibir el contacto físico como una amenaza e intentar protegerse golpeando al profesional.

### **Escucha y observación activas**

Para recibir correctamente los mensajes del emisor, el personal de enfermería debe practicar la escucha y la observación activas. La **escucha activa** consiste en abstenerse de cualquier otro proceso o actividad mental y concentrarse exclusivamente en lo que el paciente está diciendo. La **observación activa** consiste en observar la conducta no verbal del paciente mientras habla.

Para [Peplau \(1952\)](#), la observación es el primer paso para establecer la interacción terapéutica. El personal de enfermería observa el comportamiento del paciente y lo orienta mediante una descripción detallada del mismo. Además, el profesional documentará sus observaciones por escrito. Para ayudar al paciente a aprender a analizar su propia conducta y las habilidades necesarias para las relaciones interpersonales, el profesional analiza la información obtenida, determina las necesidades del paciente que pueden estar relacionadas con la conducta observada y relaciona unos datos con otros; es decir, establece nexos entre los diferentes momentos de la conversación.

Un error que suelen cometer los estudiantes que están aprendiendo el arte de la comunicación terapéutica es hacer preguntas al paciente inmediatamente después de que haya dejado de hablar. Así, el estudiante no puede concentrarse en lo que el paciente está diciendo porque está siempre pensando en la pregunta que va a hacer cuando el paciente acabe de hablar; por tanto, no puede llevar a cabo la escucha y la observación activas. El resultado puede ser que el estudiante no entienda las preocupaciones y problemas del paciente y la conversación se convierta en algo vago, superficial y frustrante para ambos. Cuando la conversación se vuelve superficial, es posible que el profesional se queje de

que el paciente no quiere colaborar, de que repite una y otra vez las mismas cosas o de que no tiene interés en mejorar. Sin embargo, la superficialidad de la conversación puede deberse a que el profesional no es capaz de encontrar las señales más significativas en la respuesta del paciente, por lo que se ve obligado a formular una y otra vez la misma pregunta. El profesional no consigue captar los detalles del discurso del paciente, y trabaja a partir de una serie de ideas preconcebidas en vez de partir de la verdadera situación en la que se encuentra el paciente.

Si el profesional de enfermería escucha al paciente de forma activa, es casi imposible que se centre en sus ideas preconcebidas. Las experiencias que ha tenido el receptor en la vida, así como sus conocimientos, ideas, creencias y prejuicios introducen un sesgo en la interpretación del mensaje del emisor. En la comunicación terapéutica, el profesional tiene que hacer un esfuerzo para minimizar estos factores. Así podrá captar el mensaje desde la perspectiva del paciente, no desde la suya propia. Para ello, debe hacer las preguntas adecuadas, someter sus prejuicios e ideas preconcebidas a crítica cuando sea necesario, y tener empatía y mostrarla al paciente. La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar de nuestro interlocutor durante la conversación, intentando comprenderle desde nuestra perspectiva. La mejor forma de desarrollar la empatía hacia el paciente es reunir el mayor número posible de información sobre sus experiencias tal y como él las cuenta, evitando interferir con nuestras propias interpretaciones y dirigir al paciente para que diga lo que esperamos oír. El profesional debe hacer todas las preguntas que considere necesario para comprender cómo el paciente percibe los hechos, las situaciones y las experiencias.

La escucha y la observación activas ayudan al profesional de la enfermería a:

- Reconocer lo que es más importante para el paciente en ese momento.
- Saber qué preguntas debe formularle.
- Utilizar técnicas de comunicación dirigidas a que el paciente comunique cómo percibe las experiencias, situaciones y problemas.
- Comprender la forma en la que el paciente percibe las cosas, en vez de extraer conclusiones apresuradas basadas en las ideas preconcebidas del profesional.
- Interpretar y responder al mensaje del paciente de forma objetiva.

## **HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN VERBAL**

### **Mensajes concretos**

Cuando se dirige al paciente, el personal de enfermería debe utilizar palabras lo más claras posible para que el paciente pueda entender el mensaje sin ambigüedades. Los pacientes con ansiedad pierden parte de su capacidad cognitiva (a mayor ansiedad, menor capacidad para procesar los conceptos), por lo que los mensajes concretos son muy importantes para un intercambio de información claro y preciso. En los **mensajes concretos**, las palabras son explícitas y no es necesario que el receptor tenga que interpretarlas. En este tipo de mensajes, el emisor utiliza sustantivos en vez de pronombres (p. ej., «¿qué síntomas han hecho que venga usted al hospital?» o «¿cuándo tomó por última vez el antidepresivo?»). Las preguntas concretas son claras, directas y

fáciles de comprender; por tanto, la respuesta será también clara y precisa, por lo que no será necesario reformular la pregunta, ya que esto interrumpiría el flujo de la interacción terapéutica.

Por el contrario, los **mensajes abstractos** son un conjunto de palabras poco claras que, en muchos casos, contienen elementos difíciles de interpretar por el receptor. Este tipo de mensajes requieren que el receptor interprete lo que dice el emisor. Por ejemplo, un profesional de la enfermería quiere saber por qué han ingresado a un paciente en la unidad de psiquiatría, y le pregunta: «¿Cómo ha llegado hasta aquí?». Es un mensaje abstracto porque los términos «cómo» y «aquí» son vagos. Un paciente con ansiedad podría no saber dónde se encuentra, y podría preguntar: «¿Dónde estoy?» o podría interpretar que el profesional quiere saber cómo le han traído al hospital y responder: «Me han traído en ambulancia». Los pacientes con ansiedad, los de algunas culturas minoritarias, los que padecen déficits cognitivos y otros que sufren ciertos trastornos mentales, a menudo sólo entienden lo que se les pregunta o se les dice de forma muy concreta, por lo que tienen dificultad para contestar a las preguntas abstractas. En consecuencia, el profesional debe asegurarse de que las frases y las preguntas dirigidas a los pacientes son siempre claras y concretas.

Tabla 6-1. Técnicas para la comunicación terapéutica

Técnicas	Ejemplos	Explicación
<b>Aceptación</b> para indicar que se está comprendiendo	«Sí» «Entiendo lo que me dice» Asentir con la cabeza	Una respuesta de aceptación indica que el profesional está escuchando al paciente y entiende lo que le dice porque es capaz de seguir el curso de sus pensamientos. No indica que el profesional esté de acuerdo con lo que el paciente dice, pero éste no transmite ningún juicio de valor. La expresión facial, el tono de voz y otros componentes de la comunicación no verbal también deben mostrar aceptación, de lo contrario las palabras perderán su significado
<b>Animar al paciente a describir sus percepciones.</b> Se le pide que verbalice lo que percibe	«Dígame, cuando siente ansiedad, ¿qué nota?» «¿Qué le dicen las voces cuando le hablan?»	Para comprender al paciente, el profesional tiene que ver las cosas desde la perspectiva del paciente. Animarle a describir con detalle sus percepciones y experiencias puede servir para aliviar la tensión que sufre, y, además, para evitar que ponga en práctica ideas que podrían ser dañinas para él o para otros, ya que la descripción permite que vea con más perspectiva los problemas y preocupaciones
<b>Animar al paciente a expresarse.</b> Se pide al paciente que valore sus experiencias	«¿Cómo se siente con respecto a (...)?» «¿Contribuye esto a que se sienta mal?»	El profesional invita al paciente a valorar a las personas, las situaciones y las experiencias a partir de sus propias ideas y valores. Esto sirve para que el paciente se acostumbre a expresar sus propias ideas y valoraciones en vez de aceptar pasivamente las ideas y valoraciones de los demás
<b>Animar al paciente a hacer comparaciones.</b> Se le pide que haga comparaciones para ver las similitudes y diferencias entre dos o más cosas	«¿Se parecía en algo a (...)?» «¿Ha tenido alguna experiencia parecida?»	Al comparar ideas, experiencias o relaciones aparecen muchos temas recurrentes en la conversación. Para el paciente es beneficioso hacer comparaciones porque le sirve para recordar estrategias de afrontamiento que utilizó en el pasado y que demostraron ser eficaces en su momento o para recordar que ha salido adelante cuando se encontraba en una situación igual o parecida a la de ahora
<b>Apertura amplia.</b> Permite al paciente tomar la iniciativa a la hora de introducir un tema en la conversación	«¿Hay algo que le gustaría decirme?» «¿Por dónde quiere que empecemos?»	La apertura amplia sirve para dejar claro al paciente que es él quien dirige la interacción. En el caso de los pacientes tímidos o dubitativos, sirve para motivarles para que tomen la iniciativa
<b>Buscar aclaraciones.</b> El profesional solicita aclaraciones al paciente sobre cuestiones importantes, que no ha entendido bien o el paciente ha expresado de forma poco clara	«No estoy seguro de si le he entendido bien.» «¿Le he oído bien?»	El profesional debe solicitar aclaraciones durante toda la interacción con el paciente. Esto evita que llegue a conclusiones erróneas sobre lo que el paciente ha dicho o que piense que algo ha ocurrido cuando en realidad no ha ocurrido. Además, ayuda al paciente a articular mejor y de forma más clara sus ideas, pensamientos y sentimientos
<b>Centrar la atención.</b> Se invita al paciente a concentrarse en un solo asunto	«Parece que esto es importante, así es que merece la pena detenerse un poco más en el asunto» «De todos los problemas que ha mencionado, ¿cuál es el que más le preocupa?»	El profesional anima al paciente a concentrar la atención y la energía en único punto. Esto puede servir para evitar que en la conversación aparezca una cantidad excesiva de problemas y preocupaciones que podrían abrumar al paciente. Esta técnica también es útil cuando el paciente pasa de un tema a otro rápidamente
<b>Colocar los acontecimientos en una secuencia o en un momento temporal determinado.</b> Sirve para clarificar la relación temporal de los acontecimientos	«¿Qué cree que dio lugar a que esto ocurriera?» «¿Eso ocurrió antes o después?» «¿Cuándo pasó eso?»	Ordenar los acontecimientos en la secuencia adecuada ayuda tanto al paciente como al profesional a ver estos acontecimientos en perspectiva. Sirve también para mejorar la conciencia del paciente sobre la relación causa y efecto entre su conducta y las consecuencias de la misma. Además, el paciente puede darse cuenta de que algunas cosas que él creía que estaban relacionadas no guardan ninguna relación entre sí. El profesional puede comprender mejor algunos patrones de conducta o de relaciones interpersonales del paciente
<b>Dar información.</b> El profesional da al paciente datos que debe conocer	«Mi nombre es (...)» «El horario en el que puede encontrarme en el hospital es (...)» «Estoy aquí para (...)»	Sirve para que el paciente tenga un mejor conocimiento de la situación y pueda hacerse una idea más clara de lo que va a ocurrir. El profesional asume la función de recurso para el paciente. Además, dar información refuerza la confianza del paciente
<b>Explorar.</b> Se invita al paciente a profundizar en un tema o en una idea	«Cuénteme más cosas sobre eso.» «¿Podría describirlo de forma más detallada, por favor?» «¿Qué clase de trabajo?»	Cuando el paciente trata un tema de forma superficial, la exploración puede ayudarle a examinar el asunto con más detalle. Los problemas y preocupaciones pueden comprenderse mejor cuando se exploran en profundidad. Si el paciente se muestra reacio a explorar un determinado tema, el profesional debe respetar el deseo del paciente



<p><b>Formulación de un plan de actuación.</b> Se invita al paciente a considerar qué tipos de conductas <b>pueden ser más adecuadas en el futuro</b></p>	<p>«¿Qué cree que podría hacer para expresar su enfado sin que resulte peligroso para usted y para los demás?»  «¿Qué cree que podría hacer la próxima vez que suceda una cosa así?»  «Le noto tenso»  «¿Se siente incómodo cuando (...)?» «Observo que se está mordiendo los labios»  «Veo que no hay nadie más en esta habitación»  «Ese ruido que se ha oído es el tubo de escape de un coche»  «Su madre no está aquí; yo soy la enfermera»</p>	<p>Esta técnica puede ser útil para que el paciente se acostumbre a prever y a planificar por adelantado lo que va a hacer en el futuro cuando se presente una situación igual o parecida a la de ahora. Formular planes de actuación aumenta la probabilidad de que el paciente afronte de forma más eficaz y satisfactoria una situación igual o parecida a la del presente</p>
<p><b>Hacer observaciones.</b> El profesional verbaliza lo que percibe</p>	<p>«Le noto tenso»  «¿Se siente incómodo cuando (...)?» «Observo que se está mordiendo los labios»</p>	<p>A veces, el paciente no puede verbalizar lo que piensa o siente o no es capaz de hacerse entender. Otras, simplemente, no está preparado para hablar de ciertas cosas</p>
<p><b>Informar sobre la realidad.</b> El profesional ayuda al paciente a distinguir entre lo que es real y lo que no</p>	<p>«Veo que no hay nadie más en esta habitación»  «Ese ruido que se ha oído es el tubo de escape de un coche»  «Su madre no está aquí; yo soy la enfermera»</p>	<p>Cuando es evidente que el paciente está interpretando la realidad de forma equivocada, el profesional puede indicarle lo que es real y lo que no. Debe hacerlo siempre con calma, utilizando palabras que indiquen la forma en la que él percibe la realidad, y nunca debe discutir con él ni menospreciar o ridiculizar la forma en la que éste percibe o interpreta la realidad. Se trata de presentar al paciente una alternativa a la forma en la que él ve las cosas, no de «convencerle» de que está equivocado</p>
<p><b>Invitación general a seguir hablando.</b> Se invita al paciente a no detenerse y a continuar con lo que estaba diciendo</p>	<p>«Continúe, por favor»  «¿Y qué pasó luego?»</p>	<p>La invitación general a seguir hablando indica que el profesional está escuchando al paciente y siguiendo con atención lo que está diciendo, sin quitarle la iniciativa en la interacción. Además se anima al paciente a seguir adelante cuando duda o afronta un tema incómodo</p>
<p><b>Mostrar reconocimiento.</b> El profesional muestra su reconocimiento al paciente</p>	<p>«Buenos días, Sr. S (...)»  «¿Ha terminado ya la lista de las cosas que va a hacer?»  «Veo que se ha peinado hoy de una forma distinta»</p>	<p>Saludar al paciente por su nombre, decirle que nos hemos dado cuenta de algún cambio que ha hecho en su apariencia personal o decirle que nos damos cuenta del esfuerzo que está haciendo para superar los problemas ayudan al paciente a sentirse reconocido como persona por el profesional. Este reconocimiento no conlleva ningún juicio de valor («bueno/malo») sobre el paciente o sobre lo que hace</p>
<p><b>Ofrecer colaboración.</b> El profesional se ofrece a compartir, a colaborar y a trabajar junto al paciente en beneficio de éste</p>	<p>«Quizás entre los dos podamos descubrir qué es lo que le provoca ansiedad»  «Si quiere podemos ir a su habitación y le ayudaré a buscarlo»</p>	<p>El profesional ofrece al paciente una relación en la que éste puede darse cuenta de los problemas que surgen cuando se convive con otras personas. Le ayudará también a madurar emocionalmente y a establecer y mantener relaciones interpersonales de forma más eficaz y satisfactoria. Obsérvese que el profesional se ofrece a hacer cosas «con» el paciente, y no «para» el paciente</p>
<p><b>Ofrecerse a hacer algo.</b> El profesional muestra al paciente su disponibilidad</p>	<p>«Me sentaré un rato con usted»  Me quedaré con usted unos minutos»  «Me interesa saber qué está pensando»</p>	<p>El profesional puede ofrecer al paciente su presencia, su interés o su deseo de comprender. Es importante que este ofrecimiento sea incondicional; es decir, que el paciente no tenga que responder verbalmente para conseguir que el profesional le preste atención</p>
<p><b>Reflexionar.</b> El profesional orienta al paciente para que vuelva a considerar sus pensamientos, acciones y sentimientos</p>	<p>Paciente: «¿Cree que debería decirselo al médico?»  Profesional: «¿Qué cree usted?»  Paciente: «Mi hermano se gasta todo el dinero y luego viene a pedirme a mí»  Profesional: «¿Y esto le preocupa o le hace enfadar?»</p>	<p>La invitación a reflexionar ayuda al paciente a reconocer y aceptar sus propios pensamientos y sentimientos. El profesional deja claro que considera que las opiniones y puntos de vista del paciente son valiosos y que tiene derecho a sus propias opiniones, a tomar decisiones y a pensar de forma independiente</p>
<p><b>Repetición.</b> El profesional repite las principales ideas o sentimientos del paciente</p>	<p>Paciente: «No puedo dormir. Me he pasado toda la noche despierto»  Profesional: «Tiene problemas para dormir»  Paciente: «Es verdad que estoy loco; me siento fatal»  Profesional: «Está loco y se siente fatal»</p>	<p>El profesional repite lo que el paciente ha dicho con las mismas palabras o similares. Esto permite saber al paciente que ha comunicado la idea, pensamiento, sentimiento, etc. con precisión y exactitud, por lo que comprueba que puede comunicarse de forma eficaz y esto le anima a continuar. Si el paciente comprueba que no se le ha entendido bien o que se le ha entendido de forma equivocada, tiene la oportunidad de aclarar lo que quiso decir</p>



<p><b>Resumir.</b> Organizar y resumir lo que se ha dicho hasta ese momento</p>	<p>«Veamos si lo entendido bien»          «Usted ha dicho que (...)»          «Durante la última hora, hemos estado hablando de (...)»</p>	<p>Los resúmenes contribuyen a destacar los puntos más importantes tratados durante la conversación y a aumentar la conciencia y la comprensión tanto del paciente como del profesional. Se omiten los aspectos irrelevantes de la conversación, y sirve para organizar mejor la interacción. Permite tanto al paciente como al profesional marcharse de la reunión con las ideas claras y terminar la conversación de forma precisa y coherente</p>
<p><b>Silencio.</b> Ausencia de comunicación verbal. Proporciona al paciente tiempo para poner en palabras sus pensamientos y sentimientos, así como para recobrar la calma y continuar hablando de forma más tranquila. El profesional habla, pero mantiene el contacto visual y muestra interés por el paciente. A menudo el silencio anima al paciente a verbalizar sus pensamientos y sentimientos, siempre y cuando esté interesado en lo que se está hablando</p>		<p>El silencio permite al paciente organizar sus pensamientos y centrar la conversación en los temas más importantes en ese momento. Gran parte de la comunicación no verbal se hace más evidente cuando hay silencio, por lo que el profesional debe ser consciente de su conducta no verbal en especial en los momentos de silencio</p>
<p><b>Traducir a sentimientos.</b> Ayuda al paciente a verbalizar sentimientos que hasta ese momento ha expresado sólo de forma indirecta</p>	<p>Paciente: «Estoy muerto»          Profesional: «¿Quiere decir que se siente como si estuviese muerto?»          Paciente: «Estoy en medio de un océano»          Profesional: «Parece que se siente muy solo y abandonado»</p>	<p>A veces, lo que el paciente dice, cuando se interpreta literalmente, parece algo sin sentido, y da la impresión de que ha perdido el sentido de la realidad. Para comprender lo que el paciente dice, el profesional debe concentrarse en los sentimientos que el enfermo podría estar expresando de una forma que a veces puede resultar muy extraña</p>
<p><b>Validación consensuada.</b> Se busca saber si el profesional y el paciente entienden lo mismo y si hay acuerdo sobre el significado de las palabras</p>	<p>«Dígame si entiendo este punto igual que usted»          «¿Con estas palabras se refiere a que (...)?»</p>	<p>Para que la comunicación verbal tenga sentido, es esencial que las palabras que están utilizándose tengan el mismo significado para ambos interlocutores. Hay palabras, sintagmas o términos coloquiales que no significan lo mismo para todas las personas que participan en la conversación, por lo que puede producirse un malentendido</p>
<p><b>Verbalizar lo implícito.</b> Verbalizar claramente lo que el paciente ha sugerido o ha «dejado caer»</p>	<p>Paciente: «No puedo hablar con usted ni con nadie. Es una pérdida de tiempo»          Profesional: «¿Tiene la impresión de que nadie le entiende?»</p>	<p>Poner en palabras lo que parece que el paciente ha querido decir, ha insinuado o ha dicho indirectamente suele servir para que la conversación no sea tan oscura. El profesional debe ser lo más claro y directo posible y huir de cualquier oscuridad o ambigüedad. El paciente puede tener dificultades para hablar directamente. En esta técnica de comunicación, el profesional debe tener mucho cuidado de verbalizar sólo lo que parece bastante obvio; si no es así, puede precipitarse en la interpretación de lo que está diciendo el paciente o expresar conclusiones erróneas o prematuras</p>
<p><b>Verbalizar la duda.</b> Expresar que no se está seguro de que las percepciones del paciente sean correctas</p>	<p>«¿No es eso un poco raro?»          «¿De verdad?»          «Cuesta creerlo»</p>	<p>Verbalizar la duda es otra forma de responder a las distorsiones de la realidad. Estas verbalizaciones permiten al paciente darse cuenta de que los demás no perciben las cosas de la misma forma que él ni sacan las mismas conclusiones de un hecho determinado. Esto no significa que el paciente vaya a cambiar su punto de vista, pero al menos sirve para que el profesional invite al paciente a reevaluar su percepción de las cosas. El profesional no debe mostrar ni acuerdo ni desacuerdo; sin embargo, no debe permitir que las distorsiones e interpretaciones erróneas queden sin un comentario de su parte</p>

Adaptado de Hays JS y Larson K (1963). *Interactions with patients*. New York: Macmillan Press.

Tabla 6-2. Técnicas de comunicación no terapéuticas

Técnicas	Ejemplos	Explicación
<b>Agobiar al paciente.</b> El profesional no para de hacer preguntas o de dar órdenes al paciente	«Ahora, hábleme de este problema. Ya sabe que tengo que saber qué es lo que pasó». «Cuénteme cuáles son sus antecedentes psiquiátricos»	Esto suele hacer que el paciente se sienta utilizado o invadido. El paciente tiene derecho a no hablar sobre determinados asuntos si así lo desea. Presionándole y agobiándole no se consigue que hable
<b>Aprobación.</b> El profesional juzga positivamente las ideas o el comportamiento del paciente	«Eso está muy bien». «Me alegro de que diga usted eso» Decir que lo que el paciente piensa o hace es «bueno» implica que lo contrario sería «malo»	En consecuencia, la aprobación tiende a restringir la libertad del paciente de pensar, hablar o actuar de una determinada forma. Esto, a su vez, puede hacer que el paciente actúe de un modo determinado sólo para agradar al profesional
<b>Dar consejos.</b> Decirle al paciente lo que debe y lo que no debe hacer	«Creo que debería (...)» «¿Por qué no (...)?»	Dar consejos implica que sólo el profesional sabe lo que es mejor para el paciente
<b>Defensa.</b> El profesional intenta defender a alguien o a algo que ha sido objeto de crítica por parte del paciente	«¿Cómo puede decir una cosa así? Este hospital tiene muy buena reputación». «Estoy segura de que el médico lo ha hecho para que usted se sintiese mejor»	Defender lo que el paciente ha criticado implica que no tiene derecho a expresar sus impresiones, opiniones y sentimientos. Decirle al paciente que su crítica es injusta o infundada no sirve para hacerle cambiar de opinión y lo único que se consigue es bloquear la comunicación
<b>Desaprobación.</b> El profesional juzga negativamente las ideas o el comportamiento del paciente	«Eso está muy mal». «Preferiría que no hiciese eso»	Esto implica que el profesional tiene derecho a hacer juicios de valor sobre lo que el paciente piensa o hace. Además, implica que el profesional espera del paciente que le complazca
<b>Evaluar los conocimientos del paciente.</b> El profesional evalúa al paciente preguntándole cosas que no vienen a cuento en la conversación	«¿Sabe usted qué clase de hospital es éste en el que nos encontramos?» «¿Todavía piensa que (...)?»	Este tipo de preguntas obligan al paciente a reconocer que tiene problemas. Pueden servir para que el profesional recoja información, pero estas preguntas no ayudan en nada al paciente
<b>Hacer comentarios estereotipados.</b> El profesional utiliza clichés o perogrulladas	«Hombre, es su propio bien» «No se desanime, todo va a ir muy bien». «Lo que tiene que hacer es tener una actitud positiva y ya verá cómo en menos que canta un gallo se siente mucho mejor»	Las interacciones sociales están llenas de lugares comunes y de chachara, pero estos comentarios no sirven para nada en la relación entre el personal de enfermería y el paciente. Se trata de respuestas automáticas que indican que profesional no ha reflexionado sobre lo que el paciente le ha dicho
<b>Indicar la existencia de una fuente externa.</b> El profesional atribuye los pensamientos, sentimientos y conductas del paciente a una fuente externa	«¿Qué le hace decir eso?» «¿Qué le llevó a hacer tal cosa?» «¿Quién le ha dicho que es usted un profeta?»	El profesional puede preguntar: «¿Qué ocurrió?» o «¿qué pasó para que usted sacara esa conclusión?» pero preguntar «¿qué le hizo pensar eso?» implica suponer que el paciente se vio compelido a pensar de una forma determinada. Generalmente el profesional no intenta sugerir que existe una fuente externa, pero esto es lo que el paciente suele pensar
<b>Interpretar.</b> Pedir al paciente que haga consciente lo que es inconsciente; decirle al paciente el significado de sus pensamientos o sentimientos	«En realidad lo que usted quiere decir es que (...)». «Inconscientemente lo que usted está diciendo es que (...)»	Los pensamientos y sentimientos del paciente le pertenecen sólo a él y no están en su cabeza para que el profesional los interprete como si fuesen cosas extrañas o escondidas. Sólo el paciente puede identificar o confirmar la presencia en él de determinados pensamientos o sentimientos
<b>Introducir un tema que no está relacionado con lo que se está hablando.</b> El profesional cambia el tema de la conversación	Paciente: «Lo que quiero es morirme» Profesional: «¿Vino a visitarle alguien ayer?»	El profesional toma la iniciativa de la interacción en detrimento del paciente. Esto ocurre generalmente porque el profesional se siente incómodo con el tema del que se está hablando, no sabe qué responder o tiene en la cabeza un tema sobre el que tiene mucho interés en hablar
<b>Mostrar acuerdo.</b> El profesional le dice al paciente que está de acuerdo con lo que ha dicho	«Eso está muy bien». «Estoy de acuerdo con usted»	El profesional da a entender que el paciente está en lo cierto y que no está equivocado. Esto da al paciente la impresión de que lleva razón porque así lo dice el profesional. Las opiniones y conclusiones deben ser exclusivamente las del paciente. Cuando el profesional se muestra de acuerdo, no se le da al paciente la oportunidad de cambiar de opinión, porque, si lo hiciese, pasaría a estar «equivocado»
<b>Mostrar desacuerdo.</b> El profesional se opone a las ideas del paciente	«Eso no es correcto». «No, no estoy de acuerdo para nada con lo que dice» «No creo que sea así»	El desacuerdo con el paciente implica hacerle ver que está equivocado, por lo que se pondrá a la defensiva y defenderá sus opiniones y puntos de vista con más convicción



<p><b>Negación del problema.</b> El profesional se niega a reconocer que exista un problema</p>	<p><i>Paciente:</i> «No soy nada» <i>Profesional:</i> «Naturalmente que es usted algo, todo el mundo es algo» <i>Paciente:</i> «Estoy muerto» <i>Profesional:</i> «No diga tonterías» «¿Por qué piensa eso?» «¿Por qué se siente así?»</p>	<p>El profesional niega los sentimientos del paciente o la gravedad de la situación rechazando por absurdo lo que el enfermo dice, sin hacer ningún esfuerzo por descubrir los sentimientos y el sentido que hay detrás de las palabras del paciente</p>
<p><b>Pedir explicaciones.</b> El profesional pide al paciente que explique la razón de sus pensamientos, sentimientos y conductas</p>	<p>«Pero, ¿cómo es posible que usted sea el presidente de Estados Unidos?» «Si está muerto, ¿cómo puede ser que le lata el corazón?»</p>	<p>No es lo mismo pedir al paciente que describa lo que siente, lo que piensa, lo que ha ocurrido, etc., que pedirle que explique el porqué. Generalmente, las preguntas que empiezan con un «por qué» intimidan, es muy improbable que el paciente sepa por qué ocurre o ha ocurrido tal o cual cosa. Tampoco es habitual que sepa el porqué de sus sentimientos, pensamientos y conductas. Esta técnica de comunicación puede hacer que el paciente se ponga a la defensiva a la hora de explicar por qué hizo esto o lo otro</p>
<p><b>Pedir pruebas.</b> Pedir pruebas al paciente de que lo que está diciendo es verdad</p>	<p>«Pero, ¿cómo es posible que usted sea el presidente de Estados Unidos?» «Si está muerto, ¿cómo puede ser que le lata el corazón?»</p>	<p>En muchos casos, el profesional de la enfermería piensa que haciendo razonar al paciente va a conseguir que éste cambie de idea porque se dará cuenta de que no tiene «pruebas» que le permitan decir lo que está diciendo. La verdad es que con esta estrategia lo único que se consigue es que el paciente defienda aún con más convicción el delirio o la interpretación errónea de la realidad</p>
<p><b>Quitar importancia a los sentimientos del paciente.</b> El profesional juzga de forma equivocada el malestar que sufre el paciente</p>	<p><i>Paciente:</i> «No hay ninguna razón para seguir viviendo (...) Quiero morirme» <i>Profesional:</i> «Venga, todos tenemos momentos de bajón y no pasa nada por eso», o «Yo me he sentido así muchas veces»</p>	<p>Cuando el profesional intenta equiparar los sentimientos intensos y abrumadores del paciente con lo que «le pasa a todo el mundo» o con lo que le ha pasado alguna vez, está diciendo que el malestar que experimenta el paciente es temporal, leve y autolimitado o que carece de importancia. El paciente está centrado en sus propias preocupaciones y sentimientos y saber que a otras personas les pasa lo mismo no le ayuda en nada</p>
<p><b>Rechazo.</b> El profesional se niega a considerar las ideas o conductas del paciente o las desprecia</p>	<p>«No vamos a hablar de eso» «No, no quiero oír hablar de eso»</p>	<p>Cuando el profesional se niega a hablar de un tema, pierde la oportunidad de analizarlo. Además, el paciente puede sentir que el profesional rechaza no sólo sus ideas y conductas, sino también a él como persona</p>
<p><b>Respuestas literales.</b> El profesional responde a una palabra o frase de sentido figurado que el paciente ha dicho como si la palabra o frase tuviese un sentido literal</p>	<p><i>Paciente:</i> «Están vigilando mis pensamientos con una cámara de televisión» <i>Profesional:</i> «Entonces, lo mejor es que no vea la tele» o «¿En qué canal de televisión le están vigilando?»</p>	<p>Generalmente, lo mejor es que el profesional preste atención a los sentimientos del paciente, en vez de interpretar de forma literal lo que dice</p>
<p><b>Tranquilizar.</b> El profesional indica al paciente que no hay ninguna razón para que sienta ansiedad o malestar</p>	<p>«Yo no me preocuparía por eso» «Todo va a salir bien, ya lo verá» «Todo se va a arreglar, no se preocupe»</p>	<p>Los intentos de disminuir la ansiedad del paciente afirmando que no hay razones suficientes para sentirse así devalúan completamente los sentimientos del paciente. Las frases tranquilizadoras no le sirven de nada al paciente si no se acompañan de hechos</p>

Adaptado de Hays JS y Larson K (1963). *Interactions with patients*. New York: Macmillan Press.

A continuación presentamos algunos ejemplos de mensajes concretos y abstractos:



*Mensaje abstracto (poco claro):* «Retire todas estas cosas de aquí».

*Mensaje concreto (claro):* «John estará en casa hoy a las cinco, puede usted recoger su ropa a esa hora».

*Mensaje abstracto (poco claro):* «Su rendimiento clínico debe mejorar».

*Mensaje concreto (claro):* «Para poder administrarse la medicación mañana, al final de la clase de hoy tiene que haber aprendido a calcular correctamente la dosis».

## Uso de las técnicas para la comunicación terapéutica

El personal de enfermería puede utilizar numerosas técnicas para la comunicación terapéutica para interactuar con el paciente de forma correcta y eficaz. La elección de la técnica dependerá del objetivo de la interacción y de la capacidad del paciente para comunicarse verbalmente. El profesional debe elegir las técnicas que considere más

apropiadas para facilitar la interacción y promover la comunicación entre el profesional y el paciente. En la [tabla 6-1](#) se presentan estas técnicas y se dan ejemplos de cómo se pueden utilizar. Técnicas como explorar, centrar la atención, invitar al paciente a reflexionar y repetir tienen como objetivo que éste exprese sus pensamientos y sentimientos con más profundidad. Otras técnicas ayudan a centrar o a clarificar lo que el paciente está diciendo. El profesional puede proporcionar retroalimentación al paciente mediante técnicas como hacer observaciones e informar sobre la realidad.

### Cómo evitar la comunicación no terapéutica

Existen muchas técnicas no terapéuticas que el personal de enfermería debe evitar ([tabla 6-2](#)). Son técnicas terapéuticas que interrumpen la comunicación y, por tanto, dificultan que continúe la interacción. Respuestas como: «Todo va a salir bien» o «¿quién sabe?, mañana todo puede ir mucho mejor» pueden ser bienintencionadas porque intentan tranquilizar al paciente, pero por lo general entorpecen el proceso de la comunicación. Preguntar «por qué» con el fin de obtener más información puede ser percibido por el paciente como una crítica o un juicio de valor negativo. Muchas de estas respuestas del profesional son habituales en las interacciones sociales de la vida diaria, por lo que el profesional debe practicar para evitarlas en la interacción terapéutica con el paciente.

### Interpretación de señales o pistas clave

Para comprender lo que dice el paciente, el profesional observa y escucha para detectar las pistas clave. Estas **señales (abiertas o encubiertas)** son mensajes verbales y no verbales que nos indican que el tema es importante para el paciente. Encontrar estas pistas es uno de los objetivos de la escucha activa. Pueden estar ocultas en lo que el paciente dice o aparecer abiertamente durante el proceso comunicativo. En algunos casos, pueden ayudar al profesional a saber qué debe preguntar a continuación o qué debe responder al paciente. A partir de estas señales, podemos decidir qué vamos a decir o a preguntar. Esto a su vez puede servir para aliviar la presión y la ansiedad que sienten los estudiantes de enfermería en prácticas cuando tienen que decidir qué van a decir o a preguntar. En el siguiente ejemplo se observa cómo el profesional utiliza las pistas proporcionadas por el paciente para preguntar:



*Paciente:* «Tuve un novio cuando era más joven».

*Profesional:* «¿Tuvo un novio?» (repetición). «Hábleme de usted y su novio» (explorar).  
«¿Cuántos años tenía usted?» (colocar los acontecimientos en una secuencia o en un momento temporal determinado).

Si el paciente tiene dificultades para seguir la conversación y salta de un tema a otro o presenta fuga de ideas, el profesional debe escuchar con mucha atención para detectar el tema básico en torno al cual el paciente construye su discurso. Utilizando este tema, podemos evaluar las conductas no verbales que acompañan a las palabras del paciente y usar las señales que ha encontrado para responder. En el siguiente ejemplo, las palabras subrayadas son las pistas que ayudan al profesional a continuar el proceso comunicativo:

## Tema: tristeza



**Paciente:** «Oh, hola enfermera» (expresión facial triste, ojos llorosos; voz baja con apenas inflexiones).

**Profesional:** «Parece que hoy está triste, Sra. Venecia».

**Paciente:** «Sí, es el aniversario de la muerte de mi marido».

**Profesional:** «¿Cuánto hace que murió su marido?» (el profesional también podría haber utilizado la otra señal).

**Profesional:** «Hábleme de la muerte de su marido, Sra. Venezia».

## Tema: pérdida de control:



**Paciente:** «Esta mañana ha sido un lío total. He estado en el banco para sacar dinero con un talón en el que puse los datos anoche, pero no he podido cobrarlo porque no tengo el carné de identidad porque he perdido el bolso. Ahora tengo que ir donde trabaja mi marido para que me autorice a sacar dinero de la cuenta conjunta que tenemos en otro banco. No sé por dónde empezar».

**Profesional:** «Me da la impresión de que siente que ha perdido el control» (traducir a

sentimientos).

Durante la conversación los pacientes utilizan muchas palabras que pueden servir al profesional para encontrar pistas clave. Las **señales abiertas** son palabras o frases claras y directas, como «ojalá me muriera». Este mensaje deja claro que el paciente está pensando en hacerse daño, incluso en suicidarse. Las **señales encubiertas** son mensajes vagos o indirectos que deben explorarse e interpretarse, por ejemplo, si el paciente dice «Nada ni nadie puede ayudarme», el profesional no estará seguro, pero este mensaje da la impresión de que el paciente podría estar refiriéndose a que se siente tan desesperanzado e indefenso que está pensando en suicidarse. Podemos explorar esta señal encubierta para aclarar las intenciones del paciente y protegerlo. La mayoría de los pacientes con ideación suicida son ambivalentes respecto al hecho de vivir o morir, pero en muchos casos reconocen que tienen un plan para suicidarse cuando se les pregunta directamente. Cuando el profesional sospecha que el paciente podría hacerse daño a sí mismo de forma intencionada o suicidarse, debe utilizar preguntas de ti po sí/no para intentar obtener una respuesta clara y directa.

## Tema: desesperanza e ideación suicida



**Paciente:** «La vida es muy complicada. Quiero que se acabe todo de una vez. No hay tregua. Dormir, dormir, dormir es maravilloso (...) dormir para siempre».

**Profesional:** «Todo lo que dice me indica que se siente muy desesperanzado. Me gustaría saber si está pensando en quitarse la vida» (verbalizar las implicaciones de lo que ha dicho el paciente).

Otras partes del discurso del paciente que necesitan aclaración para saber lo que quiere decir son las metáforas, los refranes y proverbios y las expresiones y frases hechas. Cuando el paciente utiliza estas figuras retóricas, el profesional debe preguntar para aclarar lo que el paciente quiere decir exactamente.

Una metáfora es una palabra o grupo de palabras que describe un objeto o una situación comparándolo con otro objeto o situación.



**Paciente:** «La habitación de mi hijo está como si hubiese estallado una bomba».

**Profesional:** «Usted se refiere a que su hijo no es muy ordenado» (verbalizar las implicaciones de lo que ha dicho el paciente).

**Paciente:** «Mi mente es como un puré de patatas».

**Profesional:** «Me da la impresión de que le cuesta trabajo ordenar sus pensamientos» (traducir a sentimientos).

Los refranes y proverbios son dichos antiguos cuyo significado no todo el mundo conoce.



**Paciente:** «Apártate que tiznas, le dijo la sartén al cazo».

**Profesional:** «¿Quién cree que le está criticando cuando en realidad tiene los mismos o parecidos problemas que usted?» (animar al paciente a describir sus percepciones).

Las frases hechas son expresiones muy conocidas y cuyo significado más o menos entiende todo el mundo. Por ejemplo, si un paciente dice: «Mi hermana piensa con los pies», quiere decir que, en su opinión, la persona a la que se refiere no es muy inteligente, no piensa antes de actuar o no tiene sentido común. El profesional puede aclarar en qué sentido utiliza el paciente las frases hechas diciendo, por ejemplo: «Déme un ejemplo en el que se vea que su hermana no piensa con la cabeza» (centrar la atención).

## HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

La comunicación no verbal es la conducta que presenta una persona cuando emite mensajes verbales. Incluye la expresión facial, la gestualidad y los ademanes, el contacto visual, la distancia con el interlocutor, la gestión del tiempo, los límites de la relación, la postura corporal y los movimientos del cuerpo. La comunicación no verbal es tan importante o más que la comunicación verbal. Se calcula que una tercera parte del significado se transmite a través de la comunicación verbal, y las dos terceras partes restantes, mediante la comunicación no verbal. El emisor puede emitir los mensajes verbales que cree que el receptor quiere oír, mientras que la comunicación no verbal transmite la intención real del emisor. La comunicación no verbal constituye en parte la manifestación inconsciente de las emociones asociadas con el contenido de la comunicación verbal, con la situación, con el entorno y con la relación entre el emisor y el receptor.

Knapp y Hall (2009) han estudiado las distintas formas en las que los mensajes no verbales acompañan a los mensajes verbales:

- **Acentuación:** mediante los movimientos de los ojos y de las manos.
- **Complementación:** mediante miradas y asintiendo con la cabeza.



- *Contradicción*: movimientos de los ojos para indicar que el significado real es el opuesto al que se está diciendo.
- *Regulación*: mediante la respiración profunda para indicar que se está preparado para empezar a hablar y diferentes sonidos vocales para indicar que se desea seguir hablando.
- *Repetición*: mediante conductas no verbales dirigidas a amplificar el mensaje verbal; por ejemplo, encogerse de hombros después de decir «¿quién sabe?».
- *Sustitución*: mediante movimientos del cuerpo culturalmente determinados que sustituyen y, a la vez, representan a las palabras, como subir y bajar el brazo con el puño cerrado para indicar que se ha conseguido lo que se quería.

## Expresión facial

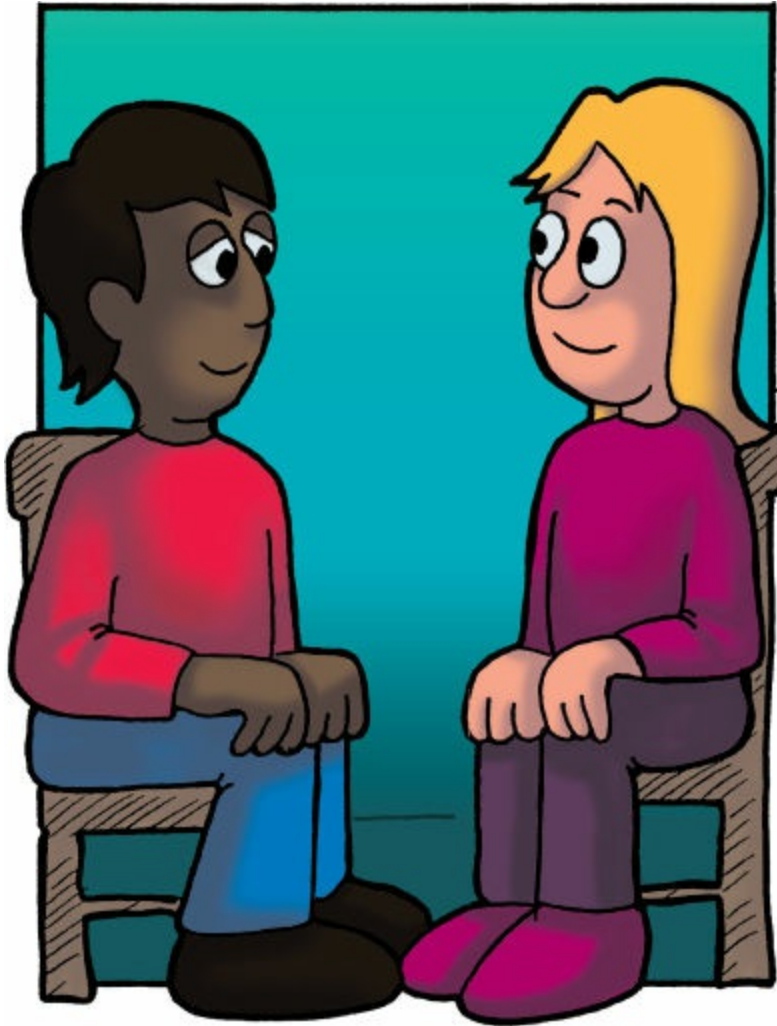
El rostro humano produce los mensajes no verbales más visibles, complejos y, a veces, confusos. Los movimientos faciales se conectan con las palabras e ilustran el diálogo interno que está manteniendo el emisor del mensaje verbal. Las expresiones del rostro se pueden clasificar en tres grupos: expresivas, impasibles y ambivalentes.

- Un rostro *expresivo* nos muestra los diferentes momentos de la dinámica de los pensamientos, sentimientos y necesidades de la persona. Estas expresiones pueden ser evidentes incluso en los casos en los que la persona no quiere revelar sus emociones.
- Un rostro *impasible* parece congelado; la persona tiene cara de póquer, como si fuese una máscara, y da la impresión de que carece de emociones.
- Un rostro *ambivalente* es el que transmite justo lo contrario de lo que la persona parece querer transmitir. Por ejemplo, una persona que está diciendo que está triste o enfadada, pero muestra una amplia sonrisa, presenta una expresión facial confusa.

Las expresiones faciales pueden afectar a la respuesta del receptor. Las expresiones faciales fuertes que transmiten emociones intensas pueden convencer al receptor para que crea en el mensaje verbal. Por ejemplo, un paciente puede presentar intencionadamente una expresión facial ambivalente y de perplejidad con el fin de manipular al profesional para que se quede con él más tiempo del acordado. Las expresiones faciales que denotan sentimientos básicos, como felicidad, tristeza, vergüenza y enfado, suelen ser las mismas en todas las culturas; no obstante, el profesional siempre debe identificar la expresión facial del paciente y pedirle que confirme la interpretación que ha hecho de la expresión facial. Por ejemplo: «Está usted sonriendo, pero me da la impresión de que está muy enfadado» (Sheldon, 2008).



Posición de cuerpo cerrado



#### Posición del cuerpo que expresa aceptación.

Fruncir el ceño, sonreír y mostrar desconcierto o perplejidad, alivio, miedo, sorpresa o enfado son señales comunicativas muy frecuentes. Mirar para otro lado, no mirar a los ojos del interlocutor y bostezar indican desinterés, falsedad o aburrimiento. Para asegurarse de la precisión de la información, el profesional debe identificar la comunicación no verbal y comprobar su congruencia con el contenido de los mensajes verbales (Sheldon, 2008). Por ejemplo: «Sr. Jones, dice usted que hoy se encuentra muy bien, pero cuando habla frunce el ceño. Me da la impresión de que algo no va bien» (verbalizar las implicaciones de lo que ha dicho el paciente).

#### Lenguaje corporal

El **lenguaje corporal** (gestos, postura, y movimientos y posición del cuerpo) es también una forma de comunicación no verbal. **Posiciones de cuerpo cerrado** (cruzar las piernas o los brazos) indica que el receptor percibe la interacción como una amenaza, que está a la defensiva o que no acepta la relación. Una posición mejor y que transmite aceptación consiste en sentarnos mirando al paciente con los dos pies apoyados en el suelo, las rodillas paralelas, las manos a ambos lados del cuerpo y las piernas no cruzadas

o cruzadas sólo en los tobillos. Esta postura abierta indica consideración positiva incondicional hacia el interlocutor, confianza, empatía y aceptación. El profesional puede transmitir al paciente interés y aceptación si se coloca enfrente, se inclina ligeramente hacia él y mantiene el contacto visual de forma que no resulte embarazoso o intimidatorio.

Los movimientos de las manos sirven para añadir significado al mensaje verbal. Levantar ligeramente la mano del brazo de la silla puede servir para puntuar o reforzar el significado de las palabras. Extender ligeramente ambas manos con las palmas hacia arriba mientras nos encogemos de hombros suele querer decir «no sé». Algunas personas mueven mucho las manos para indicar o representar lo que están diciendo, mientras que otras apenas mueven las manos al hablar.

También es importante la posición del profesional respecto al paciente. Sentarse al lado del paciente puede tranquilizarlo, mientras que sentarse detrás de una mesa (es decir, crear una barrera física) puede aumentar la formalidad de la situación y, como consecuencia, hacer que el paciente se sienta menos dispuesto a sincerarse y a comunicarse libremente. No obstante, con algunos pacientes es conveniente que el profesional cree un ambiente más formal; por ejemplo, cuando el paciente tiene dificultades para mantener y respetar los límites de la relación.

### Características de la voz

Las características de la voz son señales no verbales que se transmiten junto a los mensajes verbales. El volumen, la entonación, el tono, el volumen, la intensidad, el énfasis, la velocidad y las pausas sirven para reforzar el mensaje verbal. Un volumen alto puede indicar enfado, miedo o felicidad, pero también puede deberse a que el paciente tiene problemas auditivos. La entonación nos indica si el emisor del mensaje está relajado, agitado o aburrido. El tono puede variar desde estridente (muy agudo) hasta muy grave, y puede resultar amenazante. La intensidad aporta a las palabras poder, gravedad y fuerza, y sirve para indicar la importancia del mensaje verbal. El énfasis se refiere a la forma en la que se acentúan las palabras y las frases, y se usa para enfatizar; es decir, para subrayar la importancia de algunas partes del discurso, y añadir información complementaria al mensaje verbal. La velocidad es el número de palabras que el emisor dice en 1 min. Las pausas también contribuyen al mensaje, ya que pueden añadir énfasis y matices emocionales.

Un mensaje verbal que se emite en tono agudo y de forma rápida suele ser indicativo de ansiedad. El uso de palabras y frases no relacionadas con el tema del que se está hablando al tiempo que se utilizan descripciones largas y tediosas se denomina **circunstancialidad**, y puede ser indicativo de que el paciente está confuso sobre lo que es realmente importante o de que es una persona que tiene dificultades para contar algo de forma precisa. Las respuestas lentas y dubitativas pueden indicar que el paciente está deprimido o confuso, que está buscando la palabra que quiere utilizar, que tiene dificultades para encontrar las palabras adecuadas para describir un hecho o que está recordando. Es importante que el profesional compruebe que su interpretación de estos

indicadores no verbales es correcta y no asuma sin más que sabe lo que el paciente está pensando o sintiendo (p. ej., «Sr. Smith, por la voz parece que siente ansiedad. ¿Es así?»).

### **Contacto visual**

Se dice que los ojos son el espejo del alma porque muchas veces reflejan nuestras emociones. Los ojos transmiten mensajes sobre nuestro estado de ánimo y sobre el interés que sentimos por lo que estamos haciendo. Además, pueden mostrar perplejidad o desconcierto, interés, odio, felicidad, tristeza, precaución o súplica. El **contacto visual**, es decir, la acción de mirar a los ojos a nuestro interlocutor durante el proceso de comunicación, se utiliza para evaluar a la otra persona y al entorno, y para saber quién tiene el turno de palabra, ya que aumenta cuando estamos escuchando y disminuye mientras hablamos (DeVito, 2008). Si bien es aconsejable que el profesional mantenga el contacto visual, debe abstenerse de mirar fijamente al paciente.

### **Silencio**

El silencio y las pausas largas en la conversación pueden indicar muchas cosas. El paciente puede estar deprimido y estar reuniendo la energía necesaria para hablar. A veces, las pausas indican que el paciente está pensando en la pregunta que se le ha hecho y que quiere contestar después de meditar la respuesta. En otros casos, da la impresión de que el paciente está «perdido en sus propios pensamientos» y no presta atención al profesional. Es importante dejar al paciente tiempo suficiente para responder, incluso cuando da la impresión de que es demasiado tiempo. Puede resultar muy confuso para el paciente si el profesional, sin dejar un espacio de tiempo suficiente, formula otra pregunta o vuelve a preguntar lo mismo con otras palabras. Además, en algunas culturas la comunicación verbal es lenta y se hacen muchas pausas, y el paciente puede pensar que el profesional está impaciente o que es poco respetuoso si no espera a que responda.

## **SIGNIFICADO Y SENTIDO DE LA COMUNICACIÓN**

Hay muy pocos mensajes en la interacción social y en la comunicación terapéutica que tengan un solo nivel de significado. Lo normal es que el mensaje contenga más significados que el de las palabras en sí mismas (DeVito, 2008). El profesional debe tratar de descubrir todos los significados de los mensajes del paciente. Por ejemplo, un paciente deprimido puede decir «estoy tan cansado que no puedo seguir». Si el profesional presta atención sólo al significado literal de este mensaje, podría interpretar erróneamente que el paciente sufre el cansancio que generalmente acompaña a la depresión. Sin embargo, una frase como ésta enunciada por un paciente deprimido a menudo significa que quiere morir. Por tanto, el profesional debe evaluar más detenidamente lo que el paciente dice para determinar si existe o no ideación suicida.

A veces, al paciente le resulta más fácil representar las emociones que organizar sus pensamientos y sentimientos en palabras y describir así lo que siente y lo que necesita. Por ejemplo, las personas que en apariencia son dominantes y fuertes y suelen manipular

y criticar a los demás en realidad suelen ser personas inseguras y con poca autoestima. No verbalizan sus verdaderos sentimientos, sino que los representan a través de su conducta hacia los demás. La inseguridad y la baja autoestima muchas veces se traducen en celos y en desconfianza hacia los otros, así como en intentos de aparecer como más importante o más fuerte que los demás, lo que explica la tendencia a dominar y criticar.

## COMPRENDER EL CONTEXTO

Comprender el contexto en el que tiene lugar la comunicación es extremadamente importante para identificar el significado del mensaje. En la diferencia de significado de «¡te voy a matar!» cuando se dice en dos contextos distintos: el enfado durante una discusión muy acalorada y cuando alguien se entera de que un amigo le está preparando una fiesta de cumpleaños sorpresa. La comprensión del contexto de una situación aporta mucha información al personal de enfermería y reduce el riesgo de extraer conclusiones erróneas.

Para clarificar el contexto, el profesional debe obtener información de la comunicación tanto verbal como no verbal. Por ejemplo, si el paciente dice «estaba a punto de caerme muerto», puede querer decir que estaba mareado y tuvo que sentarse o que estaba muy cansado y se fue a la cama. Para clarificar esto y entender cuál es el contexto del mensaje, el profesional puede preguntar al paciente



«¿Qué quiere decir con que estuvo a punto de caerse muerto?» (buscar aclaraciones).

o

«¿Dónde estaba y qué estaba haciendo?» (colocar los acontecimientos en una secuencia o en un momento temporal determinado).

La evaluación del contexto a menudo exige averiguar quién estaba allí, qué ocurrió, cuándo ocurrió, cómo se sucedieron los acontecimientos y por qué piensa el paciente que las cosas ocurrieron así.

## COMPRENDER LA ESPIRITUALIDAD

La **espiritualidad** es el conjunto de creencias que tiene el paciente sobre el sentido de la vida, de la salud, de la enfermedad, de la muerte y de su relación con el universo. No es lo mismo que la religión, que es un conjunto de creencias organizado sobre la existencia de uno o más seres todopoderosos, que lo conocen todo, gobiernan el universo y nos dan consignas o consejos para que podamos vivir en armonía con el universo y con el resto de seres humanos (Andrews y Boyle, 2007). Las creencias espirituales y religiosas no suelen ser estrictamente individuales, sino que las compartimos con otras personas que creen en lo mismo que nosotros, siguen las mismas normas y realizan los mismos rituales. La espiritualidad y la religión proporcionan consuelo y esperanza a muchas personas e influyen sobre la salud y las prácticas relacionadas con el mantenimiento de la salud y la curación de las enfermedades.



El personal de enfermería debe evaluar sus propias creencias religiosas y espirituales. Éstas son muy subjetivas y pueden variar mucho de una persona a otra. El profesional debe ser objetivo y no emitir juicios de valor sobre las creencias del paciente, pero a la vez no debe permitir que estas creencias alteren o perturben la atención de enfermería. El profesional debe evaluar las necesidades espirituales y religiosas del paciente y tener mucho cuidado con la tentación de imponerle sus propias creencias. Asimismo, estará vigilante para que no se margine al paciente o se le ridiculice cuando sus creencias son distintas a las del personal sanitario.

Conforme se desarrolla la relación terapéutica, el profesional debe ir conociendo las creencias del paciente y mostrarse en todo momento respetuoso con sus creencias espirituales y religiosas. El intento de no prestar atención a estas creencias o emitir juicios de valor sobre las mismas erosionará rápidamente la relación terapéutica y la confianza del paciente, incluso puede estropearla definitivamente. Por ejemplo, un profesional que está trabajando con un paciente aborigen de Norteamérica puede encontrarse con que el paciente está mirando al cielo y hablando con la «Abuela Luna». Si el profesional no comprende que este paciente cree que todo lo que existe, incluido el Sol, la Luna, la Tierra y los árboles, está conectado con el gran espíritu, interpretará de forma errónea la conducta del paciente, y quizás piense que se trata de una conducta patológica. En el [capítulo 7](#) se explica con más detalle la importancia de la espiritualidad.

## **ASPECTOS CULTURALES**

La cultura es el conjunto de conductas, valores, creencias y costumbres aprendidos que se transmiten de una generación a otra. Las normas sobre cómo deben comunicarse los humanos entre sí varían porque están relacionadas con los patrones específicos de relación social propios de las diferentes culturas (Sheldon, 2008). Cada cultura tiene sus propias normas, que regulan la comunicación verbal y no verbal. Por ejemplo, en los países occidentales, darse la mano es una forma de saludo no verbal que utilizan fundamentalmente los hombres y sirve muchas veces para compararse con el otro o hacer una evaluación inicial del tipo de persona que tenemos delante. Sin embargo, en el caso de las mujeres, se considera que un «hola» educado y discreto es una forma adecuada de saludo. En algunas culturas asiáticas se considera que la forma más adecuada de saludo es hacer una reverencia, lo cual, además, sirve para designar el estatus social de cada persona. Debido a estas diferencias, cuando se establece la relación terapéutica, el profesional de enfermería tendrá en cuenta la cultura de la que procede o pertenece el paciente. Por tanto, la expresión de emociones, creencias, valores, conductas y el punto de vista sobre salud mental y trastornos mentales se evaluarán siempre sin perder de vista las diferencias culturales.

Cuando el paciente no domina bien el idioma del profesional, hay que recurrir a los servicios de un intérprete competente con experiencia en la recogida de datos. El intérprete debe ser capaz de traducir los términos técnicos manteniendo la intención y el sentido del mensaje y sin introducir sesgos procedentes de sus propias ideas o concepciones. El profesional es responsable de contactar con el intérprete, con

independencia de si la atención se realiza en un hospital, un ambulatorio, un centro de salud mental o el domicilio del paciente.

Hay que conocer las diferencias que existen en la forma de comunicarse en las diversas culturas. Esto ayudará a entender la forma en la que las personas de culturas diferentes a la propia se comunican con los demás. La cultura de Estados Unidos y de la mayoría de los países europeos es individualista. Esto quiere decir que se valoran la independencia y la iniciativa personal, y los objetivos en la vida toman como referencia el éxito personal. Otras culturas, como la china y la coreana, son colectivistas, por lo que valoran el grupo y se sienten obligados a proteger y reforzar la cohesión y la seguridad del colectivo. Las personas de estas culturas son más cohibidas y reservadas cuando hablan con personas que no pertenecen a su grupo de referencia, e incluso pueden no prestar ninguna atención a los extraños hasta que éstos no son formalmente presentados al grupo. Las diferencias culturales con respecto al saludo, al espacio personal, al contacto visual, al contacto físico y a las creencias sobre la salud y la enfermedad se tratan en profundidad en el [capítulo 7](#).

## LA SESIÓN DE COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

### Objetivos

El personal de enfermería utiliza las técnicas y habilidades para la comunicación terapéutica que hemos descrito con el fin de intentar conseguir los siguientes objetivos:

- Establecer una buena relación con el paciente mediante la empatía, el interés sincero, el deseo de ayudar y la aceptación incondicional, con independencia del comportamiento y de las creencias de éste.
- Escucharle activamente para identificar sus necesidades y preocupaciones, y establecer los objetivos de la interacción centrados en el paciente.
- Comprender en profundidad la percepción que el paciente tiene de sus problemas y preocupaciones, y fortalecer la empatía en la que se basa la relación entre el personal de enfermería y el paciente.
- Explorar los pensamientos y sentimientos del paciente.
- Facilitar la expresión de los pensamientos y sentimientos del paciente.
- Ayudarle a desarrollar nuevas habilidades para la solución de problemas.
- Ayudarle a evaluar las posibles soluciones a sus problemas.

Generalmente, es el profesional de enfermería quien se encarga de fijar el lugar y la hora para las sesiones de comunicación terapéutica, como las sesiones en las que se mantiene una interacción en profundidad cara a cara con el paciente asignado al profesional. El personal de enfermería debe tener tiempo suficiente para pensar dónde va a reunirse con el paciente y qué va decir. Asimismo, antes de la primera reunión ha de tener alguna información sobre el paciente; sobre todo es prioritario que conozca los problemas más importantes según el punto de vista del paciente. Si éste ha estado ya en tratamiento y se le dio el alta, el profesional debe conocer la información del seguimiento que se realizó desde el momento del alta antes de reunirse con él. Sin embargo, a veces un paciente puede acercarse al profesional y preguntarle: «¿Podría hablar con usted

ahora?»), o el profesional puede ver a un paciente sentado solo en un pasillo y llorando y decidir acercarse a él para mantener una conversación. En estos casos, el profesional debe conocer ya el tipo de relación que ha establecido con el paciente y la fase de evolución terapéutica en la que éste se encuentra en ese momento.

Cuando el profesional se reúne con el paciente por primera vez, se presentará y establecerá el contrato por el que se va a regir la relación. Estos dos elementos constituyen un buen comienzo para la comunicación terapéutica. A continuación, el profesional puede preguntar al paciente cómo prefiere que se dirija a él. El contrato para la relación incluye los siguientes elementos: una explicación general de en qué va a consistir la atención de enfermería, la duración de las sesiones, la fecha en la que terminará la relación y la aceptación de estas condiciones por parte del paciente.



**Profesional:** «Hola, Sr. Kirk. Mi nombre es Joan Hubbard y voy a ser su enfermera hoy. Estaré aquí con usted desde las 7 de la mañana hasta las 3 y media de la tarde. Ahora tengo unos cuantos minutos libres. Veo que ya se ha vestido y está listo para empezar el día. Si no tiene inconveniente, me gustaría charlar con usted un rato» (reconocimiento del paciente, presentación del profesional, establecimiento de los límites de la relación).

Después de presentarse y establecer los términos del contrato, si no se han reunido antes, el profesional puede mantener una pequeña charla con el paciente para romper el hielo e ir conociéndose. Para empezar, el profesional puede utilizar una pregunta muy amplia de respuesta abierta para orientar al paciente hacia la identificación de sus principales problemas y preocupaciones. Las preguntas de respuesta abierta son útiles para iniciar la sesión de comunicación terapéutica porque permiten al paciente centrarse en lo que considera importante. El siguiente es un buen ejemplo de cómo puede empezarse la sesión de comunicación terapéutica:



**Profesional:** «Hola, Sra. Nagy. Mi nombre es Donna Clark y voy a ser su enfermera hoy desde las 7 de la mañana hasta la 3 y media de la tarde. ¿Cómo prefiere que me dirija a usted?» (presentación, establecimiento de los límites de la relación).

**Paciente:** «Hola, Donna. Puedes llamarme Peggy y puedes tutearme».

**Profesional:** «Está lloviendo y se agradece después del calor que ha hecho estos días».

**Paciente:** «¿Sí? Bueno, no sé cómo será el tiempo ahí fuera. Aquí dentro me parece que hace todavía bastante calor».

**Profesional:** «Sí, está un poco cargado el aire aquí dentro». Dígame, ¿cómo se siente hoy?» (pregunta amplia de respuesta abierta).

### ***Función no directiva***

Cuando se inicia la comunicación terapéutica, muchas veces es el paciente (no el profesional) el que identifica el problema del que quiere hablar. El profesional debe utilizar las técnicas de escucha activa para identificar el principal motivo de preocupación. El paciente fija el objetivo y la información que el profesional recoge sobre este tema debe centrarse en el paciente. El profesional actúa como un guía de la conversación. La comunicación terapéutica se centra en el objetivo dentro de los límites temporales de la conversación.

Los siguientes son ejemplos de objetivos centrados en el paciente:

- El paciente quiere hablar de sus preocupaciones sobre su hija de 16 años que tiene problemas con sus estudios.
- El paciente quiere hablar de las dificultades que está teniendo con los efectos secundarios de la medicación.
- El paciente quiere hablar de su malestar por el hecho de que su hijo consume drogas.
- La paciente quiere hablar sobre los problemas y preocupaciones de ser la madre de una familia monoparental.

En este tipo de comunicación terapéutica, el profesional asume una función no directiva. Para ello, formula preguntas generales de respuesta abierta, lo que le servirá para recoger información para ayudar al paciente a identificar lo que le preocupa. El paciente habla mucho más tiempo que el profesional y éste hace de guía del paciente a través de la interacción, facilitando que exprese sus sentimientos y vaya identificando los asuntos problemáticos. El siguiente es un ejemplo de función no directiva por parte del profesional:



**Paciente:** «Estoy tan preocupada por mi familia...».

**Profesional:** «¿Está preocupada?» (reflexión).

**Paciente:** «Sí. No puedo dormir. No tengo apetito. No sé qué hacer».

**Profesional:** «Continúe, por favor» (invitación general a seguir hablando).

**Paciente:** «Bueno, mi marido trabaja muchas horas, y cuando llega a casa está siempre muy cansado. Apenas ve a los niños, porque cuando llega ya se han acostado».

**Profesional:** «Entiendo» (aceptación).

**Paciente:** «Yo estoy atareada preparando la cena, vigilando a los niños, pero también me gustaría poder hablar alguna vez con él».

**Profesional:** «¿Cómo se siente cuando ocurren estas cosas?» (animar al paciente a expresarse).

**Paciente:** «Muy mal, me siento destrozada. Siento que no funciona nada, que nada es como tendría que ser, y me siento impotente porque no sé qué hacer para que la situación mejore».

**Profesional:** «Parece que se siente desbordada» (traducir a sentimientos).

**Paciente:** «Sí. No puedo hacerlo todo yo sola. Las cosas tienen que cambiar».

**Profesional:** «Quizás entre las dos podamos encontrar algunos cambios que podría hacer en su vida» (ofrecer colaboración).

En algunos casos, en la interacción terapéutica lo único que quiere el paciente es hablar a una persona comprensiva que le escuche con atención. A veces, al hablar de un acontecimiento conflictivo, el paciente tiene la oportunidad de expresar pensamientos y sentimientos que tenía guardados desde hace mucho tiempo. Esto, a su vez, sirve para clarificar la situación y descargar la carga emocional excesiva del paciente, aunque no sirva para solucionar los problemas. Otras veces, es necesario que el paciente rememore y cuente experiencias agradables del pasado. Especialmente las personas mayores se sienten muy aliviadas cuando se les permite hablar de sus recuerdos; por ejemplo, lo que pasaba en el mundo cuando eran niños o adolescentes, cómo conocieron a su cónyuge, qué pasó el día de su boda, etc. La rememoración se explica con detalle en el [capítulo 21](#).

## ***Función directiva***

Cuando el paciente presenta ideación suicida, tiene una crisis o ha perdido el sentido de la realidad, el profesional de la enfermería tiene que asumir una función directiva en la interacción terapéutica, formular preguntas de respuesta cerrada (sí/no) y utilizar las técnicas de solución de problemas para ayudar al paciente a desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento con los problemas del presente. El siguiente es un ejemplo de comunicación terapéutica en la que el profesional asume una función directiva.



**Profesional:** «Veo que está aquí solo, sentado en un rincón sin querer saber nada de los demás» (hacer observaciones).

**Paciente:** «Sí, ¿ocurre algo?».

**Profesional:** «¿Ocurre algo? ¿Qué quiere decir?» (buscar aclaraciones).

**Paciente:** «Nada».

**Profesional:** «Parece que no tiene ninguna esperanza» (verbalizar las implicaciones de lo que

ha dicho el paciente).

«¿Está pensado en suicidarse?» (buscar información).

**Paciente:** «Estoy pensando que lo mejor es que me muriese de una vez».

En este caso, el profesional utiliza la función directiva porque está preocupado por la seguridad del paciente. Conforme progresa la relación entre ellos, el profesional puede utilizar muchas de las técnicas de comunicación terapéutica para interacciones contempladas en el plan de tratamiento. En la unidad IV se explican las intervenciones terapéuticas específicas que se aplican a cada uno de los trastornos mentales, y se detalla la forma en la que el profesional debe utilizar las técnicas de comunicación para que la intervención sea eficaz.

## **Cómo formular las preguntas**

La manera en que el profesional formula las preguntas es importante. Las preguntas de respuesta abierta permiten obtener más información que las preguntas a las que el paciente sólo puede responder «sí» o «no» (preguntas de respuesta cerrada). Estos dos tipos de preguntas deben combinarse, según el tipo de información que el profesional desee obtener. Para hacer las preguntas, hay que utilizar la escucha activa, y basar las preguntas en las señales que el paciente ha dado en su respuesta a la pregunta anterior.

Es habitual utilizar el verbo «pensar» como si fuese sinónimo de «sentir». Así, muchas veces, «pienso que» equivale a «siento que». Sin embargo, las emociones difieren de los procesos cognitivos, por lo que es importante utilizar el verbo adecuado en cada caso. Por ejemplo, «¿qué piensa usted sobre esa prueba?» es una pregunta vaga y podemos obtener muchas respuestas. Una pregunta más concreta sería «¿qué tal se sintió cuando tuvo que hacer esa prueba?». Cuando se está hablando de procesos cognitivos, el profesional debe preguntar «¿qué pensaba usted sobre (...)?» , pero cuando está intentando explorar los sentimientos y emociones del paciente, es mejor preguntar «¿cómo se sintió usted con (...) ?». En el cuadro 6-1 se presenta una lista de palabras que se utilizan con mucha frecuencia para describir los sentimientos y las emociones. A continuación presentamos algunos ejemplos de respuestas que el paciente podría dar a

preguntas con «pensar» y con «sentir».



**Profesional:** «¿Qué piensa usted de la participación de su hija en el accidente?».

**Paciente:** «Creo que no conduce con cuidado. Siempre va a demasiada velocidad».

**Profesional:** «¿Cómo se sintió cuando se enteró de que su hija había tenido un accidente?».

**Paciente:** «Me sentí muy aliviada cuando supe que ni ella ni ninguna otra persona había resultado herida».

## Cuadro 6-1. Palabras que describen sentimientos y emociones

Abandonado  
Feliz  
Alarmado  
Frustrado  
Alegre  
Furioso  
Amenazado  
Horrorizado  
Angustiado  
Incómodo  
Asustado  
Impaciente  
Aterrorizado  
Impotente  
Avergonzado  
Irritado  
Celoso  
Muerto de miedo  
Confuso  
Muerto de miedo  
confuso  
Nervioso  
Culpable  
Perplejo  
Deprimido  
Satisfecho  
Desesperanzado  
Relajado  
Despreocupado  
Resentido  
Emocionado  
Sorprendido  
Encantado  
Temeroso  
Enfadado  
Tenso  
Envidioso  
Tranquilo  
Esperanzado  
Triste  
Eufórico



---

Mediante la escucha activa, las preguntas de respuesta abierta y la utilización de las señales dadas por el paciente, el profesional puede obtener la descripción completa de un asunto, hecho o experiencia. Algunos pacientes no tienen la capacidad o la paciencia suficiente para describir de forma ordenada y detallada las situaciones, hechos o problemas, por lo que necesitan la ayuda del profesional. Los pacientes tienen tendencia a contar el principio y el final de la historia, y omiten información crucial sobre su propio comportamiento. El profesional puede ayudar al paciente utilizando técnicas de comunicación terapéutica, como buscar aclaraciones y colocar los acontecimientos en una secuencia o en un momento temporal determinado.

### **Buscar aclaraciones**

Los profesionales de la enfermería suelen creer que van a entender siempre lo que el paciente dice, pero no siempre es así. Sus pensamientos y palabras pueden ser poco claros o confusos. Nunca hay que asumir sin más que se le comprende y hay que pedir aclaraciones al paciente cuando tengamos dudas de si le hemos entendido o no. Buscar aclaraciones para comprobar que el profesional ha entendido lo que el paciente quiere decir es muy importante para que una recogida de los datos sea precisa y fiable.

Si el profesional necesita más información o aclaraciones sobre un asunto del que ya se ha hablado, es necesario volver a ello. Es posible que éste tenga que formular algunas preguntas más para aclarar ciertos temas que no han quedado del todo claros. En estos casos, puede utilizarse la técnica de comunicación terapéutica denominada validación consensuada, o decirle al paciente lo que ha entendido de lo que ha dicho para ver si la idea del profesional y la del paciente coinciden o no. Es importante volver atrás para obtener más información o comprobar la información que se ha obtenido, en vez de sacar conclusiones o hacer interpretaciones equivocadas.

En los siguientes ejemplos se observa cómo el profesional utiliza diferentes técnicas de comunicación terapéutica para que la comunicación con el paciente sea eficaz:



**Paciente:** «Lo veía venir. Nadie más se dio cuenta de lo que iba a pasar».

**Profesional:** «¿Qué es eso que vio usted venir?» (buscar información).

**Paciente:** «Estábamos haciéndolo todo bien y, de repente, el suelo se vino abajo. Poco se podía hacer; lo único esperar que no hubiese pasado nada realmente grave».

**Profesional:** «Ayúdeme a entender un poco todo esto. ¿Podría describir qué significa que “estábamos haciendo todo bien”?» (buscar información).

«Cuando dice “estábamos”, ¿a quién se refiere ese “nosotros”?» (centrar la atención).

«¿Cómo se vino el suelo abajo?» (animar al paciente a describir sus percepciones).

«¿Qué esperaba que hubiese ocurrido cuando dice que esperaba que no hubiese ocurrido nada realmente grave?» (buscar información).

### **Evitación por parte del paciente de los temas que le provocan ansiedad**

A veces, los pacientes empiezan hablando de un tema de poca importancia porque les resulta menos conflictivo que hablar del asunto que realmente les preocupa o les crea ansiedad. Está hablando de un tema, pero da la impresión de estar dándole vueltas en su cabeza a otro asunto muy diferente. La escucha activa y la observación atenta de los

cambios en la comunicación no verbal del paciente ayudan al profesional a entender lo que está pasando. Hay muchas técnicas que permiten detectar cuál es el asunto que preocupa o causa ansiedad al paciente:

1. Preguntarle cuál es para él el tema más importante en esos momentos.
2. Seguir con el tema que acaba de aparecer porque, aunque parezca que no es importante, el paciente ha emitido mensajes no verbales que indican que ése es el asunto del que debe hablarse.
3. Reflexionar sobre las conductas del paciente que indican que hay un tema más importante que debe introducirse en la conversación.
4. «Apuntarse» en la cabeza el tema importante para abordarlo más adelante.
5. Pasar por alto el tema del que el paciente está hablando porque da la impresión de que está intentando esquivar el tema que realmente le preocupa.

En el siguiente ejemplo vemos cómo el profesional intenta detectar cuál es el tema más importante para el paciente:



*Paciente:* «No sé si debo decirle a mi marido que no voy a poder trabajar nunca más. Se pone tan mal cuando le dan malas noticias... Tiene úlcera de estómago y parece que cada vez que le dan una mala noticia tiene una nueva hemorragia y le duele más el estómago».

*Profesional:* «¿A qué tema le cuesta más enfrentarse en estos momentos: a la mala noticia o a la úlcera que padece su marido?» (animar al paciente a expresarse).

## **Mejorar las habilidades del paciente para la solución de problemas y motivarle para decidir de forma independiente**

En muchas interacciones terapéuticas es necesario abordar las habilidades para la solución de problemas. Esto no quiere decir que el profesional tenga que ser un experto en todo ni saber cómo solucionar todos los problemas del paciente. Su tarea consiste en ayudar al paciente a explorar diferentes posibilidades y a encontrar soluciones. Muchas veces, ayudar al paciente a explorar y a hablar sobre su percepción de un determinado problema sirve para que aparezcan en su mente posibles soluciones. El profesional debe introducir en la interacción el concepto de solución de problema y ofrecerse para ayudar al paciente a desarrollar nuevas habilidades para manejarse mejor en este proceso.

Virginia Satir (1967) ha hecho hincapié en la importancia de que el paciente participe en la búsqueda de soluciones eficaces a sus problemas. Si otra persona le dijese al paciente cómo debe resolver sus problemas y no le permitiese participar y desarrollar habilidades para solucionarlos y nuevos caminos para el cambio, el paciente podría asustarse ante la posibilidad de cambiar y de crecer como persona. Los profesionales que dan consejos o instrucciones sobre cómo resolver un problema no permiten que el paciente desarrolle por sí mismo esta habilidad y, además, envían al paciente el mensaje de que no es lo suficientemente competente. Esto hace que se sienta indefenso y crea que no es capaz de tomar el control de su vida, y esto, a su vez, tiene un efecto muy negativo sobre su autoestima. El paciente puede incluso rechazar los consejos e instrucciones que le da el profesional para poder así volver a tomar el control de sus

propios asuntos.

Cuando el paciente está muy implicado en el proceso de solución de problemas, hay más probabilidad de que encuentre la solución. Los profesionales que orientan al paciente en el proceso de solución de problemas le ayudan a desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento, mantienen o aumentan la autoestima del paciente y le envían el mensaje de que están convencidos de que es capaz de cambiar por sí mismo. Así encuentra la motivación para ampliar su repertorio de habilidades, lo que le hace sentirse más competente y le da un sentido de eficacia y de control sobre sus propios asuntos.

El proceso de solución de problemas suele utilizarse en las intervenciones en crisis, pero también puede ser eficaz en cualquier intervención terapéutica cuando el paciente tiene dificultades para resolver sus problemas o se está trabajando con un grupo en el que la existencia de opiniones y puntos de vista divergentes hace difícil encontrar una solución al problema que se está discutiendo. El proceso de solución de problemas se compone de las siguientes fases:

1. Identificar el problema.
2. Tormenta de ideas (*brainstorming*) para generar un gran número de posibles soluciones.
3. Elegir la mejor opción.
4. Poner en práctica la opción elegida.
5. Evaluar la situación después de poner en práctica la opción elegida.
6. Si es insatisfactoria, elegir otra opción y pasar a la fase 4.

La identificación del problema exige implicar al paciente en la comunicación terapéutica. El paciente le dice al profesional cuál es el problema y lo que ha hecho hasta el momento para intentar resolverlo:



**Profesional:** «Veo que frunce el ceño. ¿Qué ocurre?» (hacer observaciones; apertura amplia).

**Paciente:** «He intentado que mi marido se implique más con los niños y que no se dedique sólo a estar todo el día gritándoles y a enfadarse con ellos cuando vuelve del trabajo, pero no ha servido de nada».

**Profesional:** «¿Qué es lo que ha intentado hacer y no ha funcionado?» (animar al paciente a expresarse).

**Paciente:** «Antes de que me operaran, intenté que les ayudara a hacer los deberes. A mi marido se le dan muy bien las matemáticas. Luego intenté que viera la tele con ellos, pero a ellos les gustan los dibujos animados y él sólo quería ver documentales de historia, de viajes, de ciencias naturales y todas esas cosas».

**Profesional:** «¿Ha hecho usted algo para que su marido participe en la elaboración del plan para estar más tiempo y hacer más cosas con los niños?» (buscar información).

**Paciente:** «Pues no, no he hecho nada de eso. Siempre dice que quiere pasar más tiempo con los niños y hacer cosas interesantes con ellos, pero no lo hace. ¿Quiere usted decir que debería haberle consultado para que él decida cómo quiere pasar el tiempo con los niños?».

**Profesional:** «Parece que hemos encontrado un buen punto de partida. Quizás podría hablar con su marido cuando venga a verla y pensar en qué cosas podrían ser satisfactorias para los dos» (formulación de un plan de actuación).

Es importante recordar que la función del profesional consiste en ayudar al paciente a poner en práctica sus habilidades para la solución de problemas, no en decidir por el

paciente. En algunos casos, es posible que el profesional piense que la solución que ha elegido el paciente no sea la mejor ni la más eficaz, pero es esencial que el profesional apoye al paciente en la puesta en práctica de la opción que ha elegido. Si el paciente se equivoca o la opción elegida no da resultado, el profesional le apoyará y le animará para que lo intente de nuevo. El proceso de solución de problemas es eficaz desde el punto de vista terapéutico cuando el profesional ayuda al paciente a resolver sus problemas de la forma más independiente posible.

## COMUNICACIÓN ASERTIVA

La **comunicación asertiva** consiste en la habilidad de expresar los pensamientos y sentimientos positivos y negativos de forma abierta, directa y sincera (Hopkins, 2008). El punto de partida de la comunicación asertiva es el reconocimiento de los derechos de los interlocutores, y es útil en diferentes situaciones, como en la resolución de conflictos, la solución de problemas y la expresión de pensamientos o sentimientos conflictivos o difíciles de verbalizar. También puede ser muy útil para resolver los problemas que surgen con compañeros de trabajo, familiares o amigos. Es especialmente útil para las personas con dificultades para rechazar las demandas de los demás, expresar las emociones de enfado o frustración o tratar con las figuras de autoridad.

El profesional de la enfermería puede ayudar a los pacientes a aprender y a practicar las habilidades de la comunicación asertiva. Además, el propio profesional puede utilizar este tipo de comunicación para relacionarse mejor con sus colegas y con otros miembros del equipo multidisciplinario de atención al paciente. Puede utilizar la comunicación asertiva tanto en el trabajo como en su vida privada.

La comunicación asertiva funciona mejor cuando el emisor del mensaje está tranquilo, emite mensajes claros y concretos referidos a hechos y comienza las frases con la palabra «yo». Por ejemplo, una de las enfermeras de la unidad en la que usted trabaja llega siempre tarde, y entra apresurada y nerviosa, por lo que a sus compañeros les resulta muy difícil entregarle y explicarle el informe del cambio de turno. Usted y sus compañeros pueden dar cuatro tipos diferentes de respuesta a esta situación:

- *Respuesta agresiva:* después de no decir nada durante varios días, un enfermero salta y grita: «¡Tarde como siempre! ¡Eres tan poco considerada! ¿Por qué no puedes llegar a la hora como todo el mundo?» A continuación, la persona que llega tarde da un portazo y sale de la habitación y todo el mundo se siente a disgusto por lo que ha ocurrido.
- *Respuesta pasivo-agresiva:* una enfermera dice en voz alta a la persona que siempre llega tarde: «¡Qué bien que has llegado ya! ¡Qué suerte hemos tenido!» Todo el mundo se sienta y se hace un silencio muy embarazoso.
- *Respuesta pasiva:* un enfermero no dice nada cuando llega la enfermera, pero inmediatamente después le dice a una compañera en voz baja: «Ésta siempre llega tarde. Tendría que haberle dicho todas las cosas que he tenido que hacer porque ella no estaba aquí a su hora. ¡Cómo si yo no tuviese ya bastantes cosas que hacer!» Pero este enfermero nunca le dice nada a la compañera que llega tarde.

- *Respuesta asertiva:* después de entregarle el informe de cambio de turno, una enfermera le dice «cuando llegas tarde, la reunión del informe de cambio de turno se interrumpe, y no me gusta tener que volver a repetir la información sobre los asuntos que ya hemos tratado». Esta enfermera ha expresado sus pensamientos y sentimientos sobre la situación específica de forma tranquila, sin hacer acusaciones ni comentarios ofensivos.

El uso de la comunicación asertiva no garantiza que la situación cambie, pero permite al emisor expresar sentimientos sinceros, de forma abierta y directa y siendo respetuoso con la otra persona. Esto hace que el emisor se sienta bien por haber podido decir lo que pensaba y lo que sentía, y puede crear el clima propicio para hablar y ver cómo se puede resolver el problema.

Algunas personas tienen dificultades para decir «no» o para rechazar las demandas de los demás. Más tarde, puede que se sientan mal por haber dicho «sí» cuando en realidad tenían que haber dicho «no», lo que a su vez puede hacer que se sientan agobiadas, incluso resentidas. La comunicación asertiva puede servir para que estas personas aprendan a decir «no» de forma educada pero firme, incluso en los casos en los que la persona que hace la petición insiste una y otra vez.



*Enfermera 1: «¿Podrías sustituirme el sábado que viene?».*

*Enfermera 2: «No, no puedo, lo siento».*

*Enfermera 1: «Venga, por favor. Tengo entradas para un concierto al que hace mucho tiempo que quería ir».*

*Enfermera 2: «No, lo siento, no puedo sustituirte el sábado».*

*Enfermera 1: «¿Por qué no? Tengo entendido que no tienes nada importante que hacer este fin de semana. Por favor, nunca más te lo volveré a pedir, ¿vale? Haré lo que me pidas, ¿vale?».*

*Enfermera 2: «No, lo siento, no puedo sustituirte el sábado».*

Esto se denomina «técnica del disco rayado»: en vez de responder a la nueva información que aporta la otra persona, como las entradas para el concierto, no tener planes para el fin de semana, la promesa de no volver a pedir nada y de hacer lo que el otro desee, la persona que utiliza la comunicación asertiva simplemente repite una y otra vez la misma respuesta sin explicarla ni justificarla. Si las personas a quienes les resulta difícil ser asertivas practican esta técnica, con el tiempo pueden llegar a sentirse cómodas negándose a hacer lo que el otro les pide, sin sentirse culpables ni obligadas a explicar por qué han dicho «no». De esta forma, se evitan el estrés asociado con el agobio y el resentimiento que las atenaza cuando dicen «sí» en situaciones en las que tenían que haber dicho «no».

La comunicación asertiva exige práctica. A veces, es útil decirse antes a uno mismo las frases que se quiere decir al interlocutor, sobre todo cuando se es consciente de que nos resulta difícil expresar sentimientos conflictivos o hablar de asuntos problemáticos. La comunicación asertiva no siempre da resultado y puede ocurrir que el interlocutor se enfade porque no le gusta el estilo de relación asertivo, sobre todo si la otra persona antes no era asertiva y ha cambiado. Sea cual sea el resultado que se consiga, el emisor se sentirá satisfecho por haber sido capaz de comunicar sus pensamientos y sentimientos de



forma abierta y sincera, respetando los derechos de ambas partes y sin herir a nadie.

## **ATENCIÓN COMUNITARIA**

La atención comunitaria de enfermería es cada más frecuente, tanto en los pacientes que sufren una enfermedad física como en los que padecen un trastorno mental. Esto hace que los profesionales de la enfermería tengan cada vez más funciones en el sistema de salud. Estos profesionales pueden convertirse en los proveedores de cuidados y coordinadores más importantes de la atención a los pacientes, con una probabilidad elevada de que, cada vez con más frecuencia, los pacientes sean atendidos en casa con su familia. Además, pueden llegar a ser los máximos responsables de las tareas de prevención primaria y de mantenimiento de la salud. Las técnicas y habilidades para la comunicación terapéutica son esenciales para el éxito de la gestión de pacientes en la comunidad.

Cuidar de las personas mayores en su unidad familiar y en la comunidad es actualmente una de las funciones y responsabilidades más importantes del personal de enfermería. En ese contexto, es importante que el profesional evalúe la relación que existe entre los miembros de la familia. Asimismo, debe evaluar las áreas de acuerdo y de conflicto que pueden influir en la atención al paciente. Siendo receptivo a las necesidades de estos pacientes y de su familia, el profesional de la enfermería podrá relacionarse y comunicarse de forma eficaz, lo que, a su vez, facilitará el establecimiento de la relación terapéutica.

Cuando el profesional se dedica a la atención en la comunidad, es fundamental que trabaje la autoconciencia y el conocimiento de las diferencias culturales. Cuando el profesional entra en la casa de un paciente, es una persona extraña, y, por tanto, tiene que aprender a moverse en el contexto cultural de cada familia. Para ello, lo mejor es conocer, comprender y respetar sus creencias, costumbres y prácticas, sin juzgarlas desde la perspectiva de la cultura del profesional. Pedir a la familia que le ayude a conocer las características de su cultura sirve al profesional para transmitir interés, afecto y aceptación positiva incondicional. Generalmente, las familias procedentes de culturas minoritarias respetan al personal de enfermería y a los demás profesionales de la salud mental, y les disculpan los errores culturales que puedan cometer, pues entienden que, de entrada, nadie está obligado a conocer las creencias y costumbres de los demás.

Asimismo, es importante que el profesional conozca las prácticas culturales relacionadas con la salud, la enfermedad y la curación de las enfermedades para asegurarse de que estas prácticas no interfieren o evitan la aplicación del plan de tratamiento. Las prácticas y remedios terapéuticos (incluso las costumbres dietéticas) de algunas culturas pueden causar alteraciones del sistema inmunitario del paciente, y pueden mejorar o interferir en la medicación prescrita.

En el contexto de la asistencia comunitaria, el profesional de la enfermería forma parte de un equipo multidisciplinario de atención a la salud, por lo que debe aprender a trabajar y colaborar no sólo con el paciente y la familia, sino también con los otros miembros del equipo, como médicos, fisioterapeutas, psicólogos y asistentes sociales.



Trabajar y colaborar con varias personas a la vez, y no sólo con el paciente, es lo habitual en el contexto de la atención comunitaria. Por esta razón, la autoconciencia, la sensibilidad y el respeto hacia las creencias, sentimientos y conductas de los demás son de importancia fundamental para conseguir una atención al paciente eficaz y de calidad.

## TEMAS DE AUTOCONCIENCIA



La comunicación terapéutica es el medio más importante de que dispone el profesional para aplicar el proceso de enfermería en los diferentes contextos asistenciales de atención a la salud mental. Las habilidades para la comunicación terapéutica del profesional influirán en la eficacia de numerosas intervenciones. Por tanto, tiene que evaluar sus habilidades comunicativas y mejorarlas continuamente. Al analizar la influencia que tienen en su forma de comunicarse sus propias creencias, valores y actitudes, el profesional se concientiza sobre los factores que influyen en la comunicación entre los seres humanos. Conocer cómo comunicamos es el primer paso para mejorar la comunicación.

El profesional experimenta muchas y diferentes emociones en el trabajo con los pacientes, como tristeza, enfado, frustración e incomodidad, y tiene que reflexionar sobre estas experiencias para determinar de qué forma estas respuestas emocionales afectan a la comunicación verbal y no verbal. Cuando se trabaja con pacientes procedentes de otras culturas o grupos étnicos, hay que saber o descubrir qué estilo de comunicación resulta más cómodo para el paciente en cuanto al contacto visual, el contacto físico, la proximidad, etc. La autoconciencia puede ayudar al profesional a adaptar su estilo de comunicación a las necesidades y características específicas de cada relación terapéutica.

### Consideraciones a tener en cuenta cuando se trabajan las habilidades para la comunicación terapéutica

- Recuerde que la comunicación no verbal es tan importante como las palabras. Cuando esté con los pacientes, preste atención a su expresión facial, a la postura del cuerpo y a otros aspectos no verbales de la comunicación.
- Pida a sus compañeros de trabajo su opinión sobre su estilo de comunicación. Pregúnteles cómo se comunican ellos con los pacientes en situaciones difíciles o incómodas.
- Examine su estilo comunicativo. Para ello, hágase preguntas como: ¿Cómo me relaciono con los hombres? ¿Cómo me relaciono con las mujeres? ¿Cómo me relaciono con las figuras de autoridad? ¿Cómo me relaciono con las personas mayores? ¿Cómo me relaciono con las personas de otras culturas? y otras por el estilo. Pregúntese también qué tipos de pacientes o de situaciones le hacen sentirse incómodo, enfadado, triste, frustrado, etc. Utilice los datos de esta autoevaluación para mejorar sus habilidades para la comunicación.

## Preguntas de razonamiento crítico

1. Piense en una situación del pasado en la que se sintió frustrado con otra persona o enfadado por algo que pasó, pero guardó silencio sobre sus sentimientos. ¿Por qué no dijo nada en ese momento? ¿Qué habría dicho se hubiese utilizado la comunicación asertiva para expresar sus pensamientos y sentimientos?
2. Un profesional de la enfermería está trabajando con un paciente en cuya cultura se valora mucho el respeto a los padres, la obediencia, impedir que los asuntos privados trasciendan del círculo familiar y no hablar con extraños sobre temas que afectan a la familia. Teniendo en cuenta este sistema de valores, ¿cómo puede el profesional utilizar la comunicación terapéutica de forma eficaz con este paciente?



### RECURSOS DE INTERNET

#### RECURSOS

- Recursos para la escucha activa y para la comunicación
- Siete claves para la escucha eficaz
- La comunicación y el trabajo en equipo
- Habilidades para la comunicación asertiva

#### DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.allaboutcounseling.com>

<http://www.stresscure.com/relation/7keys.html>

<http://www.yorkteam.com/teamc.htm>

<http://stress.about.com/od/relationships/ht/howtoassert.htm>

### PUNTOS CLAVE



- La comunicación es el proceso mediante el cual las personas intercambian información a través de mensajes verbales y no verbales. Los mensajes verbales constituyen el contenido y los no verbales el proceso de la comunicación. El proceso está formado por el lenguaje corporal, el contacto visual, la expresión facial, la entonación, la velocidad del habla, las dudas y titubeos que acompañan a las palabras y el contexto en el que tiene lugar la comunicación. Para comunicarse de forma eficaz, el profesional debe ser capaz de analizar tanto el contenido como el proceso de la comunicación.
- La comunicación terapéutica consiste en la interacción interpersonal entre profesional y paciente. Durante esta interacción, el profesional se centra en las necesidades del paciente para promover el intercambio de información.

- Los objetivos de la comunicación terapéutica son: establecer la relación, escuchar activamente, conocer la perspectiva del paciente, explorar sus pensamientos y sentimientos y orientarle en el proceso de solución de problemas.
- Los elementos más importantes de la comunicación terapéutica son: el respeto a la confidencialidad y a la intimidad del paciente, el mantenimiento de los límites de la relación, la información de carácter personal que el profesional da al paciente, el uso del contacto físico, y las habilidades de observación activa.
- La proxémica estudia la distancia física (zonas) que separa a las personas cuando hablan. Estas zonas son: zona de intimidad, zona personal, zona social y zona pública.
- En la escucha activa, el profesional se abstiene de cualquier actividad mental y se centra exclusivamente en lo que el paciente está diciendo.
- Los mensajes verbales tienen que ser claros y concretos en lugar de vagos y abstractos. Los abstractos son los que el paciente tiene que interpretar, por lo que pueden dar lugar a confusiones y a interpretaciones erróneas. Si el paciente emite mensajes abstractos o el profesional no ha entendido bien lo que ha dicho, tiene que solicitar aclaraciones para no incurrir en interpretaciones equivocadas basadas en sus propias experiencias, creencias, sentimientos y valores.
- La comunicación no verbal comprende la expresión facial, el lenguaje corporal, el contacto visual, la proxémica (distancia física que mantienen los interlocutores durante la comunicación), el contacto físico y las características de la voz. Todos estos elementos son importantes para entender el mensaje del emisor.
- Para entender con precisión, es importante tener en cuenta el contexto. La evaluación del contexto consiste en determinar un acontecimiento o experiencia en términos de quién, qué, cuándo, cómo y por qué.
- La espiritualidad y la religión pueden influir de forma muy importante en la salud, las enfermedades y el tratamiento. Estas creencias son muy subjetivas, por lo que varían mucho de una persona a otra. El profesional debe ser cuidadoso respecto a las creencias de los pacientes y respetarlas en todo momento. Además, se abstendrá de intentar imponer al paciente sus propias creencias sobre espiritualidad y religión, se mantendrá atento para que las diferencias en esta materia no erosionen la comunicación terapéutica.
- Las diferencias culturales entre el profesional y el paciente pueden afectar de forma importante al proceso de comunicación terapéutica.
- Cuando el profesional orienta al paciente en el proceso de solución de problemas, es importante que sea el paciente el que elija la opción más favorable y la ponga en práctica.
- Las técnicas y habilidades para la comunicación terapéutica son muy importantes para la atención eficaz del paciente en el contexto comunitario.
- La comunicación asertiva es la capacidad de expresar los propios pensamientos y sentimientos de forma abierta, directa y sincera. Las habilidades para la comunicación asertiva son importantes para la resolución de conflictos, la solución de problemas y la

expresión clara y sincera de los pensamientos y sentimientos.

- Cuanto mejor conozca el profesional sus propios sentimientos, creencias, valores y conductas, más eficaz será su forma de comunicarse y comprender a los demás.

## BIBLIOGRAFÍA

- Andrews, M., & Boyle, J. (2007). *Transcultural concepts in nursing care* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- DeVito, J. A. (2008). *The interpersonal communication handbook* (12th ed.). Boston: Pearson Education.
- Hall, E. (1963). Proxemics: The study of man's spatial relationships. In J. Gladstone (Ed.), *Man's image in medicine and anthropology* (pp. 109–120). Philadelphia: Mosby.
- Hopkins, L. (2008). Assertive communication—6 tips for effective use. Retrieved 12/2/2008 from <http://ezinearticles.com>.
- Knapp, M. L. (1980). *Essentials of nonverbal communication*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Knapp, M. L., & Hall, J. A. (2009). *Nonverbal behavior in human interaction* (7th ed.). New York: Wadsworth.
- Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam.
- Satir, V. (1967). *Conjoint family therapy: A guide to theory and technique* (Rev. ed.). Palo Alto, CA: Science and Behavior Books, Inc.
- Sheldon, L. K. (2008). *Communication for nurses: Talking with patients* (2nd ed.). Boston: Jones & Bartlett Publishers.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Hasan, S. (2008). A tool to teach communication skills to pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 72(15), 67.
- Yamagashi, M., Kobayashi, T., Nagami, M., Shimazu, A., & Kageyama, T. (2007). Effect of web-based assertion training for stress management of Japanese nurses. *Journal of Nursing Management*, 15(6), 603–607.

# Autoevaluación

## PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. *Paciente:* «Tuve un accidente».

*Profesional:* «Hábleme de él».

¿Qué técnica de comunicación terapéutica se emplea en la anterior interacción?

- a. Hacer observaciones.
  - b. Ofrecerse a hacer algo.
  - c. Invitación general a seguir hablando.
  - d. Reflexionar.
2. «Antes ha dicho que estaba preocupado porque su hijo todavía estaba enfadado con usted. Cuando pasé por su habitación, hace más o menos una hora, me dio la

impresión de que usted y su hijo estaban relajados, charlaban tranquilamente y sonreían. ¿Cómo están las cosas ahora entre ustedes?».

¿Qué técnica de comunicación terapéutica se emplea en la anterior interacción?

- a. Validación consensuada.
- b. Animar al paciente a hacer comparaciones.
- c. Aceptación.
- d. Invitación general a seguir hablando.

3. «¿Por qué se está quejando siempre de la enfermera del turno de noche? Es una persona muy agradable y muy buena profesional. Tiene cinco hijos pequeños. Se equivoca usted cuando dice que hace mucho ruido y que no le presta atención».

¿Qué técnica de comunicación no terapéutica ejemplifica la anterior interacción?

- a. Pedir explicaciones.
- b. Defensa.
- c. Mostrar desacuerdo.
- d. Dar consejos.

4. La pregunta «¿por qué le molesta tanto lo que hace Jerry?» es una técnica de comunicación no terapéutica porque:
- a. Da una respuesta literal.
  - b. Indica una fuente externa de la emoción.
  - c. Interpreta lo que dice el paciente.
  - d. Hace comentarios estereotipados.
5. *Paciente*: «Me enfadé mucho con mi hermana porque cuando me rompí la pierna no se ocupó de mí en absoluto».

*Profesional*: «¿Cuándo va a empezar usted a asistir al programa educativo para la diabetes?».

Ésta es una respuesta no terapéutica porque el profesional:

- a. Ha utilizado una pregunta para evaluar la percepción del paciente.
- b. Ha cambiado de tema.
- c. Ha cambiado a un tema que tiene que ver con sus propios problemas y sentimientos.
- d. Ha dado un consejo al paciente sobre lo que debe hacer.

6. Cuando la paciente dice «vi a Joe en la fiesta la semana pasada», ¿de qué forma debe pedir el profesional a la paciente que describa su relación con Joe?
- a. «¿Qué Joe?»
  - b. «Hábleme de Joe».

- c. «Hábleme de usted y de Joe».
  - d. «¿Se refiere a ese chico rubio de ojos azules?».
7. ¿Cuál de los siguientes es un mensaje concreto?
- a. «Ayúdame a colocar todos estos libros en la estantería de Marsha».
  - b. «Saca esto de aquí».
  - c. «¿Cuándo va a venir a casa?».
  - d. «Dijeron que era demasiado pronto para entrar».

---

## PREGUNTAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE

*Puede elegir más de una respuesta en cada pregunta.*

1. Las ventajas de la comunicación asertiva son:
  - a. Se respetan los derechos de todas las personas.
  - b. Se consigue que los demás estén de acuerdo contigo y que te acepten.
  - c. Impide que los demás se aprovechen del emisor.
  - d. El emisor puede decir «no» a las demandas de otras personas.
  - e. El emisor puede expresar sus pensamientos y sentimientos de forma segura.
  - f. El emisor consigue que se satisfagan sus necesidades.
2. ¿Cuáles de las siguientes son respuestas correctas desde el punto de vista de la comunicación terapéutica?
  - a. «No se preocupe, todo el mundo tiene un mal día de vez en cuando».
  - b. «No creo que a su madre le guste ese comportamiento».
  - c. «Hablemos de otra cosa».
  - d. «Dígame más cosas sobre el plan del alta».
  - e. «Eso parece una buena idea».
  - f. «¿Qué podría hacer usted la próxima vez que se enfade?».



# 7

## Actitud del paciente ante el trastorno mental

### Términos clave

- apoyo social
- atención de enfermería culturalmente competente
- confianza en sí mismo
- control del medio
- cultura
- espiritualidad
- etnia
- grupo cultural
- inventiva
- nivel socioeconómico
- organización social
- personalidad resistente
- redes sociales
- resiliencia
- sentido de pertenencia
- sentido del tiempo

### Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Explicar cómo influyen la edad, la madurez y el desarrollo evolutivo en la actitud del paciente ante el trastorno mental.
2. Explicar el papel de la salud física y las características biológicas en las respuestas emocionales del paciente.
3. Explicar la importancia de las características personales, como la confianza en sí mismo, la energía, la resiliencia, la inventiva y la espiritualidad, en la respuesta del paciente a los factores estresantes.
4. Explicar la influencia de los factores interpersonales, como el sentido de pertenencia a un grupo o colectividad,

las redes sociales y el apoyo familiar, sobre la respuesta del paciente al trastorno mental.

5. Describir diversas creencias y prácticas culturales que pueden afectar a la salud y a los trastornos mentales.
6. Explicar los factores culturales que el personal de enfermería debe evaluar y tener en cuenta cuando trabaja con pacientes de diferentes culturas.
7. Explicar el papel que desempeña del personal de enfermería en la evaluación y en el trabajo con pacientes de diferentes culturas.

**NUMEROSOS TEÓRICOS DE LA ENFERMERÍA** describen a la persona o individuo como un ser biopsicosocial, poseedor de características exclusivas y capaz de responder a los demás y al mundo de formas muy diferentes. Esta visión de la persona como un ser con características irrepetibles obliga al profesional de la enfermería a evaluar a los pacientes de forma individualizada, incluidas sus respuestas al entorno y al trastorno mental que padecen. De esta forma, el profesional podrá proporcionar a cada paciente la atención que necesita según sus características específicas. Esta originalidad de la respuesta que cada persona da a los estímulos de su entorno explica en parte por qué algunas personas enferman y otras no. No es fácil explicar por qué dos personas criadas en un mismo ambiente estresante (p. ej., en un hogar en el que sufrían abandono o malos tratos) responden de forma tan diferente a la situación que les ha tocado vivir: una de ellas alcanza un éxito razonable en la vida, se casa y forma una familia estable y unida, mientras que la otra se siente sola, deprimida y sin apoyos, se divorcia y bebe demasiado. Aunque no se sabe con exactitud el porqué de desenlaces tan distintos, la investigación indica que en las respuestas de las personas influyen una serie de factores personales, interpersonales y culturales.

La **cultura** es el conjunto de valores, creencias, costumbres y formas de pensar que los niños aprenden por haber nacido en una sociedad determinada. Es la cultura la que guía nuestra forma de ver el mundo, a nosotros mismos y a los demás. Esta visión influye en todos los aspectos de la persona, entre los que están la salud física y mental, la enfermedad y el tratamiento. El término diversidad cultural se refiere a la amplia gama de diferencias que existen entre las poblaciones.

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.

En este capítulo examinamos algunos de los factores personales, interpersonales y culturales que determinan, o al menos influyen, en la respuesta a la enfermedad y al tratamiento, respuesta que es propia y exclusiva de cada individuo. Para determinar la forma en la que una persona hace frente a la enfermedad, no podemos examinar sólo uno o dos factores: más bien tendremos que partir del supuesto de que cada persona es el resultado de una combinación de factores que se superponen e interactúan entre sí.

## **FACTORES INDIVIDUALES**

### **Edad, crecimiento y desarrollo evolutivo**

Parece que la edad de la persona afecta a la forma en la que afronta la enfermedad. Por

ejemplo, la edad de inicio de la esquizofrenia es un fuerte predictor del pronóstico de la enfermedad (Buchanan y Carpenter, 2005). Los pacientes más jóvenes en el momento de la aparición de la enfermedad tienen un peor desenlace: más signos negativos (apatía, aislamiento social y abulia) y habilidades de afrontamiento menos eficaces que las personas que enferman a edades más avanzadas. Uno de los posibles motivos de esta diferencia es que los pacientes más jóvenes aún no han tenido la experiencia de vivir de forma independiente ni la oportunidad de trabajar y de ser autosuficientes, y su sentido de la identidad personal es menos desarrollado que el de los pacientes mayores.

La forma en la que el paciente expresa la enfermedad también tiene que ver en gran medida con la edad. Un niño pequeño que padece un trastorno por déficit de atención con hiperactividad seguramente carecerá de la comprensión y la capacidad de describir lo que siente, lo que es un verdadero reto para el tratamiento del trastorno. El personal de enfermería debe conocer la comprensión y la capacidad de expresión oral del niño con el fin de comprender la experiencia que estos pacientes describen.

Erik Erikson definió el desarrollo psicosocial durante la vida en términos de las tareas de maduración evolutiva que han de alcanzarse en cada etapa (tabla 7-1). Cada etapa del desarrollo depende de la realización satisfactoria de la anterior. En cada etapa la persona debe concluir una tarea crítica que es esencial para su bienestar y salud mental. Si no logra cumplir con esa tarea crítica, se produce un resultado negativo en esta fase concreta del desarrollo, lo que a su vez impedirá la realización satisfactoria de las tareas posteriores. Por ejemplo, la etapa de la primera infancia (desde el nacimiento hasta los 18 meses) es el período de «la confianza frente a la desconfianza». En esta etapa, el bebé debe adquirir la confianza básica hacia sus padres o tutores; es decir, el niño debe confiar en que se le atenderá, se le dará de comer, se le cambiarán los pañales, se le amará y se hará todo lo posible para que no le pase nada. Si el bebé no completa la tarea descrita en esta etapa, es posible que más tarde durante su vida sea incapaz de amar a otras personas y confiar en ellas. Dado que la capacidad de confiar en los demás es imprescindible para establecer buenas relaciones, sus relaciones interpersonales probablemente serán insatisfactorias y conflictivas. En la tabla 7-2 se presenta un resumen de las tareas del desarrollo que deben realizar los adultos.

Según la teoría de Erikson, las personas pueden quedarse «estancadas» en cualquier etapa del desarrollo evolutivo. Por ejemplo, una persona que nunca completó la tarea de maduración de la autonomía puede llegar a ser demasiado dependiente de los demás. La imposibilidad de construir una identidad clara puede dar lugar a una confusión de roles y funciones, y como consecuencia, una idea poco clara de quién se es como persona. La eficacia alcanzada al realizar las tareas propias de cada etapa influye también en la forma en la que la persona responde al estrés y a la enfermedad. Las tareas evolutivas no realizadas o realizadas de forma errónea o incompleta suelen dar lugar a sentimientos de inferioridad, duda, falta de confianza en sí mismo y en los demás y aislamiento social, y todo ello afecta a la forma en la que el individuo responde a la enfermedad.

## **La genética y los factores biológicos**

La herencia y los factores biológicos no están bajo control voluntario, y además no podemos cambiarlos. La investigación ha descubierto vínculos genéticos con diversos trastornos. Así, algunas personas nacen con un gen relacionado con una variante de la enfermedad de Alzheimer. Si bien hasta la fecha no se han conseguido identificar vínculos genéticos específicos para algunos trastornos mentales, como el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor y el alcoholismo, los estudios realizados demuestran que éstos y otros trastornos mentales suelen aparecer con más frecuencia en unas familias que en otras. Por otro lado, no cabe duda de que la constitución genética influye de forma muy importante en la respuesta de cada persona a la enfermedad, y, posiblemente, también en la respuesta al tratamiento. Por ello, los antecedentes familiares son un elemento esencial de la evaluación en enfermería.

**Tabla 7-1. Etapas del desarrollo psicosocial según Erikson**

Etapa	Características
Confianza frente a desconfianza (bebé)	El bebé tiene que ver el mundo como un lugar seguro y fiable Percibe las relaciones con sus padres como proveedoras de cuidado, estables y dignas de confianza
Autonomía frente a vergüenza y duda (niño pequeño) Iniciativa frente a culpa (preescolar)	El niño debe conseguir el sentido del control y de la libre voluntad Comienza a aparecer la consciencia El niño debe aprender a manejar los conflictos y la ansiedad
Laboriosidad frente a inferioridad (edad escolar)	El niño adquiere confianza en sus propias capacidades Obtiene placer de sus logros
Identidad frente a dispersión de la personalidad (adolescencia) Intimidad frente a aislamiento (juventud)	El adolescente alcanza un sentido claro de sí mismo y un sentido de pertenencia El adulto joven ama y concede importancia a las relaciones y a los afectos hacia las personas importantes para él Es creativo y productivo
Creatividad frente a estancamiento (edad adulta) Integridad del yo frente a desesperanza (madurez)	La persona hace todo lo posible para asegurar la vida a la siguiente generación Acepta la propia responsabilidad ante sí mismo y ante la vida

**Tabla 7-2. Tareas de maduración y desarrollo evolutivo del adulto**

Etapa	Características
Adulto joven (25-45 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aceptarse como persona</li> <li>Estabilizar la imagen de sí mismo</li> <li>Independizarse del hogar paterno y obtener sus propios ingresos económicos</li> <li>Elegir una carrera o descubrir una vocación</li> <li>Establecer un vínculo íntimo con otra persona</li> <li>Formar un grupo social y de amigos afines</li> <li>Convertirse en un ciudadano comprometido</li> </ul>
Mediana edad (45-65 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer y mantener una familia</li> <li>Expresar amor mediante contactos que trascienden lo sexual</li> <li>Mantener un estilo de vida sano</li> <li>Adquirir el sentido de unidad con su pareja</li> <li>Ayudar a los hijos a convertirse en adultos responsables</li> <li>Renunciar a ocupar el lugar central en la vida de sus hijos ya mayores</li> <li>Aceptar a las parejas y amigos de sus hijos</li> <li>Crear un hogar cómodo y agradable</li> <li>Sentirse orgulloso de los logros propios y de los de su pareja</li> <li>Invertir los papeles con sus padres cuando envejecen</li> <li>Alcanzar una responsabilidad cívica y social madura</li> <li>Adaptarse a los cambios físicos propios de la edad</li> <li>Emplear el tiempo libre de forma creativa</li> </ul>
Adulto mayor (de 65 años en adelante)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apreciar a los viejos amigos y hacer amigos nuevos</li> <li>Preparar la jubilación</li> <li>Reconocer el proceso de envejecimiento y las consiguientes limitaciones</li> <li>Adaptarse a los cambios en su salud</li> <li>Decidir dónde quiere vivir los años de vida que le quedan</li> <li>Continuar manteniendo una relación de amor y ternura con su pareja</li> <li>Adaptar su nivel de vida a sus ingresos económicos</li> <li>Mantener el máximo nivel de salud</li> <li>Cuidar de sí mismo física y emocionalmente</li> <li>Mantener el contacto con sus hijos y demás familiares</li> <li>Conservar el interés por las personas que no forman parte de la familia</li> <li>Encontrar sentido a la vida después de la jubilación</li> <li>Adaptarse a la muerte de su pareja y de otras personas queridas</li> </ul>

## Salud física y vida sana

La salud física también influye en cómo respondemos al estrés y las enfermedades psicosociales. Cuanto más sana está una persona, mayor capacidad tiene de afrontar con eficacia el estrés y la enfermedad. El mal estado nutricional, la falta de sueño y las enfermedades crónicas merman la capacidad del individuo de afrontar el trastorno mental que padece. A diferencia de lo que ocurre con los factores genéticos que, por definición, no podemos modificar, podemos adoptar una forma de vida sana y cuidar nuestro organismo para estar en mejores condiciones para afrontar un trastorno mental. Por esta razón, el profesional de la enfermería en psiquiatría y salud mental evaluará siempre la salud física del paciente, incluso en los casos en que el paciente busca ayuda sólo por problemas de salud mental.

Las costumbres sanas, como el ejercicio físico regular, influyen en la respuesta del paciente al trastorno mental. El ejercicio físico es una intervención de autoayuda con la que pueden reducirse los efectos negativos de la depresión y la ansiedad (Morgan y Jorm, 2008). Además, cuando un paciente con problemas de salud mental hace ejercicio físico con otras personas que también tienen problemas, los integrantes del grupo suelen informar de un mayor apoyo social y de un aumento del bienestar (Carless y Douglas,

2008). Esto indica que la participación habitual en la práctica del ejercicio físico con otras personas puede ser un indicador positivo de equilibrio mental, mientras que dejar de participar puede dar lugar a un empeoramiento de la salud mental.

### **Respuesta a la medicación**

Las diferencias biológicas pueden afectar a la respuesta de los pacientes al tratamiento, especialmente a los psicofármacos. Los distintos grupos étnicos difieren en cuanto al metabolismo y a la eficacia de los psicofármacos. Algunos de estos grupos metabolizan los psicofármacos con más lentitud, lo que significa que la concentración del fármaco en la sangre permanece más alta durante más tiempo, y esto hace que aumenten la frecuencia y la gravedad de los efectos secundarios. Los pacientes que metabolizan los psicofármacos más lentamente necesitan en general dosis más bajas para obtener el efecto terapéutico deseado (Purnell y Paulanka, 2008). En general, los pacientes no caucásicos tratados con protocolos farmacológicos occidentales presentan concentraciones séricas del psicofármaco más elevadas después de la administración de una sola dosis, y suelen presentar más efectos secundarios. Si bien en muchos países no occidentales se ha informado de la eficacia del tratamiento con menores dosis de psicofármacos, la posología occidental es la utilizada como guía para la prescripción de estos fármacos en Estados Unidos. Al evaluar la eficacia de los psicofármacos, el profesional tiene que prestar atención a los efectos secundarios y a las concentraciones séricas del fármaco en los pacientes de orígenes étnicos diferentes al mayoritario en Estados Unidos.





Evalúe la salud física del paciente.

### Confianza en sí mismo

La **confianza en sí mismo** es la convicción de que nuestras capacidades y esfuerzos personales tienen un efecto sobre lo que nos ocurre en nuestras vidas. Es muy probable que la persona que cree que su conducta sirve para cambiar las cosas, pase a la acción. Las personas que tienen una gran confianza en sí mismas se fijan metas personales, están motivadas, se enfrentan con eficacia al estrés y piden ayuda a los demás cuando la necesitan. Por el contrario, las personas con baja confianza en sí mismos aspiran a pocas cosas en la vida, tienen muchas dudas sobre sus propias capacidades y suelen padecer ansiedad y depresión. Se sabe que el tratamiento centrado en el aumento de la capacidad de tomar el control de la propia vida, es decir, en el aumento de la confianza en sí mismo, tiene efectos terapéuticos muy beneficiosos, ya que sirve para que el individuo introduzca cambios importantes en su vida. Este tipo de tratamiento se puede orientar fundamentalmente de cuatro formas:

- Hacer que la persona experimente la obtención de logros gracias a sus propios esfuerzos y enseñarle técnicas para superar los obstáculos.

- El modelado social (observar a las personas que alcanzan sus objetivos nos inspira la idea de que nosotros también podemos triunfar, y cambiamos las conductas por imitación de un modelo al que admiramos).
- Persuasión (convencer al individuo de que debe creer en sí mismo y en sus propias capacidades).
- Reducir el estrés, aumentar la fuerza física y enseñar a interpretar positivamente las sensaciones físicas (p. ej., considerar el cansancio como un signo indicativo de que hemos conseguido algo valioso y no como falta de energía).

Cutler (2005) observó que existe una relación entre la confianza en sí mismo y la motivación del paciente por cuidarse y seguir el tratamiento después del alta. Los pacientes con mayor confianza en sí mismos que se reintegraron a la sociedad después de recibir el alta tenían expectativas más positivas sobre sus posibilidades de alcanzar sus objetivos. Cutler indica que las intervenciones terapéuticas cuyo objetivo es promover la confianza en sí mismos de los pacientes suelen tener efectos positivos en la capacidad para reintegrarse a la sociedad y en las relaciones interpersonales.

### Personalidad resistente

La **personalidad resistente** se define como la capacidad de no enfermar cuando se está sometido al estrés. Descrita por primera vez por Kobasa (1979), posee tres componentes:

1. *Compromiso*: participación activa en las actividades de la vida diaria.
2. *Control*: capacidad de tomar las decisiones adecuadas para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.
3. *Reto*: capacidad de percibir los cambios como algo beneficioso y no sólo como una posible fuente de estrés.

Se ha observado que la personalidad tiene un efecto moderador o amortiguador en las personas con estrés. Kobasa (1979) observó que los ejecutivos del sexo masculino sometidos a un nivel elevado de estrés pero con baja incidencia de enfermedades obtenían puntuaciones más elevadas en una escala de personalidad resistente que sus compañeros de trabajo con un nivel elevado de estrés y una incidencia elevada de enfermedades. Los resultados de estudios como éste indican que los acontecimientos estresantes de la vida dañan más a las personas que tienen poca resistencia que a las que tienen una resistencia elevada.

La personalidad resistente suele describirse como una combinación de actitudes y conductas que ayudan al individuo a convertir las circunstancias estresantes en oportunidades de crecimiento personal. Maddi (2005) observó que las personas con un nivel elevado de personalidad percibían con más exactitud las causas del estrés y eran capaces de resolver problemas con más eficacia en estas situaciones. La resistencia colectiva es un factor muy importante en el caso de la familia que tiene que hacer frente al trastorno mental de uno de sus miembros (Greeff, Vansteenween y Mieke, 2006).

Algunos autores consideran que el concepto de personalidad resistente es vago y poco claro, y que es posible que la resistencia no sea útil para todo el mundo. Otros investigadores creen que los efectos de la resistencia no son los mismos en los hombres y

en las mujeres. Además, puede que la personalidad resistente sea útil sólo para quienes valoran el individualismo, como ocurre en la mayoría de los individuos de las sociedades occidentales o que se identifican con dicha cultura. Hay personas que valoran más las relaciones con los demás que los logros individuales, y es posible que para estas personas la personalidad resistente no sea beneficiosa.

### **Resiliencia e inventiva**

La resiliencia y la inventiva son dos conceptos estrechamente relacionados. Ambas características ayudan a las personas a afrontar el estrés y a minimizar los efectos de la enfermedad (Edward y Warelow, 2005). La **resiliencia** puede definirse como la capacidad de dar una respuesta sana a las circunstancias estresantes o a las situaciones de riesgo. Este concepto ayuda a explicar por qué una persona reacciona con intensa ansiedad ante un acontecimiento ligeramente estresante, mientras que otra no experimenta desasosiego ni siquiera cuando tiene que hacer frente a una perturbación importante.

Keyes (2007) descubrió que un grado elevado de resiliencia está asociado con la promoción y la protección de la propia salud mental, que este autor denominó «prosperidad». La resiliencia familiar se define como la capacidad que tienen los miembros de la familia a afrontar el estrés (Black y Lobo, 2008). Los factores que suelen encontrarse en las familias con resiliencia son: una actitud positiva ante la vida, espiritualidad, un grado elevado de acuerdo entre los miembros de la familia, flexibilidad, comunicación intrafamiliar y existencia de una red de apoyo social. Además se ha observado que los miembros de las familias con resiliencia pasan más tiempo juntos, comparten actividades recreativas y participan en los rituales y en las tradiciones familiares.

La **inventiva** consiste en la capacidad de resolver problemas de forma ingeniosa e imaginativa y en el convencimiento de que uno es capaz de enfrentarse con eficacia a las situaciones adversas o nuevas. Se desarrolla gracias a las interacciones con los demás y al afrontamiento eficaz de los problemas que nos va planteando el día a día. Algunos ejemplos de inventiva son los comportamientos cuyo objetivo es mantener o mejorar la salud, aprender a cuidarse, el control de los pensamientos y sentimientos que tenemos cuando debemos afrontar situaciones estresantes y la capacidad de actuar para manejar las circunstancias que provocan el estrés. Chang, Zauszniewski, Heinzer, Musil y Tsai (2007) observaron que la inventiva era clave para reducir los síntomas depresivos y mejorar el funcionamiento adaptativo de un grupo de niños cuyas profesoras estaban deprimidas.

### **Espiritualidad**

La **espiritualidad** es la esencia del ser de una persona. Constituye el conjunto de creencias que tiene una persona sobre el sentido y el porqué de la vida. Puede incluir la creencia en Dios o en un poder superior, la práctica de una religión o de una serie de rituales propios de una determinada cultura o una forma concreta de relacionarse con la

naturaleza. Si bien muchos pacientes con trastornos mentales presentan un delirio religioso que les perturba, para muchas personas de la población general la religión y la espiritualidad son fuente de consuelo y de ayuda en tiempos difíciles o traumáticos. Los estudios han demostrado que la espiritualidad constituye una ayuda auténtica para muchos adultos que sufren un trastorno mental, y que es un mecanismo fundamental para afrontar el trastorno, así como un factor que da sentido y coherencia a su vida. En muchos casos, la religión y la espiritualidad sirven para que el paciente encuentre ayuda en una red de apoyo social, de la que, en otro caso, carecería (Anthony, 2008).



### **Espiritualidad.**

Se ha demostrado que las actividades religiosas, como ir a la iglesia y rezar, junto con el apoyo social, son de máxima importancia para muchas personas, y están asociadas con una mejor salud y con sensación de bienestar. También se ha comprobado que estas actividades ayudan a muchas personas a afrontar las enfermedades. Se ha observado que la fe y la esperanza son factores clave de la rehabilitación psiquiátrica y física. Chaudry (2008) informó que los pacientes que se apoyaban en su fe religiosa estaban menos

deprimidos y ansiosos que los que se apoyaban menos en la fe. La religión y la espiritualidad también pueden ayudar a familias que tienen entre sus miembros a un enfermo mental, ya que sirven para que el cuidador se sienta apoyado y pueda dedicarse a actividades de esparcimiento, que además, le permiten salir del aislamiento. Dado que las creencias y las prácticas espirituales o religiosas ayudan a los pacientes a afrontar el estrés y la enfermedad, el profesional será especialmente sensible a estas prácticas y creencias. Además, las aceptará en todo momento, sin emitir juicios de valor. Si se incorporan estas prácticas a la atención del paciente, se le puede ayudar a comprender mejor su enfermedad y a encontrar un sentido y un propósito a la situación que está viviendo. Además, el paciente se sentirá más apoyado por el profesional (Huguelet, Mohr, Borrás, Gillieron y Brandt, 2006).

## FACTORES INTERPERSONALES

### Sentido de pertenencia

El **sentido de pertenencia** a un grupo o colectivo es la sensación de estar conectados con o incluidos en un sistema social o en un entorno del que la persona se considera parte integrante. Abraham Maslow describió el sentido de pertenencia como una necesidad psicosocial específica de los humanos que se basa en el sentimiento de ser útil a los demás y de encajar en un grupo. El *sentimiento de ser útil* a los demás consiste en la sensación de que los demás nos necesitan y nos aceptan. El *sentimiento de encajar en un grupo* consiste en la sensación de que uno está entrelazado y coordinado con los demás y en armonía con el entorno. Esto quiere decir que cuando una persona pertenece a un grupo o colectivo, se siente valorado y se considera digno de pertenecer al grupo de apoyo. Son ejemplos de grupos de apoyo la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, los clubes y asociaciones e, incluso, los profesionales de la salud.





### Sentido de pertenencia.

El sentido de pertenencia de una persona influye de forma muy importante en su funcionamiento social y psicológico. Se ha comprobado que el sentido de pertenencia promueve la salud, en tanto que su carencia la deteriora. También se ha relacionado un mayor sentido de pertenencia con menos ansiedad. Las personas que tienen sentido de pertenencia están menos aisladas, tienen un objetivo en la vida, saben que los demás las necesitan y se sienten socialmente productivas. Por tanto, el profesional tiene que poner en práctica intervenciones que contribuyan a aumentar el sentido de pertenencia de los pacientes ([Granerud y Severinsson, 2006](#)).

### Redes y apoyos sociales

Las **redes sociales** están formadas por todas las personas que conocemos y con las que nos sentimos conectados. Los estudios demuestran que disponer de una red social ayuda a reducir el estrés y a disminuir las enfermedades e influye positivamente en la capacidad de enfrentarse y adaptarse a las enfermedades ([Chanokruthai, Williams y Hagerty, 2005](#)).



El **apoyo social** es el sostén emocional que proviene de los amigos, de los familiares e incluso de los profesionales de la salud. Todos estos grupos sociales pueden ayudar a la persona cuando surge un problema. El apoyo social no es lo mismo que los contactos sociales, ya que estos últimos no siempre nos proporcionan el apoyo emocional que necesitamos. Ejemplo de contacto social es la charla amistosa que se mantiene en una fiesta con una persona que no conocíamos.

Se ha comprobado que las personas que cuentan con apoyo emocional y práctico están más sanas que las que no lo tienen (Vanderhorst y McLaren, 2005). Las relaciones sociales relevantes con familiares o amigos mejoran la salud y el bienestar de las personas mayores. Para ello, es esencial que la familia o los amigos respondan con su apoyo cuando hace falta. Sin embargo, la persona que tiene problemas también tiene que poner de su parte y no recurrir a su familia o amigos sólo cuando tiene problemas. Visitar a los familiares y amigos o llamarles por teléfono de forma habitual es esencial para mantener una buena red de apoyo social. Los principales elementos de un apoyo social satisfactorio son: la capacidad y la disposición de la persona de solicitar apoyo cuando lo necesita y la capacidad y la disposición del sistema de apoyar cuando alguien solicita ayuda.

Hay, además, dos elementos indispensables para que un sistema de apoyo sea eficaz: la percepción que el paciente tiene del sistema y la respuesta que el sistema da a la demanda de ayuda. El paciente debe percibir que el sistema social le sirve para reforzar su confianza y autoestima. Además, debe tener la seguridad de que le va ayudar en la medida de lo posible a afrontar sus problemas. El paciente también debe percibir que las acciones del sistema de apoyo son coherentes con sus deseos y expectativas; en otras palabras, que el apoyo que se da es el que el paciente quiere y no el que el proveedor de apoyo cree que sería bueno para el paciente. Además de ayuda emocional, el sistema de apoyo también tiene que ser capaz de proporcionar ayuda directa o material (p. ej., un medio de transporte o ayuda para concertar una cita con el médico o el psicólogo). Algunas personas saben buscar ayuda cuando la necesitan, pero otras carecen de esta habilidad, muchas veces porque no se sienten cómodas en las relaciones interpersonales, y esto hace que se alejen de las personas que podrían ayudarles. El profesional debe ayudar al paciente a encontrar personas solidarias dispuestas a apoyarle. Además, tiene que enseñar al paciente a pedir ayuda y apoyo cuando lo necesite.

### **Apoyo familiar**

Como fuente de apoyo social, la familia es un factor fundamental en la recuperación de los pacientes con trastornos mentales. Si bien los familiares no siempre son un factor positivo para la salud mental, la mayoría de las veces desempeñan una importante función en la recuperación. Los profesionales de la salud no pueden reemplazar del todo a los familiares. El profesional debe animar a los familiares a que apoyen al paciente de forma continua, incluso cuando está ingresado en el hospital. El profesional debe saber identificar los factores positivos que tiene la familia, como el amor y la preocupación, ya que estos factores serán indispensables para conseguir la recuperación del paciente (Reid, Lloyd y de Groot, 2005).

## FACTORES CULTURALES

Según el Census Bureau de Estados Unidos, actualmente el 33 % de las personas que viven en Estados Unidos pertenecen a culturas diferentes a la mayoritaria de ese país. Las predicciones estadísticas indican que esta población se triplicará en 2050. La composición cambiante de la sociedad tiene implicaciones para los profesionales sanitarios, que en su mayoría son caucásicos y de origen europeo, por lo que no están familiarizados con las creencias y prácticas culturales diferentes a las suyas (Purnell y Paulanka, 2008). **La atención de en enfermería culturalmente competente** es la que muestra sensibilidad hacia los temas relacionados con la cultura, la etnia, el sexo, la orientación sexual, la clase social, la situación económica y otros factores socioculturales.

Tabla 7-3. Creencias culturales sobre la salud y la enfermedad

Cultura	Creencias sobre la enfermedad: creencia sobre la causa de los trastornos	Concepto de salud
Afroamericanos	Falta de equilibrio espiritual	Sentimientos de bienestar, capacidad de cumplir con las expectativas asociadas al rol, sin dolor ni excesivo estrés
Camboyanos	Brutalidades de los jermes rojos	Salud como equilibrio personal, pero en el que influyen la familia y la sociedad
Chinos	Falta de armonía de las emociones, malos espíritus	La salud se mantiene mediante el equilibrio del <i>yin</i> y el <i>yang</i> , del cuerpo, de la mente y del espíritu
Cubanos	Herencia, estrés muy extremo	Gordura y mejillas sonrosadas (tradicional); estar en forma y mantenerse delgados (aculturalizados en Estados Unidos)
Estadounidenses de origen árabe	Ira de Dios, miedos súbitos, fingimiento de una enfermedad para manipular a la familia	Don de Dios que se manifiesta por comer bien, cumplir con las obligaciones sociales, estar de buen humor y no tener dolor ni estrés
Estadounidenses de origen indígena (nativos norteamericanos)	Falta de armonía con el mundo natural, violación de los tabúes, fantasmas	Integridad y tendencia al bienestar
Estadounidenses de origen japonés	Falta del propio control mental provocada por los malos espíritus, castigo por una conducta inadecuada, no llevar una vida buena	Equilibrio y armonía entre la persona, la sociedad y el universo
Estadounidenses de origen mexicano	Pueden contribuir los humores, Dios, la espiritualidad y las relaciones interpersonales.	Sentirse bien y ser capaz de realizar las funciones personales
Filipinos	Alteración de la armonía del mundo individual y espiritual	Mantenimiento del equilibrio; la buena salud consiste en buena comida, fuerza y ausencia de dolor
Haitianos	Causas sobrenaturales	Mantenimiento del equilibrio comiendo bien, prestar atención a la higiene personal, la oración y buenas costumbres espirituales
Hindúes y paquistanies	Maldiciones de los enemigos, ser presa de un espíritu malvado	Equilibrio del fuego digestivo, los humores corporales y los productos de desecho; que los sentidos funcionen normalmente; armonía entre el cuerpo, la mente y el espíritu
Puertorriqueños	Herencia, <i>sufrimientos</i>	No sentir malestar psicológico, espiritual ni físico; ser limpio y no demasiado delgado
Rusos	El estrés y trasladarse a un entorno nuevo	Movimientos intestinales regulares y sin síntomas
Vietnamitas	Alteración de la armonía del individuo; hechizo de algún espíritu ancestral	Armonía y equilibrio interior

El personal de enfermería y los profesionales sanitarios deben aprender sobre otras culturas y convertirse en expertos para poder prestar una atención adecuada a los pacientes de origen cultural diferente al mayoritario. Conocer las creencias y las prácticas culturales de los demás y comprender su sentido es fundamental para prestar al paciente

una asistencia integral y comprensible para él (tabla 7-3).

### **Creencias sobre la causa de las enfermedades**

La cultura es el aspecto que más influye en las creencias y en las prácticas relacionadas con la salud de las personas. Está demostrado que nuestro concepto de enfermedad y de trastorno mental tiene una influencia muy importante sobre nosotros. Los dos tipos principales de creencias acerca de lo que causa la enfermedad en las culturas no occidentales son las *naturales* y las *no naturales* o personales. En algunas culturas se atribuye la causa de la enfermedad a la intervención activa y deliberada de un elemento externo al sujeto, un espíritu o una fuerza o deidad sobrenatural: éstas son las causas no naturales. Las causas *naturales* tienen su origen en la creencia de que los responsables de la enfermedad son las fuerzas o estados de la naturaleza como el frío, el calor, el viento y la humedad (Giger y Davidhizar, 2007). Un paciente que comparta alguna de estas creencias sobre la causa de las enfermedades no percibirá una relación entre su propio comportamiento y las prácticas relacionadas con la salud, por un lado, y la enfermedad, por otro. Por este motivo, intentará contrarrestar las fuerzas o los espíritus negativos mediante remedios tradicionales de su cultura, en vez de tomar la medicación o cambiar sus prácticas con respecto a la salud.

### **Factores de la evaluación cultural**

Giger y Davidhizar (2007) recomiendan evaluar a los pacientes mediante un modelo en el que se tienen en cuenta seis factores culturales: la comunicación, el espacio personal, la organización social, el sentido del tiempo, el control del medio y las variaciones biológicas (tabla 7-4 y cuadro 7-1).

#### **Comunicación**

La comunicación verbal es difícil cuando el paciente y el personal de enfermería no hablan el mismo idioma. Además, hemos de ser conscientes de que la comunicación no verbal tiene diferentes significados en las distintas culturas. Por ejemplo, en algunas culturas se acepta el contacto físico como forma de comunicación y considera que significa apoyo, afecto o empatía, mientras que en otras se considera ofensivo. Algunas mujeres asiáticas nunca dan la mano cuando saludan a otra mujer o a un hombre. Algunas tribus originarias de Estados Unidos creen que dar la mano de forma enérgica es agresivo, en tanto que los españoles o los franceses consideran que es indicativo de fortaleza y de buen carácter.

Tabla 7-4. Factores culturales que pueden afectar a la respuesta a la enfermedad

Cultura	Comunicación	Espacio personal	Organización social	Sentido del tiempo
Afroamericanos	<b>Lenguaje no verbal:</b> afectuoso, contacto físico, abrazos, contacto visual <b>Tono de voz:</b> puede ser alto y animado	Respetan la intimidad; acercamiento respetuoso, un apretón de manos se considera correcto	Familia: nuclear, extensa, matriarcal, puede incluir a los amigos íntimos	Flexible, no lineal, los asuntos de la vida tienen prioridad sobre las citas concertadas
Estadounidenses de origen árabe	<b>Lenguaje no verbal:</b> expresivo, cálido, orientado hacia el otro, tímido y modesto <b>Tono de voz:</b> florido, hablar alto significa que el mensaje es importante	Prefieren la cercanía en el espacio y con alguien del mismo sexo	Familia: nuclear y extensa, generalmente viven todos en la misma vivienda	Más interesados por el pasado y el futuro que por el presente
Estadounidenses de origen indígena (nativos norteamericanos)	<b>Lenguaje no verbal:</b> el respeto se comunica evitando el contacto visual, contacto ligero de las manos <b>Tono de voz:</b> callado y reservado		Familia: variable, puede ser un clan matriarcal o patriarcal	Flexible, no lineal; fluye por ciclos naturales y no por horarios programados y rígidos
Camboyanos	<b>Lenguaje no verbal:</b> se aprecia el silencio más que la charla; se acepta el contacto visual, pero las mujeres «educadas» bajan la mirada <b>Tono de voz:</b> callados	Poco espacio entre una persona y otra	Gran importancia de la familia, suelen convivir tres generaciones en una misma casa	Actitud flexible, es de esperar que se retrasen en las citas, énfasis en el pasado (recuerdan a los antepasados) pero también en el presente porque las acciones de ahora determinan el futuro
Chinos	<b>Lenguaje no verbal:</b> contacto visual y contacto físico entre familiares y amigos; se evita el contacto visual con las figuras de autoridad <b>Tono de voz:</b> expresivo y puede parecer alto a algunas personas	Mantienen una distancia respetuosa	Son habituales las familias extensas, lo normal es que la mujer forme parte de la familia del marido	No se valora la puntualidad
Cubanos	<b>Lenguaje no verbal:</b> contacto visual directo, extravertidos, contacto cercano y contacto físico con familiares y amigos <b>Tono de voz:</b> alto en la conversación normal, las órdenes y la petición de favores pueden parecer imposiciones	Las preferencias sobre el espacio personal varían mucho	Dedicados a la familia, familias numerosas conviven en una misma casa	El sentido social del tiempo varía, puntuales en las citas de negocios
Estadounidenses de origen japonés	<b>Lenguaje no verbal:</b> callados y corteses, reservados y formales, poco contacto visual con las figuras de autoridad <b>Tono de voz:</b> suave, evitan los conflictos	Tocarse no es habitual, leve inclinación de la cabeza, los jóvenes se dan la mano	Dedicados a la familia, la persona está subordinada a la unidad familiar; la estructura de la familia es jerárquica e interdependiente	La puntualidad es importante, muchas veces llegan a las citas antes de la hora



Estadounidenses de origen mexicano	<b>Lenguaje no verbal:</b> evitan el contacto visual con las figuras de autoridad <b>Tono de voz:</b> respetuoso y cortés	No les gusta que les toquen los extraños; dar la mano para saludar se considera cortés y se valora muy positivamente	Familias mayoritariamente nucleares, extensas y con padrinos, la familia es lo primero	Más conscientes del presente que del pasado o del futuro, el tiempo se considera en relación con la situación actual
Filipinos	<b>Lenguaje no verbal:</b> tímidos y afectuosos, poco contacto visual directo con las figuras de autoridad. <b>Tono de voz:</b> suave, pero cambia según la emoción	Generalmente no estrechan la mano y el espacio personal es reducido	Dedicados a la familia, que es nuclear y extensa, pueden convivir varias generaciones en una misma casa	Miran hacia el pasado y el presente; impuntuales en los acontecimientos sociales pero puntuales para los negocios y las citas
Hindúes y paquistanies	<b>Lenguaje no verbal:</b> el contacto visual directo se considera grosero; se pone el acento en la modestia, la humildad y la timidez <b>Tono de voz:</b> suave; puede ser más alto en los más jóvenes	El espacio personal es restringido; se acepta saludar estrechando la mano entre los hombres, pero no es habitual entre las mujeres	La familia extensa es lo más habitual, las mujeres suelen vivir en la casa de la familia del marido	No tienen una gran consciencia del tiempo en situaciones sociales, pero son puntuales en las citas
Haitianos	<b>Lenguaje no verbal:</b> corteses, tímidos, contacto visual reducido con las figuras de autoridad, sonrisas y asentimientos como señal de respeto <b>Tono de voz:</b> rico y expresivo, aumentan el volumen para enfatizar	Muy amistosos y ligados a la familia, saludan estrechando la mano de forma respetuosa	Familia muy unida y afectuosa, extensa y nuclear, sociedad matriarcal	No se comprometen con el tiempo ni con las agendas: todas las personas y todas las cosas pueden esperar
Puertorriqueños	<b>Lenguaje no verbal:</b> el contacto visual varía mucho de una persona a otra; buscan relaciones interpersonales cálidas y fluidas <b>Tono de voz:</b> melódico, aumentan el volumen de la voz para enfatizar	Espacio estrecho entre la familia y los amigos; con los demás, se dan la mano para saludarse	Las actividades de la vida diaria, las decisiones y las normas culturales y sociales giran en torno a la familia	Llegan tarde a las citas o quieren que se les dedique más tiempo que el que se había previsto inicialmente
Rusos	<b>Lenguaje no verbal:</b> contacto visual directo, el asentimiento con la cabeza denota aprobación <b>Tono de voz:</b> a veces es demasiado alto, incluso cuando la conversación es agradable	El espacio es estrecho para la familia y los amigos y más amplio para otras personas hasta que se ha establecido la familiaridad	Familia extensa con lazos muy fuertes y gran respeto por los mayores	Llegan puntuales a las citas, incluso antes de la hora prevista
Vietnamitas	<b>Lenguaje no verbal:</b> durante la conversación es aceptable algún contacto físico suave, no hay contacto visual con las figuras de autoridad <b>Tono de voz:</b> hablan bajo	El espacio personal es más distante que el de los estadounidenses de origen europeo	Gran devoción por la familia, que puede ser nuclear o extendida	Algo impuntuales en las relaciones sociales, pero comprenden la importancia de la puntualidad cuando tienen una cita

## Cuadro 7-1. Factores culturales a tener en cuenta en la evaluación de enfermería

Comunicación.  
Espacio personal.  
Organización social.  
Sentido del tiempo.  
Control del medio.  
Variaciones biológicas.

Giger JN y Davidhizar RE (2007). *Transcultural nursing. Assessment and Intervention* (5.ª ed.). St. Louis: Mosby.

---

Las culturas occidentales consideran que el contacto visual con el interlocutor es positivo, mientras que los aborígenes de Estados Unidos (nativos de Norteamérica) y los asiáticos pueden pensar que se trata de un gesto de mala educación, por lo que evitan mirar a los ojos a los extraños cuando hablan con ellos. En algunos países de Oriente Medio, el contacto visual es muy intenso, lo que puede parecer impertinente a las personas de otras culturas. Estas diferencias son importantes, entre otras cosas, porque muchas personas hacen deducciones sobre la conducta o el carácter de una persona a partir de la frecuencia o duración del contacto visual. En el [capítulo 6](#) se explican de forma detallada las técnicas de comunicación no verbal.

### *Espacio personal*

Cada cultura tiene un punto de vista diferente sobre lo que se considera una distancia física cómoda durante el curso de la comunicación con otra persona. En Estados Unidos y otros muchos países pertenecientes a la cultura occidental, la distancia adecuada es de entre 30 cm y 60 cm. Los latinoamericanos y las personas de Oriente Medio tienden a situarse más cerca de su interlocutor que los occidentales. Los asiáticos y los nativos de Norteamérica suelen sentirse más cómodos si la distancia es de más de 30 cm o 60 cm. El personal de enfermería ha de tener en cuenta estas diferencias culturales y dar a los pacientes la distancia suficiente para que se sientan a gusto ([Giger y Davidhizar, 2007](#)).

### *Organización social*

La **organización social** se refiere a la organización y estructura familiar, a los valores y creencias religiosos, a la etnia y la cultura, todo lo cual afecta a las funciones de la persona y, por tanto, a su comportamiento sobre la salud y la enfermedad. En Occidente, las personas suelen buscar el consejo de un amigo o un familiar, y finalmente, toman la mayor parte de las decisiones por su cuenta. Muchos estadounidenses de origen chino, mexicano, vietnamita y puertorriqueño valoran mucho el papel que desempeña la familia a la hora de tomar decisiones sobre la asistencia sanitaria. Es frecuente que las personas pertenecientes a estas culturas retrasen la toma de decisiones hasta poder consultar con su familia o al menos con algunos familiares a los que consideran más capacitados para aconsejar. Respecto a la atención sanitaria, la autonomía del paciente es un concepto poco familiar y, además, poco deseable para estas culturas, ya que en ellas se considera que lo colectivo es más importante que lo individual.

### *Sentido del tiempo*

El **sentido del tiempo**, o si el tiempo se considera algo preciso o aproximado, es diferente en cada cultura. En muchos países occidentales se da mucha importancia al tiempo, por lo que se valoran positivamente la puntualidad, las agendas, las programaciones y los horarios. Sin embargo, algunos pacientes pertenecientes a culturas distintas a la occidental no conceden ninguna importancia a las citas, a los procedimientos médicos o de enfermería programados ni a los regímenes de tratamiento en los que hay que tomar la medicación a una hora determinada. Los profesionales sanitarios suelen enfadarse cuando estos pacientes se saltan las citas o no siguen el tratamiento de la forma



en la que se les ha prescrito porque no toman el medicamento a la hora indicada. No obstante, el personal de enfermería no debe concluir sin más que son pacientes que no cumplen el tratamiento, porque su conducta puede deberse a una percepción distinta del significado del tiempo. Siempre que sea posible, el profesional debe tener en cuenta y respetar el sentido del tiempo del paciente, en especial en las citas de seguimiento. Cuando es fundamental respetar los horarios, como ocurre en el caso de algunos psicofármacos, el profesional explicará al paciente que es fundamental que respete los horarios fijados (p. ej., debe saber que algunos psicofármacos no le harán efecto si no los toma a la hora y con la frecuencia que se le ha indicado).

### *Control del medio*

El **control del medio** es la capacidad que tiene el paciente de controlar su entorno y los factores externos que influyen en él (Giger y Davidhizar, 2007). Las personas convencidas de que tienen control sobre su salud suelen buscar ayuda cuando tienen un problema. Además, están más dispuestas a cambiar de conducta y a seguir las recomendaciones del personal sanitario. Por el contrario, quienes creen que las enfermedades son cosa de la naturaleza o que se deben a causas naturales y que nada puede hacerse para evitar que aparezcan o se agraven, tienden a no buscar ayuda o, si la buscan, preferirán los remedios de la medicina tradicional de su cultura, porque consideran que la medicina occidental no puede ayudarles.

### *Variaciones biológicas*

Existen variaciones biológicas entre personas originarias de diferentes culturas. Los estudios realizados sobre estas diferencias están empezando a dar resultados que nos ayudan a comprender que en el funcionamiento del organismo de los seres humanos influyen factores relacionados con la procedencia cultural y **étnica**. Por ejemplo, ahora sabemos que estas diferencias influyen en la respuesta a algunos psicofármacos. Se sabe que algunas variaciones biológicas relacionadas con la constitución física tienen que ver con la **etnia** a la que pertenecemos, mientras que otras están relacionadas con el grupo cultural. Por ejemplo, la anemia drepanocítica se observa casi exclusivamente en los afroamericanos, mientras que la enfermedad de Tay-Sachs se observa casi siempre en la comunidad judía de Estados Unidos.

### **Posición socioeconómica y clase social**

La **posición socioeconómica** de una persona se define por sus ingresos, su empleo y su nivel educativo. Estos factores tienen una influencia muy importante sobre la salud de una persona, porque de ellos depende el que tenga o no un seguro médico y de que pueda o no acceder con facilidad a la asistencia sanitaria. Lógicamente, también depende de la posición socioeconómica el poder permitirse pagar el tratamiento prescrito. Además, la pobreza está asociada con una serie de factores que afectan a la salud de forma adversa, como un alojamiento inadecuado (p. ej., las paredes pueden estar pintadas con pintura que contiene plomo), violencia provocada por el enfrentamiento entre bandas rivales, tráfico de drogas y acceso a centros educativos de muy bajo nivel.

En Estados Unidos, la clase social a la que se pertenece influye en menor medida

porque las barreras entre clases socioeconómicas son difusas y la movilidad social ascendente es un hecho habitual. Un ejemplo de ello es cuando una persona que ha nacido en una familia muy humilde estudia y consigue un buen empleo, de forma que sus ingresos son mucho más elevados que los de sus padres, y, por tanto podrá tener una vivienda mejor, acceder al sistema sanitario y llevar a sus hijos a un centro educativo de más calidad. Sin embargo, en otros países la clase social ejerce una influencia muy poderosa sobre las relaciones sociales, y puede llegar a determinar cómo se relacionan las personas entre sí, incluso en el interior de un centro sanitario. Por ejemplo, en la India aún está vigente el sistema de castas, y las personas de la casta más baja se consideran indignas y no merecedoras de una atención sanitaria de la misma calidad que la que reciben las castas más altas. El personal de enfermería debe estar atento a los signos indicativos de que la clase social está influyendo en la forma en la que los pacientes se relacionan entre sí y con los profesionales sanitarios, y hacer todo lo posible para que la pertenencia a una clase social baja no impida o limite el acceso a la asistencia sanitaria.

### **Características y diferencias culturales**

Conocer las características y diferencias de las distintas culturas es un buen punto de partida para que el profesional de la enfermería comience a relacionarse de forma eficaz y satisfactoria con personas de culturas distintas a la suya (Andrews y Boyle, 2007). Ser conscientes de las diferencias culturales más importantes ayuda al personal de enfermería a saber qué debe preguntar al paciente o cómo tiene que evaluar las prácticas relacionadas con la salud y las enfermedades. No obstante, hay que considerar que en una misma cultura, hay diferencias muy importantes entre las personas. El hecho de pertenecer a una cultura no significa que un individuo vaya a comportarse siempre y en todo momento según las pautas específicas de su cultura. Por tanto, es necesario valorar individualmente a cada persona y a cada familia para poder ofrecerles una atención de enfermería culturalmente competente que satisfaga las necesidades del paciente y sus familiares. A continuación, se presentan las características principales de cada una de las culturas importantes actualmente en Estados Unidos. Esta explicación debe considerarse un punto de partida a partir del cual el profesional debe aprender a saludar y a comunicarse, incluido el tono de voz que se considera aceptable en cada cultura, con pacientes de diferentes orígenes culturales. Lo que sigue servirá también al profesional para empezar a familiarizarse con las creencias que cada cultura tiene sobre los trastornos mentales, sus causas y el tratamiento de los mismos.

#### ***Afroamericanos***

A los afroamericanos se les denomina de varias maneras: *afroamericanos*, *negros* y *personas de color*. Lo mejor es preguntar al paciente qué término prefiere.

Durante la enfermedad, la familia suele constituir un sistema eficaz de apoyo para el enfermo, pero el paciente conserva su independencia y puede tomar decisiones en todo lo relacionado con la asistencia sanitaria. A menudo la familia se siente cómoda al prodigar su afecto en público por medio del contacto físico (p. ej., los abrazos). La conversación entre los familiares y los amigos suele ser animada y en voz alta. El saludo

a un extraño suele consistir en un apretón de manos y el contacto visual directo es una muestra de interés y respeto. El silencio puede indicar falta de confianza en el profesional sanitario o que el paciente se siente incómodo en la situación en la que se encuentra (Waters y Locks, 2005).

Para muchos afroamericanos, la iglesia constituye un sistema de apoyo muy valioso y es posible que el paciente reciba visitas en el hospital de los sacerdotes o ministros de la Iglesia o de otras personas de la confesión o congregación a la que pertenece. La oración es parte importante del proceso de curación. Algunas personas de la comunidad afroamericana pueden atribuir la causa del trastorno mental a un desequilibrio espiritual o a un castigo por un pecado cometido. A veces también usan remedios tradicionales de su cultura que combinan con los tratamientos propios de la medicina occidental (Waters y Locks, 2005).

### *Estadounidenses nativos (indios estadounidenses)*

Las personas mayores prefieren el término *indio estadounidense*, mientras que los más jóvenes se decantan por *estadounidense nativo*. Muchas personas de esta cultura se refieren a sí mismos mediante el nombre tribal, como winnebago o navajo. El saludo respetuoso consiste en un ligero roce de las manos con mínimo contacto visual. La comunicación es lenta y suele estar aderezada de pausas abundantes y prolongadas. Es importante no apresurar al paciente ni interrumpirle con preguntas. Las personas de esta cultura están acostumbradas a comunicarse por medio del relato de cuentos, de manera que la comunicación con ellos puede ser un proceso largo y laborioso. Los integrantes de la familia son reticentes a proporcionar información acerca del paciente si éste puede hacerlo solo, porque creen que si hablan sobre el paciente violan su intimidad. Su sentido del tiempo es flexible y no les gustan las citas y visitas rígidamente planificadas.

El trastorno mental es un concepto culturalmente específico, y atribuyen la causa a los fantasmas, la transgresión de los tabúes o la pérdida de la armonía con el entorno. Los pacientes suelen ser callados y estoicos, y piden muy poco, incluso nada. Es posible que consideren que las experiencias que incluyen tener visiones u oír voces tengan un significado espiritual, por lo que pueden considerar que no son la manifestación de un trastorno mental. Los estadounidenses nativos que mantienen creencias religiosas tradicionales pueden ser renuentes a hablar con extraños sobre sus creencias y prácticas. Si el paciente lleva una bolsa de medicinas, el profesional no debe quitársela, a no ser que sea imprescindible. Los demás no tienen derecho a hablar de la bolsa de medicinas ni de otros objetos destinados a la sanación, ni a tocarlos. Algunos estadounidenses nativos pertenecen a iglesias cristianas, pero suelen recurrir a sus prácticas tradicionales de sanación o acudir a un sanador espiritual, sin desdeñar los remedios de la medicina occidental (Palacios, Butterfly y Strickland, 2005).

### *Estadounidenses de origen árabe*

El término preferido para designarlos es el que se refiere a la zona de la que proceden; por ejemplo, *estadounidenses de origen árabe* o *estadounidenses de Oriente Medio*, o al país de origen; por ejemplo, *egipcios* o *palestinos*. A estos pacientes hay que

saludarles con una sonrisa, contacto visual directo y un comentario de tipo social referido al paciente o a su familia. Emplean un tono de voz alto para indicar que el tema del que están hablando es importante y suelen repetir el mensaje para enfatizarlo. Para mostrar respeto, las personas de Oriente Medio suelen decir a los extraños que están de acuerdo, pero esto no significa necesariamente que lo estén ni expresa sus verdaderos pensamientos y sentimientos. La familia toma las decisiones de forma colectiva, en una reunión en la que participan el padre, el hijo mayor, el tío o el esposo. La mayoría de las citas se respetan, pero consideran que las preocupaciones e intereses de las personas son más importantes que atenerse a un programa u horario determinado (Meleis, 2005).

Muchas personas pertenecientes a esta cultura creen que el trastorno mental es consecuencia de miedos súbitos, de intentos de manipular a la familia o de la ira o de la voluntad de Dios. La pérdida del país, de la familia o de los amigos también puede causar un trastorno mental. Es posible que este tipo de pacientes busque asistencia mental sólo como último recurso después de haber agotado todos los medios que les ofrecen la familia y el grupo social. Cuando están enfermos, esperan que les atienda la familia o los profesionales sanitarios. El paciente reserva su energía para curarse, por lo que es posible que haga reposo absoluto y abdique de sus responsabilidades familiares durante la enfermedad. Estos pacientes consideran que los trastornos mentales son más negativos que los trastornos físicos y también creen que la persona, si lo desea, es capaz de controlarlos. Aunque los primeros árabes que emigraron a Estados Unidos eran cristianos, ahora son mayoritariamente musulmanes. Para ellos, la oración es muy importante, y los musulmanes estrictos rezan cinco veces al día, se lavan antes de rezar (abluciones) y rezan en silencio. El primer tratamiento al que acuden es la medicina occidental, pero también pueden utilizar remedios caseros y amuletos (talismanes y otros objetos a los que atribuyen poderes protectores).

### **Camboyanos**

El término que prefieren los ciudadanos de origen camboyano es *jemer* o *chino-jemer* (este último si son de origen chino). Los que se han integrado en la cultura occidental saludan dando la mano, mientras que los demás hacen una leve inclinación, juntan las palmas con los dedos apuntando hacia arriba y no establecen contacto físico con la persona a la que están saludando. Muchos asiáticos hablan en un tono bajo, así que es mejor escucharles atentamente en vez de pedirles que hablen más alto. Además, tienen en alta estima la cortesía. El contacto visual es aceptable, pero las mujeres bajarán los ojos por educación. Los silencios son habituales y se consideran adecuados. El personal de enfermería debe abstenerse de hacer comentarios intrascendentes. Estos pacientes consideran descortés mostrar desacuerdo, de manera que dicen «sí» aunque no estén de acuerdo o no tengan intenciones de seguir nuestras indicaciones. No es conveniente tocar la cabeza de alguien sin su permiso, ya que algunos camboyanos creen que el alma está en la cabeza. Generalmente estos pacientes incluyen a los familiares en la toma de decisiones. Suelen tener una concepción flexible del tiempo (Kulig y Prak, 2005).

La mayor parte de los camboyanos emigraron a Estados Unidos a partir de 1970 y creen que el trastorno mental es consecuencia de la guerra y de las brutalidades que

desencadenaron los jemerres rojos en Camboya. Estos pacientes asumen un papel pasivo y esperan que los demás los cuiden. Muchos utilizan la medicina occidental a la vez que las prácticas de sanación tradicionales. Su religión principal es el budismo, aunque algunos se han convertido al cristianismo. Los *accha* (personas santas) realizan ceremonias muy elaboradas en la casa del paciente, pero nunca en el hospital. El paciente recibirá la visita de sanadores en el hospital, pero es poco probable que se identifiquen como tales y mucho menos que den a conocer sus prácticas. Algunos camboyanos siguen teniendo una visión naturalista de las enfermedades y puede que se nieguen a que se les extraiga sangre porque creen que perderán el calor del cuerpo que necesitan para mantener el equilibrio y la armonía (Kulig y Prak, 2005).

### *Chinos*

Los chinos suelen mostrarse tímidos en los ambientes con los que no están familiarizados, por lo que hacer comentarios sociales o saludarles amistosamente contribuye a que sean más abiertos. Quizás eviten el contacto visual directo con las figuras de autoridad como signo de respeto. Se recomienda mantener una distancia respetuosa con ellos. Hacer preguntas puede resultar impertinente, ya que el silencio es signo de respeto. El idioma chino es muy expresivo, por lo que levantar la voz no es necesariamente una señal de enfado o de nerviosismo. A los chinos más tradicionales no les gustan las cosas que se hacen con prisa, y no tienen un concepto claro de lo que significa la palabra «urgente». Las familias suelen ser extensas y el miembro masculino de más edad es el que toma las decisiones y hace de portavoz familiar (Chin, 2005).

Creen que el trastorno mental es consecuencia de la falta de armonía de las emociones o de la influencia de los malos espíritus. Las prácticas de curación varían dependiendo del tiempo que lleven viviendo en Estados Unidos. Los que llegaron hace 40-60 años son seguidores convencidos de la medicina tradicional china, mientras que los que han llegado en los últimos 20 años combinan la medicina tradicional con la occidental. La gran mayoría de los estadounidenses de origen chino de primera y segunda generación son partidarios de la medicina occidental. No obstante, les gusta frecuentar los herbolarios y se someten a tratamientos con acupuntura, ya sea antes o al mismo tiempo que a los tratamientos de la medicina occidental. Aunque no es habitual, puede ocurrir que algunos de estos pacientes busquen a un sanador espiritual para tratar los problemas de salud mental; es decir, para que los libre de los malos espíritus. Muchos chinos que viven en Estados Unidos son budistas, pero hay bastantes estadounidenses de origen chino que son católicos o protestantes.

### *Cubanos*

Si han nacido en Estados Unidos, los cubanos o estadounidenses de origen cubano suelen ser extravertidos y hablan en voz alta durante las conversaciones habituales. Son muy devotos de la familia, que suele ser extensa, y muchas veces comparten la vivienda personas de diferentes generaciones. Mantienen el contacto visual directo cuando hablan con alguien y pueden considerar que desviar la vista es una falta de respeto o de sinceridad. El silencio indica bochorno o duda. Aunque su relación con el tiempo puede

variar mucho, estos pacientes ven las citas con el médico como si fuesen un asunto de negocios y son puntuales (Varela, 2005).

Los pacientes cubanos consideran que la causa de las enfermedades físicas y mentales es el estrés, y algunos piensan que los trastornos mentales son hereditarios. Se considera que es un estigma para la familia, y por esta razón el paciente oculta, o al menos no reconoce públicamente, que tiene un problema de salud mental. Los pacientes suelen ser sumisos, vulnerables y dependientes de los demás. Aunque a veces utilizan medicinas elaboradas con hierbas para tratar los problemas de salud de poca importancia, por lo general acuden a la medicina occidental para los trastornos más serios. La mayoría de ellos son católicos o pertenecen a otras confesiones cristianas, y dan mucha importancia a la oración y al culto.

### *Filipinos*

Suelen saludar con una sonrisa y habitualmente no dan la mano. Las expresiones faciales son muy perceptibles y a veces los pacientes se sirven de ellas para transmitir las emociones. Consideran que el contacto visual directo es un signo de mala educación, por lo que no suelen mantenerlo con las figuras de autoridad, como el personal de enfermería y los médicos. En general, hablan con suavidad y evitan expresar el desacuerdo (Rodríguez, de Guzmán y Cantos, 2005); no obstante, alzan el tono de voz para enfatizar lo que están diciendo o cuando sienten ansiedad o miedo. Es probable que consideren las citas con el médico como un asunto de negocios y sean puntuales.

Creen que las causas de los trastornos mentales son de tipo religioso y místico. Suelen considerar que el trastorno mental se produce cuando se altera la armonía entre la persona considerada en su totalidad y del mundo espiritual. Esto puede deberse al contacto con una fuerza vital superior, como los fantasmas o las almas de los muertos, a la falta de armonía entre el viento, los vapores, la alimentación y el desplazamiento de los órganos corporales. También tienen en cuenta como posibles causas de la pérdida de la armonía la tensión física o emocional, la frustración sexual y el amor no correspondido. La mayor parte de los filipinos son católicos y cuando están muy enfermos piden ver a un sacerdote. La oración es importante para el paciente y la familia, y es habitual que cuando están enfermos quieran recibir los sacramentos. Con frecuencia acuden a la medicina occidental y, a la vez, buscan la ayuda de los sanadores para que les liberen de los malos espíritus. Los pacientes suelen asumir un papel pasivo y es el familiar de sexo masculino de más edad en el que se encarga de tomar las decisiones después de consultar con los demás miembros de la familia (Rodríguez, de Guzmán y Cantos, 2005).

### *Haitianos*

Haití tiene dos idiomas oficiales, el francés y el criollo, así como una importante cultura oral en la que se emplean narraciones para transmitir creencias y valores a las nuevas generaciones. En Haití, el 80 % de la población no sabe leer ni escribir, pero es posible que el grado de alfabetización no sea el mismo entre los haitianos que viven en Estados Unidos. Los vídeos, las informaciones orales y las demostraciones son maneras eficaces de comunicar lo que se desea enseñar. Los haitianos son corteses pero tímidos,



especialmente delante de las figuras de autoridad, y es posible que eviten el contacto visual directo. El saludo formal preferido es el apretón de manos. Quizá sonrían y asientan como signo de respeto, incluso cuando no entienden lo que se les está diciendo. El tono de voz y los ademanes aumentan para enfatizar lo que dicen. En la cultura haitiana la puntualidad no es algo con lo que la gente se comprometa; sin embargo, es muy probable que sean puntuales en sus visitas al médico, si éste les deja claro que es importante que lleguen a tiempo (Colin, 2005).

La cultura haitiana no acepta bien los trastornos mentales. Generalmente, estos pacientes atribuyen la causa del trastorno a fenómenos sobrenaturales. Los enfermos asumen un papel pasivo y se dejan cuidar por la familia. Los remedios caseros y tradicionales suelen ser el primer tratamiento al que recurren, y sólo buscan la ayuda de un médico occidental cuando no les queda más remedio debido a la gravedad del problema. Los haitianos son predominantemente católicos y creen con mucha convicción en los poderes sanadores de Dios (Colin, 2005).

### *Estadounidenses de origen japonés*

En Estados Unidos se identifican ellos mismos por la generación a la que pertenecen. La *issei*, que fue la primera generación de japoneses que emigraron a Estados Unidos, tiene un fuerte sentido de su identidad japonesa. La segunda generación, *nisei* o segunda generación de nacidos y educados en Estados Unidos, parecen más occidentalizados, pero están firmemente enraizados en la cultura japonesa. La *sansei* o tercera generación, y los *yonsei* o cuarta generación, ya están integrados en la cultura occidental y, por tanto, mucho menos conectados con la cultura japonesa.

Los saludos suelen ser formales (p. ej., una sonrisa y una leve inclinación en el caso de las personas de mayor edad, y un apretón de manos en el caso de los más jóvenes). Hay poco contacto físico, y el visual es mínimo, especialmente con las figuras de autoridad. Estos pacientes controlan sus expresiones faciales y evitan los conflictos y los desacuerdos. Es posible que los ancianos asientan con la cabeza con frecuencia, pero esto no significa necesariamente que entiendan lo que se les dice o que estén de acuerdo. No suelen hablar de sí mismos, a menos que nos hayamos ganado su confianza, y en tal caso, sólo hablarán de sí mismos si se les solicita. El personal de enfermería debe preguntar de modo que el paciente no pueda contestar solo con un «sí» o un «no». La puntualidad es muy importante para ellos, y a veces llegan a las citas incluso antes de la hora prevista (Shiba, Leong y Oka, 2005).

El trastorno mental provoca vergüenza y es causa de estigma social para la familia, por lo que los pacientes son reticentes a buscar ayuda profesional. Creen que los causantes de la pérdida del autocontrol mental son los malos espíritus que castigan al paciente por su mal comportamiento o por no llevar una vida correcta. Estos pacientes esperan de sí mismos y de los demás ser capaces de utilizar la fuerza de voluntad para recobrar el autocontrol perdido, por lo que suelen pensar que los pacientes que no se curan del trastorno mental son personas que no se esfuerzan lo suficiente. Los tratamientos psicológicos occidentales, que se basan en hablar de sí mismo, compartir sentimientos y contar cosas de la familia, resultan difíciles de aceptar para muchos de ellos, por lo que el

personal de enfermería podría considerar erróneamente que son reacios a hablar o poco colaboradores (Shiba, Leong y Oka, 2005).

Las religiones más habituales entre las personas de esta cultura son el budismo, el sintoísmo y el cristianismo, y las prácticas religiosas varían según la religión que profesan. Entre los budistas y los sintoístas son habituales la oración y las ofrendas, que en ocasiones se hacen para ayudar a que se cure el enfermo, si bien no suelen sustituir la medicina occidental por las técnicas de sanación basadas en los rituales religiosos.

### *Estadounidenses de origen mexicano*

Hay una gran diversidad de prácticas y creencias sobre la salud y la enfermedad entre los estadounidenses de origen mexicano. Esto depende en gran parte del nivel educativo, la posición socioeconómica, la generación a la que pertenece la persona, el tiempo que lleva viviendo en Estados Unidos y su mayor o menor afinidad con la cultura tradicional mexicana. Lo mejor es que el personal de enfermería pregunte al paciente cómo quiere que se le identifique (p. ej., estadounidense de origen mexicano, latinoamericano o hispano). La mayoría de las personas de esta procedencia consideran que darse la mano es una forma de saludar educada y cortés, pero no les gusta que los extraños les toquen, si bien el contacto físico, incluso los abrazos, son habituales entre familiares y amigos. Como señal de respeto, los pacientes mexicanos suelen evitar el contacto visual directo con las figuras de autoridad. En general, prefieren que tenga lugar una interacción social educada que ayude a establecer la confianza mutua antes de responder a preguntas relacionadas con la salud. Generalmente, una o dos preguntas dan lugar a que el paciente proporcione una gran cantidad de información, por lo que es importante escucharles con atención. En muchos casos, el silencio es signo de desacuerdo pues prefieren el silencio a la expresión abierta de desacuerdo. Su sentido del tiempo es flexible y es posible que lleguen entre 15 min y 20 min tarde a las citas, pero, curiosamente no lo considerarán una falta de puntualidad (Guarnero, 2005).

No existe una separación clara entre trastorno mental y enfermedad física. Muchas personas de este grupo tienen un concepto naturalista o personalista de la enfermedad y creen que se debe a un desequilibrio entre la persona y el entorno, a factores emocionales, espirituales, sociales y físicos (Guarnero, 2005). Es posible que soliciten asistencia médica en caso de tener síntomas graves, pero seguirán recurriendo a la medicina tradicional para curarse de lo que ellos consideran malas influencias espirituales o psíquicas. Entre el 80 % y el 90 % de ellos son católicos y cumplen con los rituales y sacramentos de su religión.

### *Puertorriqueños*

Entre los puertorriqueños, las preferencias relativas al espacio personal varían mucho, por lo que es importante prestar atención a cada caso concreto. Lo habitual es que las personas de más edad y más tradicionales prefieran que la distancia sea mayor y el contacto visual directo más breve y menos intenso, mientras que los jóvenes prefieren el contacto visual directo y mantienen menos distancia en las interacciones personales. A los puertorriqueños les gustan las relaciones interpersonales cálidas y sinceras, y pueden

expresar su gratitud hacia los profesionales que los atiendan regalándoles comida de la cocina tradicional de Puerto Rico. En la mayor parte de ocasiones, rechazar este regalo se interpretará como un insulto. Es posible que tengan cierta dificultad para llegar a tiempo a las citas y pueden intentar quedarse más tiempo del estipulado (Juarbe, 2005).

Las enfermedades físicas se consideran hereditarias o su causa se atribuye al castigo recibido por algún pecado o al descuido en la atención a la salud. Creen que los trastornos mentales son también hereditarios o que se deben a los sufrimientos que ha tenido que soportar el enfermo. El trastorno mental conlleva un gran estigma, por lo que es posible que el paciente no quiera reconocer los antecedentes de problemas de salud mental, y a veces, ni siquiera el trastorno mental que padecen en la actualidad. Las prácticas religiosas y espirituales son muy importantes, y es frecuente que recurran a los sanadores espirituales y a las prácticas tradicionales de sanación (Juarbe, 2005).

### **Rusos**

Lo habitual es el saludo formal dando la mano con contacto visual directo. Estos pacientes reservan el contacto físico, los abrazos y los besos en las mejillas para los amigos muy queridos y los familiares. El tono de la voz suele ser alto, incluso cuando la conversación es agradable. La mayoría llega a las citas puntualmente, incluso antes de la hora (Del Puerto y Sigal, 2005).

Los rusos creen que la causa de los trastornos mentales es el estrés y trasladarse a vivir a otro lugar. Algunos rusos de religión cristiana creen que la enfermedad es voluntad de Dios o una prueba a la que nos somete para comprobar hasta qué punto tenemos fe en Él. Prefieren guardar reposo en cama cuando están enfermos. No suelen ser partidarios de tomar medicamentos, y, como primera medida, intentan curarse con los remedios caseros. Algunos rusos de edad avanzada piensan que el uso excesivo de fármacos es perjudicial y que muchos de ellos son más dañinos que los remedios naturales. La mayoría son de religión ortodoxa oriental, pero una minoría son judíos o protestantes (Del Puerto y Sigal, 2005).

### **Hindúes, paquistaníes y otras culturas del sur de Asia**

En este apartado se incluye a las personas de la India, Paquistán, Bangladesh, Sri Lanka, Nepal, las islas Fiji y África Oriental que viven en Estados Unidos. Su forma de identificación preferida suele estar relacionada con su origen geográfico (p. ej., *sudasiáticos*, *indios orientales*, *indios asiáticos*), o bien con su filiación religiosa, tal como *sijis*, *hinduistas* y *musulmanes*. Estas personas saludan tanto verbalmente como por medio de gestos. Los hindúes y los sijis unen las palmas de las manos a la vez que dicen *namasté* (los hindúes) o *sasariyakal* (los sijis). Los musulmanes se llevan la palma de la mano derecha a la frente y se inclinan ligeramente mientras pronuncian *Assalamu Alaikum*. El apretón de manos es común entre los hombres, pero no entre las mujeres. El contacto físico no es habitual entre los individuos procedentes del sur de Asia, más bien muestran sus sentimientos con expresiones faciales y con los ojos. Es posible que consideren que el contacto visual directo, especialmente con las personas mayores, es descortés o irrespetuoso. Por lo general, el silencio indica aceptación, aprobación o

tolerancia. La mayoría hablan en tono suave y piensan que hablar alto es una falta de respeto. Aunque no tienen mucha consciencia del tiempo en sus actividades sociales, la mayoría de ellos son puntuales cuando se trata de citas con el médico y otros profesionales sanitarios (Lee, Lei y Sue, 2001).

Las personas de este grupo creen que el trastorno mental es consecuencia de hechizos realizados por sus enemigos o de la posesión por espíritus malignos. Los que creen en la filosofía ayurvédica creen que una persona puede sufrir problemas mentales debido a desequilibrios orgánicos. Los enfermos suelen adoptar una actitud pasiva y desean descansar y que se les libere de las responsabilidades de la vida diaria. Los hindúes adoran a muchos dioses y diosas, y tienen un sistema social basado en castas. Creen que la recitación de encantamientos y la práctica de ciertos rituales sirven para curar las enfermedades y conjurar el efecto dañino de los enemigos, los pecados y los demonios. Muchos piensan que el yoga es eficaz para hacer desaparecer algunos trastornos mentales. Los musulmanes creen en un solo Dios y rezan cinco veces al día después de lavarse. Creen que recitar versículos de su libro sagrado, el Corán, mejora las enfermedades y alivia los sufrimientos. Los sijs también creen en un solo Dios, así como en la igualdad de todas las personas. Las prácticas de sanación espiritual y las oraciones son frecuentes, cuando viven en Estados Unidos están siempre dispuestos a solicitar la ayuda de los médicos occidentales cuando lo consideran necesario (Lee et al., 2001).



**Conciencia cultural.**

## *Vietnamitas*

Los vietnamitas saludan con una sonrisa y una inclinación de la cabeza. Los profesionales sanitarios no deben estrechar la mano a las mujeres a menos que ellas la ofrezca primero. Las personas más mayores y más tradicionales aceptan menos el contacto físico en el curso de una conversación. Los vietnamitas consideran que la cabeza es sagrada y los pies profanos, de manera que el orden en que se los toque es importante. Muchos de estos pacientes evitan el contacto visual directo con las figuras de autoridad y con los ancianos como señal de respeto. El espacio personal es más amplio que el de los estadounidenses de origen europeo. Suelen hablar en un tono bajo y consideran que elevar el tono de voz y señalar con el dedo son muestras de falta de respeto. También consideran que es de mal gusto expresar abiertamente las emociones y hablar de los problemas personales. Suelen ser puntuales en las citas (Nowak, 2005).

En esta cultura, la causa de los trastornos mentales se atribuye a la falta de armonía personal o a la influencia negativa de un espíritu ancestral que vuelve para poseer a la persona debido a su mala conducta. Cuando enferman, adoptan un papel pasivo y esperan que todo se haga como ellos quieren.

Las dos religiones más importantes son el catolicismo y el budismo. Los católicos rezan el rosario, acuden a la oración en voz alta muy a menudo, y a veces piden que un sacerdote venga a visitarlos todos los días; por el contrario, los budistas rezan en silencio y generalmente solos. Los vietnamitas creen tanto en la medicina occidental como en la tradicional. Algunos piensan que los sanadores tradicionales son capaces de exorcizar los malos espíritus. Otras de sus prácticas curativas son los frotamientos con una moneda, los pellizcos en la piel, la acupuntura y las hierbas (Nowak, 2005).

## **Función de los profesionales de la enfermería que trabajan con pacientes de culturas minoritarias**

Para proporcionar una atención culturalmente competente, el personal de enfermería debe tener la máxima información sobre los valores culturales, las creencias y las prácticas referidas a la salud, las enfermedades y la curación de las diferentes culturas. Muchas veces la mejor fuente de información es el paciente mismo, por lo que se le debe preguntar qué es lo que considera importante, por ejemplo: «¿Cómo le gustaría que se le atienda?» o «¿qué espera (o desea) que hagamos por usted?» (Andrews y Boyle, 2007).

Durante la primera reunión, el profesional se basará en lo que ya conoce sobre el grupo cultural al que pertenece el paciente (p. ej., preferencia a la hora de saludar, contacto visual y distancia física durante la conversación). De acuerdo a cómo se comporte el paciente, el profesional cambiará su comportamiento, si lo considera necesario. Por ejemplo, si un paciente que pertenece a una cultura en la que no es costumbre darse la mano para saludar, tiende la mano al profesional, éste debe aceptarla y estrecharla. Las diferencias entre las personas pertenecientes a una misma cultura son muy amplias, y el profesional no debe pasar por alto estas diferencias.

Otras áreas que son importantes investigar son la de las prácticas relacionadas con la curación de las enfermedades y las creencias religiosas del paciente. El personal de



enfermería puede preguntar: «¿Tiene usted preferencias o restricciones alimentarias?» y «¿Cómo puedo ayudarle a practicar sus creencias religiosas o espirituales?» Además, el profesional debe informarse sobre las creencias que el paciente tiene sobre la salud y las enfermedades. Para ello, puede preguntarle «¿A qué cree que se debe este problema?» y «¿Con qué tipo de remedios ha probado en casa?».

Es fundamental que el profesional mantenga una actitud abierta y objetiva. Es más probable que los pacientes aporten información personal y cultural si el personal de enfermería se interesa realmente en conocerlos y no muestra escepticismo ni juicios de valor. El profesional debe hacer las preguntas a las que nos hemos referido anteriormente también a los pacientes que pertenecen a su misma cultura. Como ya hemos dicho, las personas varían mucho unas de otras, incluso dentro de un mismo grupo cultural, por lo que el profesional no debe partir del supuesto de que conoce lo que un paciente cree o practica sólo porque pertenece a la misma cultura que él.

### TEMAS DE AUTOCONCIENCIA



El personal de enfermería debe conocer los factores que influyen o pueden influir en la respuesta de un paciente a la enfermedad, como los factores personales, interpersonales y culturales de los que ya hemos hablado. La evaluación de estos factores ayuda a planificar y llevar a cabo las intervenciones de enfermería. Los factores biológicos y hereditarios, por definición, no pueden cambiarse, pero sí pueden modificarse los factores interpersonales, aunque no suele ser fácil. Por ejemplo, para ayudar a un paciente a crear un sistema de apoyo social, lo normal es que no sea suficiente con darle la lista de direcciones y números de teléfonos de las personas, organismos e instituciones comunitarias que podrían ayudarle. Es necesario conseguir que el paciente entienda que estos recursos son valiosos para él, que esté convencido de que son receptivos, fácilmente accesibles y eficaces. Además, debe tener la motivación suficiente para utilizarlos.

El profesional de enfermería que tiene poca experiencia en trabajar con pacientes pertenecientes a culturas diferentes a la suya puede sentir ansiedad cuando conoce a alguien que procede de otra cultura debido al temor a decir «algo equivocado» que pudiera resultar ofensivo o irrespetuoso hacia el paciente o su familia. A veces, el profesional tiene ideas estereotipadas sobre algunas culturas y no es consciente de ello hasta que se encuentra con un paciente de este grupo cultural. Ser consciente de los propios sentimientos, creencias y prejuicios, y manejarlos con eficacia constituye un desafío permanente para los profesionales de la enfermería.

### Consideraciones a tener en cuenta sobre la actitud y la respuesta del paciente ante el trastorno mental

- Abordar al paciente con una actitud de interés sincero.
- Preguntarle al inicio de la entrevista cómo prefiere que se dirijan a él y de qué forma el personal de enfermería puede ayudarle a practicar sus creencias espirituales, religiosas y relacionadas con las enfermedades y la curación.



- Reconocer nuestros propios sentimientos negativos, prejuicios y estereotipos y hablar de ello con un compañero de trabajo para superar las ideas erróneas y sustituirlas por otras más acordes con la realidad.
- Recordar que la actitud y la respuesta del paciente ante el trastorno mental son fenómenos complejos en los que interviene una gran diversidad de factores.

## Preguntas de razonamiento crítico

1. ¿Cuál es el origen cultural y étnico de su familia? ¿Cómo influye esta circunstancia en sus creencias sobre los trastornos mentales?
2. ¿Cómo se describiría usted mismo en lo que respecta a los factores individuales que afectan a la respuesta y a la actitud ante los trastornos mentales, como la crianza, la educación, el desarrollo evolutivo, los factores biológicos, la confianza en sí mismo, la personalidad resistente, la resiliencia, la inventiva y la espiritualidad?
3. ¿Qué experiencias ha tenido o tiene usted con personas cuya cultura es diferente de la suya? ¿Reacciona o se comporta de forma diferente con pacientes cuya cultura es distinta de la suya?

## PUNTOS CLAVE



- Cada paciente es único y hay diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en su actitud y en su respuesta ante el trastorno mental.
  - Los factores individuales que influyen en la actitud y la respuesta del paciente ante el trastorno mental son la edad, el desarrollo evolutivo, la educación, los factores biológicos y genéticos, la personalidad resistente, la resiliencia, la inventiva, la confianza en sí mismo y la espiritualidad.
- La constitución biológica consiste en la herencia y la salud física del paciente.
- Los pacientes más jóvenes quizá tengan obstáculos para expresar sus pensamientos y sentimientos, por lo que tienen más dificultades cuando han de hacer afrontar el estrés o un trastorno mental a una edad muy temprana.
- Las personas con dificultades para realizar las tareas específicas de cada etapa del desarrollo psicosocial tienen menos capacidad y eficacia para afrontar el trastorno mental.
- Hay diferencias culturales y étnicas en la forma en la que los pacientes responden a determinados psicofármacos. Estas diferencias afectan a la posología y a los efectos secundarios. El profesional debe tener en cuenta estas diferencias en la práctica clínica. Los pacientes que provienen de países no occidentales suelen necesitar dosis más bajas de psicofármacos para conseguir el efecto terapéutico deseado.
- La confianza en sí mismo se basa en la creencia de que los conocimientos, las habilidades, el talento y el esfuerzo de una persona influyen sobre los acontecimientos

que ocurren en su vida. La confianza en sí mismo es un factor importante a la hora de hacer frente al estrés y al trastorno mental.

- La personalidad resistente es la capacidad que tiene una persona de no enfermarse cuando está estresada.
- La resiliencia es la capacidad que tiene una persona de responder de forma sana a las circunstancias estresantes o a las situaciones de riesgo.
- La inventiva es la capacidad que tiene una persona para gestionar las actividades de la vida diaria. Se trata de una característica personal adquirida en la interacción con los demás.
- La espiritualidad tiene que ver con el yo más íntimo de una persona y con sus creencias sobre el significado de la vida y el motivo por el que vivimos. Puede incluir la creencia en Dios o en algún poder superior, la práctica de una religión, determinadas creencias y prácticas culturales y la relación con el entorno.
- Los factores interpersonales que influyen en la respuesta del paciente a la enfermedad son el sentido de pertenencia o de inclusión en un grupo, colectivo, sistema o entorno, así como las redes sociales que proporcionan al individuo apoyo y sostén emocional.
- El aumento de la diversidad social y cultural en Estados Unidos y Canadá obliga al personal de enfermería a conocer las creencias sobre la salud y la enfermedad de los diversos grupos culturales y étnicos, así como las prácticas relacionadas con la curación de las enfermedades. Para poder prestar una atención de enfermería culturalmente competente, el profesional debe ser sensible y conocer los factores culturales y sociales que influyen en la asistencia a los pacientes, como los factores relacionados con la cultura, etnia, el sexo, la orientación sexual, la clase social y el nivel socioeconómico.
- La cultura es el factor que más influye en las creencias y en la conducta relacionadas con la salud, la enfermedad y la curación.
- Un modelo para evaluar a los pacientes de culturas diferentes de la del profesional de la enfermería es el que se basa en seis factores culturales: técnica y estilo de la comunicación interpersonal, espacio personal, organización social, sentido del tiempo, control del medio y variaciones biológicas.
- La posición socioeconómica influye de forma muy importante en la salud de las personas. Determina que la persona tenga o no un seguro médico, que disfrute de un acceso adecuado a la asistencia médica y la capacidad de poder permitirse el tratamiento que se le prescribe.
- Conocer las pautas y las diferencias culturales ayuda al personal de enfermería a comenzar a relacionarse de forma eficaz y satisfactoria con personas de otras culturas.
- Cuando el profesional de enfermería no conoce o no está seguro de las preferencias sociales o culturales de un paciente o de un familiar, debe preguntarle directamente durante el encuentro inicial. Es aconsejable preguntarle cómo prefiere que se dirijan a él y de qué forma se le puede ayudar a realizar sus prácticas espirituales, religiosas o de sanación.



## RECURSOS DE INTERNET

### RECURSOS

- Culture Med™ (extensa bibliografía de artículos sobre enfermería transcultural)
- National MultiCultural Institute
- Cultural diversity in nursing
- Report of the Surgeon General: Overview of Diversity and Mental Health Services

### DIRECCIONES DE INTERNET

<https://culturedmed.sunyit.edu/index.php/bibliographies-by-cultural-aspect/transcultural-nursing>

<http://www.nmci.org>

<http://www.culturediversity.org>

<http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter2/sec8.html>

## BIBLIOGRAFÍA

- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2007). *Transcultural concepts in nursing care* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anthony, K. H. (2008). Helping partnerships that facilitate recovery from severe mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(7), 24–28, 29–33.
- Black, K., & Lobo, M. (2008). A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 33–55.
- Buchanan, B. W., & Carpenter, W. T. (2005). Concept of schizophrenia. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1329–1345). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carless, D., & Douglas, K. (2008). Social support for and through exercise and sport in a sample of men with serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(11), 1179–1199.
- Chang, H. J., Zauszniewski, J. A., Heinzer, M. M., Musil, C. M., & Tsai, W. C. (2007). Adaptive functioning and depressive symptoms in school-aged children. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 502–512.
- Chanokruthai, C., Williams, R. A., & Hagerty, B. M. (2005). The role of sense of belonging and social support on stress and depression in individuals with depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(1), 18–29.
- Chaudry, H. R. (2008). Psychiatric care in Asia: Spirituality and religious connotations. *International Review of Psychiatry*, 20(5), 477–483.
- Chin, P. (2005). Chinese. In J. G. Lipson & S. L. Dibble (Eds.), *Culture and clinical care* (pp. 98–108). San Francisco: UCSF Nursing Press.
- Colin, J. M. (2005). Haitians. In J. G. Lipson & S. L. Dibble (Eds.), *Culture and clinical care* (pp. 221–235). San Francisco: UCSF Nursing Press.
- Cutler, C. G. (2005). Self-efficacy and social adjustment of patients with mood disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11(5), 283–289.
- del Puerto, L. E., & Sigal, E. (2005) Russians and others from the former Soviet Union. In J. G. Lipson & S. L. Dibble (Eds.), *Culture and clinical care* (pp. 415–430). San Francisco: UCSF Nursing Press.
- Edward, K., & Warelou, P. (2005). Resilience: When coping is emotionally intelligent. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11(2), 101–102.
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2007). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

- Granerud, A., & Severinsson, E. (2006). The struggle for social integration in the community: The experiences of people with mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13*(3), 288–293.
- Greeff, A. P., Vansteenween, A., & Mieke, I. (2006). Resiliency in families with a member with a psychological disorder. *American Journal of Family Therapy, 34*(4), 285–300.
- Guarnero, P. A. (2005). Mexicans. In J. G. Lipson & S. L. Dibble (Eds.), *Culture and clinical care* (pp. 330–342). San Francisco: UCSF Nursing Press.
- Huguelet, P., Mohr, S., Borrás, L., Gillieron, C., & Brandt, P. (2006). Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatric Services, 57*(3), 366–372.
- Juarbe, T. C. (2005). Puerto Ricans. In J. G. Lipson & S. L. Dibble (Eds.), *Culture and clinical care* (pp. 389–404). San Francisco: UCSF Nursing Press.
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *The American Psychologist, 62*(2), 95–108.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*(1), 1–11.
- Kulig, J. C., & Prak, S. (2005). Cambodians (Khmer). In J. G. Lipson & S. L. Dibble (Eds.), *Culture and clinical care* (pp. 73–84). San Francisco: UCSF Nursing Press.
- Lee, J., Lei, A., & Sue, S. (2001). The current state of mental health research on Asian Americans. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 3*(3/4), 159–178.
- Maddi, S. R. (2005). On hardiness and other pathways to resilience. *American Psychologist, 60*(3), 261–262.
- Meleis, A. I. (2005). Arabs. In J. G. Lipson & S. L. Dibble (Eds.), *Culture and clinical care* (pp. 42–57). San Francisco: UCSF Nursing Press.
- Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2008). Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: A systematic review. *Annals of General Psychiatry, 7*, 13.
- Nowak, T. T. (2005) Vietnamese. In J. G. Lipson & S. L. Dibble (Eds.), *Culture and clinical care* (pp. 446–460). San Francisco: UCSF Nursing Press.
- Palacios, J., Butterfly, R., & Strickland, C. J. (2005). American Indians/Alaskan Natives. In J. G. Lipson & S. L. Dibble (Eds.), *Culture and clinical care* (pp. 27–41). San Francisco: UCSF Nursing Press.
- Purnell, L. D., & Paulanka, B. J. (Eds.). (2008). *Transcultural healthcare: A culturally competent approach* (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Reid, J., Lloyd, C., & de Groot, L. (2005). The psychoeducation needs of parents who have an adult son of daughter with a mental illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 4*(2), 1–13.
- Rodriguez, D. M., de Guzman, C. P., & Cantos, A. (2005). Filipinos. In J. G. Lipson & S. L. Dibble (Eds.), *Culture and clinical care* (pp. 177–191). San Francisco: UCSF Nursing Press.
- Shiba, G., Leong, Y. M., & Oka, R. (2005). Japanese. In J. G. Lipson & S. L. Dibble (Eds.), *Culture and clinical care* (pp. 304–316). San Francisco: UCSF Nursing Press.
- Vanderhorst, R. K., & McLaren, S. (2005). Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging and Mental Health, 9*(6), 517–525.
- Varela, L. (2005). Cubans. In J. G. Lipson & S. L. Dibble (Eds.), *Culture and clinical care* (pp. 122–131). San Francisco: UCSF Nursing Press.
- Waters, C. M., & Locks, S. (2005). African Americans. In J. G. Lipson & S. L. Dibble (Eds.), *Culture and clinical care* (pp. 14–26). San Francisco: UCSF Nursing Press.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Birks, M. J., Chapman, Y., & Francis, K. (2007). Breaching the wall: Interviewing people from other cultures. *Journal of Transcultural Nursing, 18*(2), 150–156.
- Ida, D. J. (2007). Cultural competency and recovery within diverse populations. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*(1), 49–53.
- Lloyd, R. (2007). Modeling community-based, self-help mental health rehabilitation reform. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 15*(Suppl. 1), S99–S103.

# Autoevaluación

## PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. ¿Cuál de los siguientes factores es importante que tenga en cuenta el personal de enfermería cuando administra un psicofármaco a una persona de una raza distinta a la caucásica?
  - a. Se emplean dosis más bajas para conseguir el efecto terapéutico deseado.
  - b. Los pacientes de una etnia distinta a la caucásica presentan menos efectos secundarios.
  - c. La respuesta al fármaco no es la misma que en los pacientes caucásicos.
  - d. No es posible generalizar.
2. ¿Cuál de estas afirmaciones expresa la opinión naturalista sobre las causas de las enfermedades?
  - a. Las enfermedades son una parte natural de la vida y, por tanto, son inevitables.
  - b. Las enfermedades se deben al frío, al calor, al viento y a la humedad.
  - c. Para el tratamiento de las enfermedades sólo son eficaces las sustancias naturales.
  - d. Entidades como los espíritus malignos alteran el equilibrio natural del cuerpo.
3. ¿Cuál de estos factores influye más a la hora de determinar las creencias y las prácticas sobre la salud, la enfermedad y la curación?
  - a. Los factores culturales.
  - b. Los factores individuales.
  - c. Los factores interpersonales.
  - d. Los tres influyen de la misma manera.
4. ¿Cuál de los siguientes resultados de la evaluación de enfermería indica que un adulto de 30 años se ha criado y desarrollado de forma positiva?
  - a. No está satisfecho con su imagen corporal.
  - b. Disfruta de actividades sociales con tres o cuatro amigos íntimos.
  - c. Cambia frecuentemente de trabajo para «encontrar el apropiado».
  - d. Piensa dejar la casa de sus padres e irse a vivir solo en un futuro próximo.
5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones de una mujer de 55 años tiene que preocupar al personal de enfermería?
  - a. «Siento que ahora soy yo la que está cuidando de mis padres».
  - b. «Me gusta mucho visitar a mis amigas».
  - c. «Mis hijos me necesitan ahora igual que cuando eran pequeños».

- d. «Cuando me jubile, me gustaría vivir en una casa más pequeña para poder cuidarla bien».
6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones de un paciente indica confianza en sí mismo?
- a. «Antes de decidir cómo actuar, me gusta recabar la opinión de diferentes personas».
  - b. «Sé que me sentiría mejor si aprendiese a relajarme».
  - c. «Nunca estoy seguro de que la decisión que tomo sea la correcta».
  - d. «No me sirve de nada intentar relajarme, siempre surge algo».

## PREGUNTAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE

*Puede elegir más de una respuesta en cada pregunta.*

1. ¿En cuáles de estas culturas se considera que saludar a todo el mundo dando la mano es una forma de saludo aceptable?
  - a. Filipina.
  - b. Haitiana.
  - c. Estadounidense de origen mexicano.
  - d. Nativo estadounidense.
  - e. Hindú, paquistaní y otras culturas del sur de Asia.
  - f. Estadounidense de origen europeo.
2. ¿En cuáles de estas culturas se considera irrespetuoso el contacto visual directo?
  - a. Afroamericana.
  - b. Estadounidense de origen árabe.
  - c. China.
  - d. Rusa.
  - e. Hindú, paquistaní y otras culturas del sur de Asia.
  - f. Vietnamita.

---

## PREGUNTAS DE RESPUESTA BREVE

1. Explique brevemente cuáles son los factores culturales relacionados con los cuidados de enfermería.
2. ¿Cuál es el resultado de completar o no completar una etapa del desarrollo psicosocial según Erik Erikson?





# 8

## Evaluación

### Términos clave

- afecto
- afecto amplio
- afecto aplanado
- afecto embotado
- afecto inapropiado
- afecto restringido
- alucinaciones
- asociaciones laxas
- automatismos
- bloqueo del pensamiento
- capacidad de introspección (*insight*)
- concepto de sí mismo
- contenido del pensamiento
- declaración obligatoria
- delirio
- difusión del pensamiento
- esquizofasia
- estado de ánimo
- flexibilidad cética
- fuga de ideas
- ideas de referencia
- inserción del pensamiento
- lábil
- neologismo
- pensamiento abstracto
- pensamiento circunstancial
- pensamiento concreto
- pensamiento tangencial

- proceso del pensamiento
- retraso psicomotor
- robo del pensamiento
- sentido de la realidad

## Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Identificar las diferentes áreas utilizadas en la evaluación del estado de salud mental del paciente.
2. Formular preguntas para obtener información sobre cada una de las áreas de la evaluación.
3. Describir el funcionamiento del paciente utilizando los siguientes términos: concepto de sí mismo, roles y relaciones interpersonales.
4. Reconocer las funciones fisiológicas clave que suelen estar alteradas en los pacientes con un trastorno mental.
5. Obtener y clasificar los datos procedentes de la evaluación psicosocial para usarlos como base para el plan de tratamiento de enfermería.
6. Analizar los sentimientos y el malestar del profesional de enfermería cuando tiene que hablar con un paciente sobre el suicidio, las autolesiones o el homicidio.

**LA EVALUACIÓN ES EL PRIMER PASO** del proceso de enfermería. Consiste en la recogida, clasificación y análisis de la información sobre el estado de salud del paciente. En enfermería en psiquiatría y salud mental, el proceso de evaluación suele denominarse evaluación psicosocial e incluye la evaluación del estado mental. El propósito de la evaluación psicosocial es construir una imagen lo más precisa posible del estado emocional actual del paciente, incluida la capacidad mental y la conducta. Esta evaluación sirve de base para elaborar el plan de tratamiento, cuyo objetivo es satisfacer las necesidades del paciente. Además, los resultados de la evaluación se utilizan como datos basales para hacer comparaciones que sirvan para evaluar la eficacia del tratamiento en general y de las diversas intervenciones; es decir, los resultados de la evaluación inicial se utilizan para medir el progreso del paciente ([American Nurses Association, 2007](#)).

## FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EVALUACIÓN

### Colaboración y capacidad de aportar de información

En una evaluación psicosocial exhaustiva, la participación activa del paciente es fundamental. Si éste no está dispuesto a colaborar o, por cualquier razón, no es capaz de hacerlo, la información obtenida en algunas áreas de la evaluación será vaga o incompleta. Por ejemplo, los pacientes que están muy deprimidos pueden carecer de energía para contestar a las preguntas del evaluador o para concluir la evaluación. Los pacientes con pensamientos psicóticos o alteración cognitiva pueden ser incapaces de prestar suficiente atención o de comprender lo que se les está preguntando. En algunos

casos, es necesario ver al paciente en varias ocasiones para completar la evaluación u obtener más información sobre un área determinada en función del estado del paciente.

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.



La evaluación psicosocial permite obtener una imagen precisa del estado del paciente.

### **Estado de salud del paciente**

El estado de salud del paciente también puede afectar a la evaluación psicosocial. Si presenta ansiedad, dolor o cansancio, el profesional puede tener dificultades para conseguir su colaboración en la evaluación. Además, en estos casos, la información obtenida por el profesional puede reflejar el dolor, la ansiedad o el cansancio en vez de la situación real del paciente. El profesional tiene que detectar estas situaciones y decidir qué va a hacer antes de seguir adelante con la evaluación. En algunos casos, es mejor interrumpir la evaluación y dejar descansar al paciente, administrarle medicación para el dolor o dejar que se calme.

### **Experiencias anteriores del paciente y conceptos erróneos sobre la asistencia**

## **sanitaria**

La percepción que el paciente tiene de las circunstancias en las que se encuentra puede provocarle emociones que van a interferir en la precisión de los resultados de la evaluación psicosocial. Si es reacio a buscar ayuda profesional cuando tiene un problema o en el pasado ha tenido experiencias poco satisfactorias con el sistema sanitario, puede haber problemas a la hora de contestar a las preguntas del evaluador. Además, estos pacientes pueden minimizar o exagerar los síntomas o los problemas o pueden negarse a aportar información en determinadas áreas de la evaluación. Antes de iniciar la evaluación, el profesional tiene que detectar y evaluar la percepción y los sentimientos del paciente con el fin de establecer una relación de colaboración basada en la confianza mutua.

### **Capacidad de comprensión del paciente**

Antes de empezar la evaluación, el profesional debe evaluar la capacidad del paciente para oír y leer. Asimismo, debe comprobar que comprende las preguntas que se le hacen y que domina bien el idioma en el que se está realizando la evaluación. Si el idioma del paciente no es el mismo que el del profesional, el primero puede entender sólo a medias o interpretar erróneamente lo que el profesional le pregunte, lo que a su vez hará que la información que se recoge carezca de validez y fiabilidad. Los pacientes con problemas auditivos pueden no entender lo que el profesional les pregunta. Es importante que la información recogida durante la evaluación refleje con precisión el estado real del paciente en vez de ser reflejo de las dificultades para la comunicación.

### **Actitud del profesional y forma en que se lleva a cabo la evaluación**

Tanto la actitud del profesional como el método utilizado pueden influir en la evaluación psicosocial. Si el paciente percibe que las preguntas son breves y cortantes o que el profesional tiene prisa y le presiona para que hable rápido para terminar la evaluación lo antes posible, puede proporcionar sólo información superficial u omitir problemas importantes en una o más áreas. El paciente también puede dejar de aportar información sensible si percibe que el profesional no es receptivo y comprensivo, está a la defensiva o hace juicios de valor. Por ejemplo, puede ser reacio a dar información sobre abusos sexuales o violencia doméstica si percibe que el profesional se siente incómodo con este tipo de problemas. Por tanto, el profesional tiene que ser consciente de sus propios sentimientos y respuestas, y realizar la entrevista con absoluta neutralidad y profesionalidad.

## **LA ENTREVISTA**

### **Entorno**

La entrevista psicosocial se hará siempre en un lugar tranquilo en el que se respete la intimidad del paciente. Además, tiene que ser un lugar en el que tanto el paciente como el profesional se sientan seguros. Un lugar tranquilo quiere decir un sitio en el que no haya

ruido ni movimientos de personas, de forma que el paciente no se distraiga y pueda concentrarse en la entrevista. Realizar la evaluación en un lugar como una consulta en la que no haya puertas interiores sirve al paciente para estar seguro de que nadie, excepto el entrevistador, va a escuchar lo que dice. No obstante, el profesional no elegirá nunca un lugar aislado, sobre todo cuando no conoce al paciente o éste tiene antecedentes de comportamiento violento. El profesional debe asegurar la seguridad de sí mismo y del paciente, incluso aunque esto exija que una tercera persona esté presente durante la evaluación.

### **Información aportada por los familiares o los amigos del paciente**

Si el paciente ha venido acompañado de un familiar, de un amigo o del cuidador, el profesional debe recabar la opinión de acompañante sobre el estado emocional y la conducta del paciente. La forma de hacer esto depende de la situación. En algunos casos, el paciente no autoriza al profesional a llevar a cabo una entrevista a solas con los familiares. En estos casos, hay que ser consciente de que los familiares no van a sentirse cómodos hablando del paciente delante de él, por lo que la información que puedan proporcionar va a ser muy limitada. En otros casos, puede ocurrir que el paciente no se sienta cómodo en la evaluación si no está presente un familiar o un amigo, y esto también puede dar lugar a que el profesional obtenga menos información de la deseada. En todo caso, al menos una parte de la entrevista debe hacerse a solas con el paciente, sobre todo cuando se sospecha que está siendo o ha sido víctima de malos tratos, abuso sexual o intimidación. Si se sospecha abuso sexual, el profesional debe hacer todo lo posible para que la entrevista se lleve a cabo de manera que pueda protegerse al máximo la intimidad del paciente.

### **Cómo formular las preguntas**

El profesional puede utilizar preguntas de respuesta abierta para iniciar la evaluación (v, cap. 6). Este tipo de preguntas hace que el paciente se sienta más cómodo y, además, permite al profesional hacer una primera valoración de la forma en la que el paciente percibe la situación. Los siguientes son ejemplos de preguntas de respuesta abierta:

- ¿Qué le trae por aquí?
- Cuénteme como le han ido las cosas.
- ¿En qué puedo ayudarle?

Si el paciente no es capaz de organizar sus pensamientos o tiene dificultades para responder a las preguntas de respuesta abierta, puede que hayan de formularse preguntas más directas para obtener la información que precisa. Las preguntas deben ser siempre claras, concretas y sencillas y deben centrarse en una conducta o síntoma concreto. No deben obligar al paciente a hacer memoria de varias cosas a la vez. Las preguntas que se refieren a varios síntomas o conductas al mismo tiempo pueden confundir al paciente (p. ej., «¿cuáles son sus hábitos con la comida y el sueño? y ¿ha observado si los medicamentos que compró en la farmacia sin receta médica han afectado a sus hábitos de alimentación o al sueño?»).



Los siguientes son ejemplos de preguntas directas (preguntas de respuesta cerrada):

- ¿Cuántas horas durmió anoche?
- ¿Ha estado pensando en suicidarse?
- ¿Cuánto alcohol ha estado bebiendo últimamente?
- ¿Cómo ha estado durmiendo?
- ¿Cuántas comidas hace al día?
- ¿Qué medicamentos comprados sin receta está tomando?

El tono de voz y el lenguaje del profesional no tienen que transmitir ningún tipo de valoración ni juicio de valor, especialmente cuando se pregunta sobre cuestiones delicadas, como el consumo de alcohol y otras drogas, la conducta sexual, la violencia, los abusos sexuales y la relación con los hijos. El tono y el lenguaje neutros y profesionales evitan que el paciente adopte una actitud defensiva o no diga la verdad. Por ejemplo, cuando el profesional pregunta al paciente sobre la relación con sus hijos, una pregunta como: «¿Qué tipo de disciplina utiliza con sus hijos?» es mucho mejor que preguntar «¿Con qué frecuencia le pega a sus hijos?». Con la primera pregunta hay más probabilidad de que el paciente responda sinceramente y proporcione una información completa y precisa. Con la segunda pregunta, el profesional transmite al paciente la idea de que la disciplina física es negativa y hace que el paciente oculte la verdad al responder.

## **CONTENIDO DE LA EVALUACIÓN**

La información que se recoge durante la evaluación psicosocial puede organizarse y clasificarse de muchas formas. La mayoría de los instrumentos o marcos conceptuales para la evaluación contienen categorías o áreas muy parecidas, aun que difieren en el orden en el que se organizan. El profesional utilizará siempre algún marco o esquema conceptual en la evaluación psicosocial. Así se asegura de que la evaluación del paciente es completa y sistemática y que, por tanto, va a servir para elaborar el plan de tratamiento de enfermería y evaluar los progresos del paciente. El marco conceptual para la evaluación psicosocial que presentamos ahora y que se utiliza en todos los capítulos de la unidad 4 de este libro es el siguiente:

- Antecedentes.
- Aspecto general y comportamiento motor.
- Estado de ánimo y afectos.
- Proceso y contenido del pensamiento.
- Nivel de consciencia y procesos cognitivos.
- Sentido de la realidad y capacidad de introspección.
- Concepto de sí mismo.
- Roles y relaciones interpersonales.
- Problemas fisiológicos y autocuidado.

En el [cuadro 8-1](#) se indican los elementos que el profesional debe incluir en la evaluación de cada una de estas áreas de la evaluación psicosocial.

## Antecedentes

En este apartado se incluyen los siguientes elementos: edad, fases del desarrollo psicoevolutivo, aspectos culturales, creencias espirituales, creencias sobre la salud, la enfermedad y la curación de las enfermedades, así como antecedentes psiquiátricos tanto del paciente como de la familia, que pueden aportar información muy valiosa sobre la situación actual del paciente. Por ejemplo, ¿tuvo el paciente en el pasado dificultades similares a las actuales? ¿Ha sido hospitalizado alguna vez debido a problemas psiquiátricos? Si es así, ¿cómo fue la experiencia? Los antecedentes familiares de alcoholismo, trastorno bipolar o suicidio son relevantes porque indican un mayor riesgo de que el paciente sufra estos mismos problemas.

La edad cronológica del paciente y las fases del desarrollo psicoevolutivo son dos elementos muy importantes de la evaluación psicosocial. El profesional evaluará si la edad cronológica y el nivel de desarrollo evolutivo alcanzado son congruentes, y si este nivel se encuentra o no dentro de lo normal. Por ejemplo, el paciente puede estar luchando por adquirir una identidad personal definida y por independizarse de sus padres. Si tiene 17 años, todo esto es normal y cabe esperarlo, porque éstas son dos de las tareas psicoevolutivas de la adolescencia. Sin embargo, si el paciente tiene 35 años y todavía tiene problemas con la identidad personal y la independencia, el profesional tiene que explorar la situación. La edad del paciente y el nivel de desarrollo psicoevolutivo alcanzado también pueden ser incongruente con la norma si el paciente padece retraso mental o retraso evolutivo.

El profesional tiene que ser sensible a las creencias culturales y espirituales del paciente para evitar extraer conclusiones erróneas sobre su funcionamiento psicosocial (Schultz y Videbeck, 2009). En numerosas culturas existen creencias y valores con respecto al rol que cada persona tiene que desempeñar en la sociedad y sobre qué comportamiento personal o social es aceptable. Estas creencias pueden diferir de las creencias de la cultura del profesional que está realizando la evaluación. En la cultura occidental, por lo general se acepta que cuando una persona alcanza la edad adulta, se convierta en un individuo económicamente independiente, abandona la casa de su familia y toma sus propias decisiones. Por el contrario, en algunas culturas orientales es frecuente que en una misma casa vivan hasta tres generaciones y que las personas mayores sean las encargadas de tomar decisiones que afectan a todos los miembros de la familia. Otro ejemplo es la evaluación del contacto visual. En la cultura occidental se considera que un buen contacto visual es una característica positiva que indica buena autoestima e interés por el interlocutor, mientras que las personas procedentes de culturas como la japonesa consideran el contacto visual una muestra de mala educación y de falta de respeto hacia el interlocutor.

### Cuadro 8-1. Elementos de la evaluación psicosocial

**Antecedentes**  
Edad.

Desarrollo psicoevolutivo.  
Consideraciones culturales.  
Espiritualidad.  
Antecedentes psiquiátricos.

#### **Aspecto general y comportamiento motor**

Higiene personal, ropa, peinado, etc.  
Ropas apropiadas.  
Postura del cuerpo.  
Contacto visual.  
Movimientos inusuales o manierismos.  
Habla.

#### **Estado de ánimo y afectos**

Emociones expresadas.  
Expresiones faciales.

#### **Proceso y contenido del pensamiento**

Contenido del pensamiento (lo que el paciente piensa).  
Proceso del pensamiento (la forma en la que piensa el paciente).  
Claridad de ideas.  
Impulsos suicidas o autolesivos.

#### **Nivel de consciencia y procesos cognitivos**

Orientación.  
Confusión.  
Memoria.

#### **Experiencias anormales y percepciones erróneas**

Concentración.  
Capacidad para el pensamiento abstracto.

#### **Sentido de la realidad y capacidad de introspección**

Sentido de la realidad (interpretación del entorno).  
Capacidad de tomar decisiones.  
Capacidad de introspección (*insight*) (comprensión de sí mismo).

#### **Concepto de sí mismo**

Percepción de sí mismo como persona.  
Percepción del propio cuerpo (imagen corporal).  
Cualidades o atributos personales.

#### **Roles y relaciones interpersonales**

Roles actuales.  
Satisfacción con los roles.  
Capacidad para el desempeño de los roles.  
Relaciones interpersonales importantes.  
Sistemas sociales de apoyo.

#### **Problemas fisiológicos y autocuidado**

Hábitos alimentarios.  
Patrones de sueño.  
Problemas de salud.  
Cumplimiento terapéutico con los tratamientos prescritos por el médico.  
Capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

El profesional no debería tener prejuicios ni ideas estereotipadas sobre los pacientes. El hecho de que una persona muestre características físicas que coinciden con las de una determinada cultura o grupo étnico no quiere decir que las actitudes, creencias y comportamientos de esa persona sean necesariamente los que tradicionalmente se atribuyen a esa cultura o grupo étnico. Por ejemplo, muchos asiáticos tienen creencias y valores que están más cerca de los de la cultura occidental que las creencias y valores de muchos países asiáticos. Para evitar conclusiones e interpretaciones erróneas, el profesional preguntará al paciente por sus creencias y prácticas relacionadas con la salud, la enfermedad y la curación de las enfermedades. Asimismo, es importante preguntarle cómo se percibe a sí mismo en el contexto de la sociedad y las relaciones interpersonales (v. apartado «Factores culturales» del [cap. 7](#)).

Es importante tener en cuenta las creencias del paciente sobre la salud, la enfermedad y la curación de las enfermedades. Algunas personas consideran que los problemas de salud mental tienen que tratarse en la familia y que sólo los familiares deben saber que uno de sus miembros sufre un problema de este tipo. Es posible que estas personas consideren que pedir ayuda más allá de la familia o a un profesional es un signo que indica debilidad. Otros consideran que la medicación es suficiente para curar los problemas de salud mental y no aceptan ninguna otra modalidad de tratamiento. Otro problema común es la concepción errónea según la cual deben tomarse medicamentos sólo cuando uno se siente mal. Numerosos trastornos mentales, al igual que algunas enfermedades médicas, requieren que el paciente tome el medicamento durante un período prolongado, a veces, incluso de por vida. Al igual que las personas que sufren diabetes tienen que administrarse insulina y los hipertensos tienen que tomar un antihipertensor, las personas con depresiones recurrentes deben tomar, si es el caso, antidepresivos durante mucho tiempo.

### Aspecto general y comportamiento motor

Es importante valorar el aspecto general del paciente, incluida la ropa, la higiene personal y el cuidado y aspecto del pelo. ¿Va el cliente bien vestido teniendo en cuenta su edad y la época del año? ¿Va desarreglado o despeinado? ¿Aparenta la edad que tiene? ¿Se maquilla y se arregla según lo que cabe esperar para su edad? Asimismo, es importante evaluar la postura corporal, el contacto visual, la expresión facial y la posible presencia de algún tic o temblor. El profesional documentará por escrito todas estas observaciones, evitando los juicios de valor y las conclusiones e interpretaciones apresuradas. En la evaluación del aspecto general y del comportamiento motor se utilizan los siguientes términos técnicos:

- **Automatismos:** movimientos repetidos, aparentemente sin propósito y que indican ansiedad, como tamborilear con los dedos, tocarse el pelo constantemente y golpear con el pie en el suelo.
- **Retraso psicomotor:** movimientos en general más lentos.
- **Flexibilidad cérea:** mantener la postura del cuerpo durante un tiempo prolongado sin propósito aparente; generalmente la postura es extraña o extravagante y resulta

incómoda para el paciente.

También se evaluará el habla (calidad, cantidad y alteraciones). ¿Habla el paciente sin parar? ¿Presenta el paciente perseveración (habla siempre de lo mismo y parece tener dificultades para cambiar de tema)? ¿Responde siempre con un «sí» o un «no»? ¿Es relevante lo que dice el paciente con respecto al tema de la conversación? ¿Responde a lo que se le pregunta o sus respuestas no tienen nada que ver con la pregunta? ¿Es la velocidad del habla rápida, lenta o normal? ¿Es la voz claramente audible o es demasiado baja? ¿Habla de forma rítmica? ¿Utiliza neologismos (palabras inventadas cuyo significado sólo conoce él)? Hay que documentar por escrito las alteraciones del habla, como el tartamudeo y el ceceo.

### Estado de ánimo y afectos

El **estado de ánimo** es el estado emocional del paciente durante un período prolongado. Los **afectos** son el conjunto de la expresión de las emociones del paciente. Éste puede referirse a su estado de ánimo con frases como «estoy deprimido» o «estoy muy contento». En muchos casos, durante la evaluación el paciente no aporta información verbal sobre su estado de ánimo, pero el profesional puede deducirlo observando la postura del cuerpo, la expresión facial, la gestualidad y el tono de la voz. Hay que evaluar la congruencia entre el estado de ánimo, los afectos y la situación. Por ejemplo, el evaluador puede observar a través de la expresión facial que el paciente está enfadado, pero éste puede negar que esté enfadado o disgustado, o puede sonreír y, al mismo tiempo, estar hablando del fallecimiento reciente de un familiar o un amigo. Estas incongruencias se documentarán por escrito.

En la evaluación de los afectos se utilizan los siguientes términos técnicos:

- **Afecto embotado:** apenas hay expresión facial o ésta responde lentamente a los estímulos.
- **Afecto amplio:** muestra toda la gama de expresiones emocionales.
- **Afecto aplanado:** no hay expresión facial.
- **Afecto inapropiado:** la expresión facial no es congruente con el estado de ánimo o la situación; a menudo resulta absurda o frívola teniendo en cuenta las circunstancias.
- **Afecto restringido:** expresión facial generalmente seria o sombría.

El estado de ánimo del paciente puede calificarse de contento, triste, deprimido, eufórico, ansioso, irritable o enfadado. Cuando el paciente presenta cambios de estado de ánimo bruscos e imprevisibles y pasa de la depresión y el llanto a la euforia sin nada que lo justifique, se dice que el estado de ánimo es **lábil** («lábil» quiere decir que cambia rápidamente).

Puede resultar útil pedir al paciente que evalúe la intensidad de su estado de ánimo en una escala de 1 a 10. Por ejemplo, si dice que está deprimido, el profesional puede preguntarle: «En una escala de 1 a 10, en la que 1 es el grado mínimo de depresión y 10 el máximo, ¿qué puntuación le daría a su depresión?».

### Proceso y contenido del pensamiento

El **proceso del pensamiento** se refiere a cómo piensa el paciente. El evaluador puede deducir el proceso del pensamiento a partir del lenguaje y de los patrones lingüísticos del paciente. El **contenido del pensamiento** es lo que el paciente piensa, y el profesional sólo puede acceder a este contenido a través de lo que el paciente dice. El profesional evaluará si lo que el paciente dice tiene o no sentido; es decir, si las ideas están relacionadas y si se suceden de forma lógica. Asimismo, se valorará si el paciente parece preocupado, como si estuviese pendiente de la presencia de algo o de alguien que el evaluador no ve. Cuando el profesional se encuentra con un paciente que presenta dificultades evidentes con el proceso y el contenido del pensamiento, puede ser útil hacer preguntas muy concretas de respuesta cerrada. En la evaluación del proceso y del contenido del pensamiento, se utilizan los siguientes términos técnicos ([American Psychiatric Association, 2000](#)):

- **Pensamiento circunstancial:** el paciente responde a la pregunta sólo después de dar una cantidad excesiva de detalles innecesarios.
- **Delirio:** creencia falsa sobre algún aspecto de la realidad que tiene carácter permanente y sobre la que el paciente no admite prueba o demostración de su falsedad.
- **Fuga de ideas:** habla excesiva y muy rápida mediante la que el paciente expresa ideas fragmentada e inconexas.
- **Ideas de referencia:** interpretación errónea del paciente según la cual lo que lo otros hablan se refiere a él; puede incluso creer que las noticias de los medios de comunicación hacen referencia a su persona.
- **Asociaciones laxas:** pensamiento desorganizado que lleva al paciente a saltar de una idea a otra sin que exista conexión entre ellas.
- **Pensamiento tangencial:** el paciente se desvía del tema y no proporciona la información que se le pide
- **Bloqueo del pensamiento:** el paciente se detiene de forma brusca a mitad de una frase y o de una secuencia de pensamientos, y a veces es incapaz de continuar con lo que estaba diciendo.
- **Difusión del pensamiento:** delirio según el cual el paciente cree que los demás pueden oír sus pensamientos.
- **Inserción del pensamiento:** delirio según el cual el paciente cree que sus pensamientos no son suyos sino que han sido introducidos en su cerebro por otra persona.
- **Robo del pensamiento:** delirio según el cual el paciente cree que otras personas le sustraen los pensamientos sin que él pueda hacer nada por evitarlo.
- **Esquizofasia:** flujo rápido y continuo de palabras que no tienen sentido ni significado para el interlocutor.

## **EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA Y VIOLENTA**

El profesional de la enfermería determinará si el paciente deprimido o desesperanzado presenta ideación suicida o tiene en la cabeza algún plan para quitarse la vida. Para ello le



preguntará directamente: «¿Tiene pensamientos suicidas?» o «¿qué pensamientos suicidas tiene?» En el [cuadro 8-2](#) se presentan las preguntas que el profesional tiene que hacer a los pacientes con ideación suicida.

## Cuadro 8-2. Evaluación de la ideación suicida

*Ideación:* ¿Está pensando en suicidarse?

*Plan:* ¿Tiene algún plan para quitarse la vida?

*Método:* ¿Cómo tiene pensado suicidarse?

*Acceso:* ¿Cómo llevaría a cabo este plan? ¿Tiene acceso a los medios para llevarlo a cabo?

*Lugar:* ¿Dónde tiene pensado suicidarse?

*Momento:* ¿Cuándo tiene pensado suicidarse?

*Concreción del momento:* ¿Qué día o a qué hora tiene pensado suicidarse?

Asimismo, si el paciente está enfadado, irritable u hostil o hace comentarios amenazadores hacia su cónyuge o pareja, un familiar o cualquier otra persona, se le preguntará si tiene pensamientos o planes para herir o asesinar a otra persona. También en este caso, el profesional le preguntará al paciente directamente:

- ¿Qué pensamientos tiene sobre la posibilidad de causar daño a (nombre de la persona)?
- ¿En qué consiste su plan?
- ¿Qué quiere hacerle a (nombre de la persona)?

Cuando el paciente comunica al personal de enfermería que tiene un plan o la intención de causar daño o asesinar a otra persona, el profesional está legalmente obligado a avisar a la persona que es objeto de las amenazas del paciente. En términos legales, esto se denomina **declaración obligatoria**. Se trata de una situación en la que el profesional está obligado por imperativo legal a romper la confidencialidad en su relación con el paciente, ya que se entiende que, en estos casos, la salvaguarda de la integridad física de una tercera persona es un bien jurídico más importante que el respeto de la confidencialidad.

## Nivel de consciencia y procesos cognitivos

### *Orientación*

La orientación se refiere al conocimiento por parte del paciente de las personas, del lugar en el que se encuentra y del día, el mes, la estación, la hora y el año (es decir, consiste en saber la fecha, el lugar en el que se encuentra y quiénes son las personas con las que está o quién es él). El término técnico es orientación temporoespacial. A veces, se evalúa también un cuarto factor: la situación (si el paciente percibe e interpreta o no correctamente las circunstancias en las que se encuentra). Lo contrario de la orientación es la desorientación, que aparece cuando el paciente no conoce alguno de los tres factores que definen la orientación. Cuando la persona reconoce a las personas que están con él, pero no el tiempo y el lugar, se dice que está «orientado × 1» (sólo personas); en caso contrario, se dice que está «orientado × 2» (lugar y tiempo). Si el paciente está

orientado y, por tanto, es consciente de las personas, del lugar y del tiempo, se dice que está «orientado × 3», en cuyo caso no habría desorientación. El orden persona-lugar-tiempo es importante. Cuando una persona se desorienta, lo primero que pierde es la referencia temporal, luego la espacial y, por último, la referente a las personas. Al recuperar la orientación, se hace en orden inverso, es decir, primero se recupera el sentido de sí mismo y se reconoce a los demás, después se recupera la referencia espacial y, por último, la referencia temporal.

Desorientación no es sinónimo de confusión. Un paciente que presenta confusión no encuentra sentido a lo que le rodea ni entiende lo que pasa, aunque esté plenamente orientado.

### *Memoria*

Tanto la memoria reciente como la remota tienen que evaluarse siempre de forma específica. Para ello, el profesional formula al paciente preguntas cuya respuesta sea verificable. Si se le pregunta: «¿Tiene usted problemas de memoria?», el paciente puede responder negativamente, y en ese caso, el profesional no podrá comprobar si es verdad o no. Del mismo modo, si el profesional pregunta al paciente: «¿qué hizo usted ayer?», no podrá verificar si lo que ha respondido el paciente es verdad o no. Las preguntas que se utilizan para evaluar la memoria durante la evaluación psicosocial suelen ser las siguientes:

- ¿Cómo se llama el presidente del Gobierno?
- ¿Cómo se llamaba el anterior presidente del Gobierno?
- ¿Cómo se llama la comunidad autónoma en la que vive?
- ¿Cuál es la capital de la comunidad autónoma en la que vive?
- ¿Cuál es el número de su documento nacional de identidad?

### *Capacidad de concentración*

La capacidad de concentración se evalúa pidiendo al paciente que realice una serie de tareas:

- Deletrear la palabra «mundo» al revés.
- Restar 7 a 100, luego restar otra vez 7, luego otra vez 7, y así sucesivamente (esto se denomina «serie de setes»).
- Decir los días de la semana al revés (en orden inverso).
- Una tarea que se realiza en tres fases (p. ej., «coja ese trozo de papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo»). El evaluador dará las instrucciones una sola vez.

### *Pensamiento abstracto y capacidad intelectual*

Cuando se evalúa el funcionamiento intelectual, el profesional tendrá en cuenta el nivel educativo del paciente, ya que éste puede interferir en el rendimiento en algunas de las tareas que se realizan en este apartado de la evaluación psicosocial.

Se evaluará la capacidad del paciente para el **pensamiento abstracto**, que consiste en establecer asociaciones o hacer interpretaciones a partir de una situación o comentario del

evaluador. La forma más fácil de evaluar el pensamiento abstracto consiste en decirle al paciente un refrán muy conocido, como «no por mucho madrugar amanece más temprano». Si el paciente puede explicar correctamente el significado del refrán, concluiremos que su capacidad para el pensamiento abstracto está intacta. Si el paciente hace una interpretación literal del refrán y no es capaz de explicar su significado correctamente, hay un deterioro de su capacidad para el pensamiento abstracto. La interpretación literal de los refranes indica la existencia de un **pensamiento exclusivamente concreto**. Por ejemplo:

- *Refrán*: «No por mucho madrugar amanece más temprano».

*Significado abstracto (pensamiento abstracto)*: «Por mucha prisa que te des, a veces no es posible terminar las cosas cuando quieres porque no depende de ti» o «por mucho que corras, a veces no llegas antes, porque hay cosas que uno no puede controlar».

*Significado literal (pensamiento concreto)*: «Aunque un día te levantes muy temprano, amanece a la misma hora de todos los días».

- *Refrán*: «Zamora no se tomó en una hora».

*Significado abstracto (pensamiento abstracto)*: «Hay cosas que no se pueden hacer de prisa porque son complicadas y se tarda tiempo en hacerlas» o «cuando algo es complicado, tardas mucho tiempo en hacerlo, y por tanto, hay que tener paciencia».

*Significado literal (pensamiento concreto)*: «Tardaron mucho tiempo en conquistar Zamora».

Otra forma de evaluar el funcionamiento intelectual del paciente consiste en pedirle que diga qué tienen en común una serie de objetos que se presentan en parejas; por ejemplo, «¿qué tienen en común una manzana y una naranja?» o «¿en qué se parece un periódico a la televisión?».

## Experiencias sensorio perceptivas

Algunos pacientes tienen **alucinaciones** (una alucinación es una percepción falsa; es decir, la percepción de un objeto, persona o situación que en realidad no existe o que no está presente en ese momento). Las alucinaciones pueden afectar a cualquiera de los cinco sentidos, y además pueden estar relacionadas con las sensaciones corporales. Las alucinaciones auditivas (oír voces) son las más frecuentes, seguidas de las alucinaciones visuales (ver cosas que no existen o que no están presentes en ese momento). Al principio, el paciente percibe las alucinaciones como algo real, pero más tarde en el curso de la enfermedad, puede llegar a darse cuenta de que son sólo alucinaciones.

## Sentido de la realidad y capacidad de introspección

El **sentido de la realidad** se define como la capacidad de interpretar correctamente el entorno y la situación y adaptar nuestra conducta y decisiones de forma coherente con esta interpretación. La falta de sentido de la realidad se presenta cuando la conducta y las decisiones recientes del paciente, como él mismo las describe, reflejan una falta de

atención razonable al cuidado de sí mismo y de los demás. Por ejemplo, el paciente puede haber estado gastando mucho dinero en cosas superfluas, cuando no puede hacer frente a las necesidades básicas, como la alimentación o la ropa. Las conductas peligrosas, como invitar a casa por la noche a personas extrañas que se han conocido en un bar o mantener relaciones sexuales sin protección con una persona desconocida, también pueden ser indicativas de falta de sentido de la realidad. Esta variable puede evaluarse formulando al paciente preguntas sobre cuestiones hipotéticas, por ejemplo: «¿Qué haría si se encuentra en la calle un sobre con el sello y la dirección?».

La capacidad de **introspección** (*insight*) consiste en la habilidad para comprender la verdadera naturaleza de la situación en la que nos encontramos y aceptar alguna responsabilidad personal por esa situación. Generalmente el evaluador puede deducir la capacidad de introspección del paciente observando si éste es capaz de describir de forma realista los puntos fuertes y débiles de su comportamiento y de su persona. Un ejemplo de falta de capacidad de introspección es el de un paciente que culpa a todo el mundo de su propio comportamiento: «La culpa de que beba tanto y de que me meta en peleas la tiene mi mujer porque me está todo el día fastidiando». Este paciente no acepta la responsabilidad que le corresponde por beber demasiado y meterse en peleas. Otro ejemplo sería el de un paciente que está convencido de que todo se arreglará sin que él tenga que esforzarse lo más mínimo: «El problema es la medicación. Cuando el médico encuentre la medicación correcta, me voy a encontrar perfectamente».

### Concepto de sí mismo

El **concepto de sí mismo** es la forma en la que nos percibimos y valoramos a nosotros mismos. Para evaluar el concepto de sí mismo del paciente, el personal de enfermería puede pedirle que diga qué cosas de sí mismo le gustan o cuáles les gustaría cambiar. La descripción que hace el paciente de sí mismo en términos de características físicas permite al profesional conocer la imagen corporal propia que tiene el paciente. La imagen corporal forma parte del concepto de sí mismo.

Asimismo hay que evaluar las emociones habituales del paciente, como la tristeza y el enfado, y la evaluación que el paciente hace de estas emociones. Dentro del capítulo del concepto de sí mismo, se evalúan también las estrategias de afrontamiento. Para ello, se pregunta al paciente: «¿Qué suele hacer usted cuando tiene un problema?», «¿qué hace para resolverlo?», «¿qué suele hacer para superar el enfado o la frustración?».

### Roles y relaciones interpersonales

Las personas desempeñamos diferentes roles sociales, como padre/madre, esposa/esposo, hijo/hija, profesor, secretaria y voluntario. El profesional debe evaluar los roles que desempeña el paciente, su grado de satisfacción y si considera que los está desempeñando de forma adecuada. El número y tipos de roles varía de un paciente a otro, pero suele incluir el familiar, el laboral/educativo y el asociado con el tiempo libre y las aficiones: los roles familiares son: el paterno (padre o madre), el filial (hijo o hija), el fraterno (hermano o hermana) y el conyugal (esposo o esposa o pareja). Los roles

laborales/educativos son los relacionados con el trabajo, con los estudios o con ambos. La capacidad o incapacidad de desempeñar los roles y la falta del rol que se desearía desempeñar a menudo es un factor muy importante para el funcionamiento psicosocial. Por otro lado, el cambio del rol, con la consiguiente asunción de un nuevo rol, puede suponer un problema para el paciente.



#### **Concepto de sí mismo.**

Las relaciones interpersonales, es decir, las relaciones con los demás, desempeñan un papel muy importante en salud mental. Estas relaciones varían en términos de relevancia, grado de intimidad o cercanía e intensidad. La incapacidad para mantener relaciones interpersonales satisfactorias puede tener su origen en un trastorno mental, pero también puede contribuir a agravar un trastorno mental ya existente. El profesional evaluará las relaciones que el paciente mantiene con otras personas, el grado de satisfacción en estas

relaciones y las pérdidas que ha sufrido, como rupturas sentimentales o fallecimiento de personas allegadas. En esta área de la evaluación psicosocial suelen formularse las siguientes preguntas:

- ¿Se siente unido a su familia?
- ¿Tiene o le gustaría tener una relación importante con alguna persona?
- ¿Satisfacen las relaciones que tiene actualmente sus necesidades de compañía o de intimidad?
- ¿Está satisfecho sexualmente?
- ¿Está o ha estado implicado en alguna relación en la que haya o haya habido malos tratos, vejaciones o abusos sexuales?

Si el profesional llega a la conclusión de que las relaciones familiares son una fuente importante de estrés para el paciente o si éste se encuentra muy unido a su familia, debe llevar a cabo una evaluación más en profundidad de estas relaciones. En el [cuadro 8-3](#) se presenta el Instrumento de Evaluación Familiar de McMaster, que puede utilizarse para este propósito.

### **Problemas fisiológicos y autocuidado**

Las funciones fisiológicas deben incluirse en la evaluación psicosocial. Aunque por lo general no está indicada una evaluación exhaustiva de la salud física del paciente, hay que tener en cuenta que los problemas emocionales pueden afectar a algunas áreas del funcionamiento fisiológico. Estos problemas suelen influir de forma importante en la alimentación y los patrones del sueño. En situación de estrés, los pacientes suelen comer en exceso o, por el contrario, pueden perder el apetito y no comer prácticamente nada, o pueden dormir sólo 2 h o 3 h al día o más de 20 h. Los pacientes que padecen un trastorno bipolar pueden estar varios días sin comer ni dormir, mientras que muchos pacientes deprimidos ni siquiera pueden levantarse de la cama. Por tanto, el profesional tiene que evaluar la alimentación y los patrones del sueño para ver si existe alguna anomalía.

Asimismo, hay que preguntarle al paciente si padece alguna enfermedad física importante o algún problema crónico de salud, y si toma los medicamentos tal y como le ha indicado el médico. También se evaluará hasta qué punto el paciente sigue las recomendaciones dietéticas del médico o del nutricionista. Otro aspecto importante que hay que valorar en este apartado es el consumo de alcohol y otras drogas, así como de medicamentos comprados en la farmacia sin receta médica. Para preguntas sobre las drogas y los medicamentos, el profesional tendrá cuidado de no formular las preguntas de forma que dejen entrever juicios de valor o críticas hacia el paciente. Para preparar el plan de tratamiento y de educación, el profesional comprobará que el paciente está bien informado sobre los riesgos asociados con el consumo de drogas y de medicamentos sin control médico.

La falta de cumplimiento terapéutico es un aspecto muy importante de la evaluación psicosocial. Si el paciente ha dejado de tomar la medicación o está tomando un fármaco distinto al que se le prescribió, el profesional hará todo lo posible para que el paciente se



sienta cómodo y pueda hablar con sinceridad de estas cuestiones. Es esencial averiguar por qué el paciente no sigue el tratamiento o no lo sigue bien: ¿Se debe a los efectos secundarios? ¿Está haciendo efecto la medicación? ¿Tiene el paciente dificultades para conseguir la medicación porque no la encuentra en la farmacia? ¿Es la medicación demasiado cara para el paciente?

## ANÁLISIS DE LOS DATOS

Una vez concluida la evaluación psicosocial, el profesional tiene que analizar todos los datos recogidos. El análisis de los datos tiene como objetivo extraer una conclusión general en vez de detenerse en bloques de información aislados. Por ello, hay que buscar los patrones o temas recurrentes que le pueden permitir extraer una conclusión general sobre los puntos fuertes y débiles del paciente, lo que a su vez le permitirá establecer el diagnóstico de enfermería. Este diagnóstico no tiene que hacerse nunca a partir de una frase o de una conducta aislada del paciente. Asimismo, el profesional debe valorar el grado de congruencia de la información aportada por el paciente, los familiares, el cuidador y, si es el caso, los amigos. Además, tiene que comparar esta información con sus propias observaciones. Es frecuente que la percepción que el paciente tiene de sí mismo, de su conducta y de su situación difiera de la que tienen otras personas. Es necesario evaluar una serie de áreas específicas para justificar algunos diagnósticos de enfermería, como la baja autoestima crónica o las estrategias de afrontamiento ineficaces.

Generalmente, el análisis de los datos de la evaluación psicosocial da como resultado el establecimiento de un diagnóstico de enfermería que, a su vez, servirá para elaborar el plan de tratamiento. Desde hace muchos años, los diagnósticos de enfermería forman parte del proceso de enfermería. Debido a los cambios drásticos que se han producido en todos los ámbitos asistenciales, ahora se pide a los profesionales de la enfermería en psiquiatría y salud mental que expliquen cuáles son las necesidades del paciente de forma muy concreta que resulte clara con el fin de que los demás profesionales que intervienen en la atención al paciente, así como los familiares y el cuidador, puedan entenderlo sin dificultad ni ambigüedades. Por ejemplo, algunas clínicas, hospitales y centros de salud recurren a la atención multidisciplinaria o a los protocolos asistenciales diseñados de antemano en los que se especifica claramente qué profesional va a encargarse de cada uno de los aspectos de la atención al paciente. A veces también es necesario elaborar un plan de tratamiento del paciente en casa dirigido al enfermo y sus familiares y, si es el caso, al profesional encargado de la asistencia domiciliaria. En definitiva, el profesional documentará y describirá los objetivos y las intervenciones de forma que puedan entenderlo con facilidad muchas otras personas, algunas no profesionales, y no sólo el personal de enfermería. No se utilizarán términos técnicos extraños o poco claros para el paciente, la familia y otros profesionales.

### Cuadro 8-3. Instrumento de evaluación familiar de McMaster

**Instrucciones:** a continuación le presentamos una serie de frases sobre la familia. Por favor, lea

atentamente cada una de ellas y díganos si describen o no adecuadamente a su familia. Debe contestar de acuerdo con la forma en la que usted percibe a su familia. Para cada frase, debe dar una de las siguientes respuestas:

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| Totalmente de acuerdo (TA)    | Marque en la columna TA si cree que la frase describe a su familia de forma muy precisa. |
| De acuerdo (A)                | Marque en la columna A si cree que la frase describe a su familia más o menos bien.      |
| En desacuerdo (D)             | Marque en la columna D si cree que la frase no describe a bien a su familia.             |
| Totalmente en desacuerdo (TD) | Marque en la columna TD si cree que la frase no es aplicable en absoluto a su familia.   |

No piense mucho tiempo en la frase; responda lo más rápido que pueda, pero siempre de forma sincera. Si le resulta difícil responder a alguna de estas frases, hágalo de acuerdo a la primera reacción que haya tenido. Por favor, responda a todas las frases y marque la respuesta en la columna correspondiente (TA, A, D, TD). Se admite sólo una respuesta para cada frase.

Frases	TA	A	D	TD
1. Es difícil planificar las actividades familiares porque no nos entendemos bien.	___	___	___	___
2. Resolvemos la mayoría de los problemas de la vida cotidiana en casa.	___	___	___	___
3. Cuando alguien está triste, enfadado o preocupado, los demás sabemos por qué.	___	___	___	___
4. Cuando le pide a alguien que haga algo, luego tiene que comprobar que lo ha hecho.	___	___	___	___
5. Si alguien tiene un problema, los demás se interesan e intentan ayudarlo.	___	___	___	___
6. En los momentos difíciles, nos ayudamos unos a otros.	___	___	___	___
7. No sabemos qué hacer cuando surge un problema inesperado.	___	___	___	___
8. A veces nos quedamos sin cosas que necesitamos.	___	___	___	___
9. Somos reacios a mostrar afecto entre nosotros.	___	___	___	___
10. Comprobamos que todos los miembros de la familia cumplen con sus responsabilidades.	___	___	___	___
11. No podemos hablar entre nosotros de la tristeza que sentimos.	___	___	___	___
12. Generalmente ponemos en práctica las decisiones que hemos tomado para resolver los problemas.	___	___	___	___
13. Los demás sólo se interesan por usted si se trata de algo que les interesa.	___	___	___	___
14. Es imposible deducir cómo se siente el otro a partir de lo que dice.	___	___	___	___
15. Las responsabilidades familiares y las tareas de la casa no están repartidas entre los miembros de la familia.	___	___	___	___
16. Se acepta a los miembros de la familia por lo que son.	___	___	___	___
17. Si no se respetan las normas de la familia, no pasa nada.	___	___	___	___
18. Hablamos claramente y no hacemos insinuaciones.	___	___	___	___
19. Algunos de los miembros de la familia no expresan sus emociones.	___	___	___	___
20. Sabemos qué hacer cuando surge un problema inesperado.	___	___	___	___
21. Evitamos hablar de nuestros miedos y preocupaciones.	___	___	___	___
22. Es difícil hablar de la ternura o el amor que sentimos unos hacia otros.	___	___	___	___
23. Tenemos problemas para pagar las facturas.	___	___	___	___
24. Después de tomar una decisión para resolver un problema, hablamos acerca de si la decisión ha sido eficaz o no.	___	___	___	___
25. Cada uno se preocupa sólo de sí mismo.	___	___	___	___
26. Expresamos nuestros sentimientos con libertad.	___	___	___	___
27. No tenemos unas normas claras sobre la higiene personal.	___	___	___	___
28. No demostramos el amor que sentimos por los otros de forma clara y abierta.	___	___	___	___
29. Nos decimos las cosas directamente y no utilizamos intermediarios.	___	___	___	___
30. Cada uno de nosotros tiene sus propias tareas y responsabilidades.	___	___	___	___
31. Hay muchos sentimientos negativos en la familia.	___	___	___	___
32. Tenemos normas sobre las peleas y la violencia en la familia.	___	___	___	___
33. Colaboramos con los demás sólo cuando el asunto nos interesa.	___	___	___	___
34. Hay poco tiempo para hablar de lo que nos interesa a cada uno.	___	___	___	___
35. Muchas veces no decimos lo que pensamos o lo que sentimos.	___	___	___	___
36. Nos sentimos aceptados por lo que somos.	___	___	___	___
37. Sólo mostramos interés por los demás cuando podemos conseguir algún beneficio personal.	___	___	___	___

Frases	TA	A	D	TD
38. Resolvemos la mayoría de los problemas de relación que se plantean.	—	—	—	—
39. En nuestra familia, la ternura, el cariño y el amor tienen un papel secundario.	—	—	—	—
40. Nos ponemos de acuerdo sobre quién tiene que hacer las tareas domésticas.	—	—	—	—
41. Tomar decisiones es un problema en nuestra familia.	—	—	—	—
42. Nuestra familia sólo se interesa en los problemas de sus miembros cuando puede sacar algo en interés propio.	—	—	—	—
43. Somos sinceros los unos con los otros.	—	—	—	—
44. No tenemos normas ni reglas para la convivencia.	—	—	—	—
45. Si le pide a alguien que haga algo, se lo tiene que recordar luego porque se olvida.	—	—	—	—
46. Somos capaces de tomar decisiones para solucionar los problemas.	—	—	—	—
47. Si alguien no respeta las normas, no sabemos qué hacer.	—	—	—	—
48. Todo va bien en nuestra familia.	—	—	—	—
49. Expresamos el cariño y el amor que sentimos por los otros.	—	—	—	—
50. Controlamos bien los problemas que tienen que ver con los sentimientos.	—	—	—	—
51. No nos llevamos bien.	—	—	—	—
52. Cuando estamos enfadados, no nos hablamos.	—	—	—	—
53. Generalmente no estamos satisfechos con las tareas que nos asignan.	—	—	—	—
54. Aunque nos llevamos bien, nos metemos demasiado en la vida de los otros.	—	—	—	—
55. Existen normas sobre situaciones peligrosas.	—	—	—	—
56. Tenemos confianza en los demás.	—	—	—	—
57. No nos escondemos cuando queremos llorar.	—	—	—	—
58. No disponemos de un medio de transporte.	—	—	—	—
59. Cuando no nos gusta lo que alguien ha hecho, se lo decimos.	—	—	—	—
60. Tratamos de pensar en diferentes maneras de resolver los problemas.	—	—	—	—

De Schutle NS y Malouff JM (1995). *Sourcebook of adult assessment strategies*. New York: Plenum Press, Brown University/Butler Hospital Family Research Program, © 1982.

## Tests psicológicos

Los tests psicológicos constituyen una fuente de datos adicional para la evaluación de enfermería. Por tanto, los resultados de estas pruebas psicométricas también pueden utilizarse para elaborar el plan de tratamiento. Si bien existen muchos tipos de tests psicológicos, los principales son los tests de inteligencia y los de personalidad. Los *tests de inteligencia* se utilizan para evaluar las habilidades cognitivas y el funcionamiento intelectual del paciente. Los *tests de personalidad* sirven para detectar las áreas de la personalidad del paciente que pueden ser más problemáticas, como el concepto de sí mismo, el control de los impulsos, el sentido de la realidad y los mecanismos de defensa a los que el paciente recurre con más frecuencia (Adams y Culbertson, 2005). Los tests de personalidad pueden ser objetivos, en cuyo caso están compuestos de preguntas de respuesta múltiple o de frases respecto a las cuales el paciente tiene que decir si está muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, etc. En la [tabla 8-1](#) se presentan algunos de los tests de personalidad objetivos utilizados con más frecuencia en la práctica clínica. El personal de enfermería tiene que comparar las respuestas del paciente con respuestas o criterios estándares y obtener una o varias puntuaciones.

Otros tests de personalidad son distintos a los objetivos y se denominan tests proyectivos. No están estructurados y por lo general se administran mediante entrevista. Los estímulos de estos tests, como dibujos, fotografías o las manchas de tinta del test de



Rorschach, son siempre los mismos, pero se pide al paciente que diga cómo percibe o interpreta el estímulo, de forma que cada paciente hace una interpretación distinta de lo que se le presenta. El evaluador analiza las respuestas del paciente y da el resultado, no mediante una o varias puntuaciones, sino de forma narrativa (tabla 8-2).

Tanto los tests de inteligencia como los de personalidad han recibido numerosas críticas debido a sus sesgos culturales. Es importante tener en cuenta el origen cultural y el entorno del paciente a la hora de evaluar las puntuaciones o las respuestas que se obtienen en estos tests, ya que, si bien pueden proporcionar información útil en algunas circunstancias, puede que no sean adecuados para todos los pacientes.

**Tabla 8-1. Tests de personalidad objetivos**

Test	Descripción
Inventario multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI)*	556 ítems de respuesta múltiple; se obtiene una puntuación para cada una de las diez escalas clínicas (como hipocondría, depresión, histeria y paranoia), para cada una de las escalas especiales (como ansiedad y alcoholismo) y para las tres escalas de validez que evalúan la veracidad y fiabilidad de las respuestas del paciente
MMPI-2	Versión revisada del MMPI que consta de 567 ítems de respuesta múltiple; las puntuaciones son en las mismas áreas que en el MMPI
Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI)* y MCMI-II (versión revisada)	Consta de 175 ítems verdadero-falso; se obtienen puntuaciones sobre varios rasgos y trastornos de la personalidad
Inventario de detección psicológica (PSI)*	Consta de 103 ítems verdadero-falso; se utiliza para detectar la necesidad de recibir ayuda psicológica
Inventario de depresión de Beck (BDI)*	Está formado por 21 ítems que se puntúan de 0-3 para obtener la puntuación global que indica el nivel de depresión
Escala de concepto de sí mismo de Tennessee (TSCS)	Consiste en 100 ítems verdadero-falso; proporciona información sobre 14 escalas relacionadas con el concepto de sí mismo

\*Las siglas corresponden al nombre del test en inglés.

Adams RL y Culbertson JL (2005). Personality assessment: Adults and children. In BJ Sadock y VA Sadock (eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed. pp. 874-895). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

## Diagnóstico psiquiátrico

Muchos de los diagnósticos psiquiátricos figuran en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4.<sup>a</sup> edición, texto revisado (DSM-IV-TR). Este sistema de clasificación de los trastornos mentales lo utilizan psiquiatras y psicólogos de todo el mundo. En el DSM-IV-TR, los trastornos mentales se clasifican en categorías, se describe cada uno de los trastornos y se detallan los criterios diagnósticos que sirven para distinguir un trastorno de otro.

Aunque no puede sustituir la evaluación psicosocial exhaustiva de enfermería, la descripción de los trastornos mentales y de las conductas asociadas que figuran en el DSM-IVTR puede servir de guía al profesional. En esta obra se utiliza un sistema multiaxial cuyo propósito es establecer un diagnóstico psiquiátrico completo:

- *Eje I*: trastornos clínicos (excepto retraso mental y trastornos de la personalidad) y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
- *Eje II*: trastornos de la personalidad, retraso mental.
- *Eje III*: enfermedades médicas.
- *Eje IV*: problemas psicosociales y ambientales.
- *Eje V*: evaluación de la actividad global.



**Tabla 8-2. Tests de personalidad proyectivos**

Test	Descripción
Test de Rorschach	Diez tarjetas en cada una de las cuales hay una mancha de tinta. Se pide al paciente que diga qué es lo que ve en la mancha. Los resultados se presentan en forma narrativa y el evaluador extrae conclusiones sobre variables como estilo de afrontamiento, actitudes en las relaciones interpersonales y patrones de los pensamientos (ideación)
Test de apercepción temática (TAT)*	Veinte tarjetas en cada una de las cuales hay un dibujo que representa una escena. Se pide al paciente que cuente una historia a partir de cada una de las escenas. Los resultados se presentan en forma narrativa y el evaluador extrae conclusiones sobre variables como el estado de ánimo, los conflictos y la calidad de las relaciones interpersonales
Test de completar frases	Se pide al paciente que complete una frase como «a veces me gustaría...», «cuando era joven...», «la mayoría de la gente...», etc.

\*Estas siglas corresponden al nombre del test en inglés.

De Adams RL y Culbertson JL (2005). Personality assessment: Adults and children. In BJ Sadock y VA Sadock (eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 874-895). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Los problemas psicosociales y ambientales del Eje IV son los siguientes: problemas educativos, problemas laborales, problemas relacionados con la vivienda, problemas económicos y problemas legales, así como dificultades con el entorno social, con las relaciones interpersonales y con el acceso a la asistencia sanitaria.

La Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) se utiliza para obtener un juicio sobre el funcionamiento global del paciente ([cuadro 8-4](#)). La puntuación de la EEAG que obtiene el paciente puede servir para indicar su nivel actual de funcionamiento, pero también puede obtenerse una puntuación que indica el nivel de funcionamiento más elevado alcanzado durante el año anterior o durante los últimos 6 meses. Esta información es útil para establecer los objetivos del plan de tratamiento.

## Evaluación breve del funcionamiento cognitivo

A menudo, los psiquiatras, psicólogos y psicoterapeutas llevan a cabo una evaluación rápida centrada en las habilidades cognitivas del paciente mediante algún test específico. Estos tests suelen estar formados por ítems sobre aspectos como orientación con respecto a las personas, el lugar y el tiempo (día de la semana, mes, año, estación del año), la capacidad para interpretar refranes, cálculos matemáticos, memorización y recuerdo inmediato, nombrar objetos presentes en el entorno, capacidad para seguir instrucciones y para escribir o copiar un dibujo sencillo. Cuantas menos tareas realice el paciente correctamente, mayor es el déficit cognitivo. Puesto que en este tipo de evaluación se valoran las habilidades cognitivas del paciente, se utiliza con mucha frecuencia como prueba de detección sistemática de la demencia. No obstante, debe tenerse en cuenta que la alteración cognitiva puede observarse también en pacientes deprimidos o psicóticos, si bien en este caso los déficits cognitivos suelen ser transitorios, al contrario de lo que sucede en la demencia, en la que la alteración cognitiva es permanente y progresiva.

### Cuadro 8-4. Escala de evaluación de actividad global

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum que va desde la salud mental hasta la enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales). (Nota: cuando corresponda, utilice los códigos intermedios; p. ej., 45, 68, 72.)

## CÓDIGO

100	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida; es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. No hay síntomas.
91	
90	No hay síntomas o son mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas; está interesado y participa en una amplia gama de actividades; socialmente eficaz; en general, está satisfecho con la vida; problemas y preocupaciones normales en la vida diaria (p. ej., alguna discusión ocasional con algún miembro de la familia).
81	
80	Si hay síntomas, son de naturaleza transitoria y constituyen reacciones esperables a los estresores psicosociales (p. ej., dificultad para concentrarse después de una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento académico).
71	
70	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio leve) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., absentismo escolar de vez en cuando o pequeños hurtos en casa); por lo general, no obstante, funciona bastante bien; tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
61	
60	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., tiene pocos amigos, conflictos con los compañeros de trabajo o la escuela).
51	
50	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, hurtos frecuentes en las tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., no tiene amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
41	
40	Una alteración del sentido de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas, tales como el trabajo, el colegio, las relaciones familiares, la toma de decisiones, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre deprimido que evita las relaciones con los amigos, no se ocupa de su familia y es incapaz de trabajar; o un niño que pega con frecuencia a los más pequeños, tiene un comportamiento desafiante en casa y saca malas notas en el colegio).
31	
30	La conducta se ve influida de forma considerable por delirios y alucinaciones o hay una alteración grave de la comunicación o del sentido de la realidad (p. ej., a veces es incoherente, actúa de forma claramente inadecuada, le preocupa el suicidio) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., se queda en la cama todo el día, no tiene trabajo ni amigos).
21	
20	Existe cierto peligro de que se cause daño a sí mismo o a otras personas (p. ej., intentos de suicidio sin intención clara de matarse, con frecuencia se muestra violento o presenta episodios de excitación maniaca) o a veces no es capaz de mantener la higiene personal (p. ej., manchas de excrementos) o alteración evidente de la comunicación (p. ej., mutismo o lenguaje claramente incoherente).
11	
10	Riesgo persistente de que se haga daño a sí mismo o a otras personas (p. ej., episodios repetidos de comportamiento violento) o incapacidad persistente de mantener mínimamente la higiene personal o acto de suicidio grave con expectativa manifiesta de muerte.
1	
0	No hay suficiente información o es inadecuada.

La puntuación de la Escala de actividad global de 0-100 ha sido operativizada por Luborsky en la *Health-Sickness Rating Scale* (Luborsky L, 1962). Clinicians' judgments of mental health. *Archives of General Psychiatry*, 7, 407-417. Spitzer y cols. han llevado a cabo una revisión de la *Health-Sickness Rating Scale* que ha dado lugar a la *Global Assessment Scale* (GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, & Cohen J (1976). *The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance*. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771. Se incluyó una versión modificada de la GAS en el *DSM-III-R* con el nombre de *Global Assessment of Functioning* (GAF) Scale.

## TEMAS DE AUTOCONCIENCIA



La autoconciencia es muy importante para poder llevar a cabo una evaluación psicosocial válida y fiable. El profesional de la enfermería debe ser consciente de sus propios sentimientos, sesgos y valores, ya que pueden interferir en la evaluación psicosocial cuando son distintos a los del paciente. El profesional no puede permitir que sus sentimientos, creencias y valores influyan en el trato que da al paciente. La

autoconciencia no significa que las creencias del profesional sean erróneas y, por tanto, que tenga que cambiarlas. Su objetivo es conseguir ser capaz de aceptar y respetar las creencias y conductas de los demás, incluso cuando no están de acuerdo con la forma en la que los demás piensan o se comportan.

La sexualidad y las conductas autolesivas son dos áreas de la evaluación psicosocial que pueden resultar difíciles o incómodas para el profesional. El profesional principiante puede tener la sensación de que se está entrometiendo en la vida íntima del paciente cuando tiene que preguntarle por su vida sexual, por la ideación suicida, por intentos anteriores de suicidio o por las conductas autolesivas. Sin embargo, estas preguntas son parte esencial de la evaluación y no pueden obviarse. Es conveniente tener presente que al paciente tampoco le resulta fácil tener que hablar de estos temas.

El evaluador puede tener creencias que difieren de las del paciente, pero no debe criticar ni emitir juicios de valor sobre la conducta de éste. Por ejemplo, el profesional que está evaluando al paciente puede pensar que el aborto es un pecado y la paciente puede haberse sometido a varias interrupciones voluntarias del embarazo. También puede ocurrir que el profesional considere que el adulterio es una práctica inmoral y ver que el paciente al que está evaluando engaña a su mujer.

Escuchar al paciente sin prejuicios ni juicios de valor y hablar con él sobre temas delicados es una habilidad que exige práctica. Por lo general el profesional se va sintiendo más cómodo conforme la va adquiriendo. Al principio puede ser muy útil hablar de lo que nos incomoda con compañeros más experimentados. También puede ayudar a reducir la incomodidad avisar al paciente de que se le va hacer una pregunta sobre un tema delicado, por ejemplo: «Tengo que hacerle algunas preguntas sobre temas muy personales. Recuerde que esta información va a resultar muy útil a los profesionales que van a ayudarle a resolver sus problemas».

La ideación suicida tiene que evaluarse en todos los casos. Algunos profesionales principiantes se sienten incómodos cuando tienen que preguntar sobre el suicidio o consideran que preguntar sobre este tema puede sugerir la idea de suicidarse a pacientes que hasta ese momento nunca lo habían pensado. Pero no es así. Se ha demostrado que la forma más segura de evaluar a un paciente de quien se sospecha un trastorno mental es preguntarle clara y directamente sobre la ideación suicida. Una de las responsabilidades más importantes del personal de enfermería en psiquiatría y salud mental es garantizar la seguridad del paciente y la mejor forma de cumplir con esta obligación es superar la incomodidad y preguntarle durante la evaluación psicosocial sobre la ideación suicida y los intentos anteriores de suicidio que pudieran haberse producido (Schultz y Videbeck, 2009).

### **Consideraciones importantes a tener en cuenta para la evaluación psicosocial**

- El profesional tiene que intentar obtener toda la información que pudiera servir para ayudar al paciente. Las críticas y los juicios de valor no forman parte del proceso de evaluación.
- Cuando se pregunta al paciente sobre cuestiones personales o temas delicados, hay que



ser claro y directo, ya que esto sirve para aliviar las dudas y la ansiedad del paciente.

- Examinar las propias creencias, valores y actitudes aumenta la autoconciencia del profesional, y por tanto, es una oportunidad de crecimiento personal.
- Si las creencias del profesional difieren mucho de las del paciente, debe consultar con uno o varios compañeros. En todo caso, el profesional no permitirá que sus creencias interfieran en el proceso de evaluación psicosocial ni en la relación terapéutica con el paciente.

### *Preguntas de razonamiento crítico*

1. Un profesional de la enfermería se está preparando para llevar a cabo una evaluación psicosocial en un paciente que busca ayuda porque maltrata físicamente a sus hijos. ¿Qué sentimientos podría tener este profesional? ¿Cómo podría percibir al paciente?
2. Durante la evaluación psicosocial, la paciente informa de que tiene tres hijos ya independizados. Dice que tiene contacto frecuente con uno de ellos, pero no con los otros dos. ¿Qué preguntas tiene que formular el profesional sobre estas relaciones? ¿Qué debe hacer si la paciente es reacia a hablar de estas relaciones? ¿Es la información sobre estas relaciones esencial para la evaluación?
3. El profesional está evaluando a un paciente analfabeto. ¿Cómo puede valorar el funcionamiento intelectual de este paciente? ¿Qué otras áreas de la evaluación psicosocial pueden verse afectadas por el hecho de que el paciente no sea capaz de leer ni escribir?



### **PUNTOS CLAVE**

- El propósito de la evaluación psicosocial es obtener una imagen general del estado psicológico, la capacidad mental y la conducta del paciente. Esta imagen inicial se utiliza para elaborar el plan de tratamiento, cuyo objetivo es satisfacer las necesidades del paciente.
- Los componentes de la evaluación psicosocial completa son: los antecedentes del paciente y el comportamiento, el estado de ánimo y los afectos, el proceso y el contenido del pensamiento, el nivel de consciencia y los procesos cognitivos, el sentido de la realidad y la capacidad de introspección, el concepto de sí mismo, los roles y las relaciones interpersonales, y los problemas fisiológicos y el cuidado de sí mismo.
- Los factores relacionados con el paciente que influyen en la evaluación psicosocial son diversos: la capacidad de colaborar y aportar información, el estado de salud, la percepción de la situación y la capacidad de comunicarse.
- La actitud del profesional y la forma en que realiza la evaluación también son factores muy importantes. El profesional debe llevar a cabo la evaluación psicosocial sin hacer críticas al paciente ni expresar juicios de valor. En todo momento tiene que conducirse

de forma profesional y no permitir que sus creencias, sentimientos, valores y actitudes interfieran en la evaluación.

- Para evitar extraer conclusiones erróneas sobre el funcionamiento psicosocial del paciente, tiene que tener en cuenta sus creencias culturales, espirituales y religiosas. Muchas culturas tienen creencias y valores sobre el rol del individuo en la sociedad y sobre las conductas personales y sociales aceptables que tal vez no coincidan con las creencias y valores del profesional de la enfermería.
- Para el análisis de los datos, hay que tener en cuenta la evaluación en su conjunto, no determinadas partes de la entrevista. Las conclusiones se obtienen identificando los patrones de comportamiento del paciente y evaluando el grado de congruencia de la información recogida y la coherencia entre esta información y las observaciones realizadas por el entrevistador.
- La autoconciencia del profesional es muy importante para que la evaluación del paciente sea válida, fiable, completa y objetiva.
- La sexualidad y las conductas autolesivas, incluido el suicidio, son dos áreas de la evaluación psicosocial que suelen incomodar al profesional. Cuando esto ocurre, el profesional tiene que hablar con sus compañeros, aunque conforme vaya adquiriendo más experiencia, irá sintiéndose cada vez más cómodo con estos dos elementos de la evaluación.
- La seguridad del paciente debe ser una prioridad para el personal de enfermería. Por tanto, es necesario preguntar siempre de forma clara y directa por la ideación suicida.

## BIBLIOGRAFÍA

- Adams, R. L., & Culbertson, J. L. (2005). Personality assessment: Adults and children. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 874–895). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- American Nurses Association. (2007). *Psychiatric–mental health nursing: Scope and standards of practice*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins (8th ed.).

## Autoevaluación

### PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. ¿Cuál de los siguientes es un ejemplo de pregunta de respuesta abierta?
  - a. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?
  - b. ¿Qué es lo que más le preocupa sobre su salud?



- c. ¿Cuál es su dirección?
  - d. ¿Ha perdido peso recientemente?
2. ¿Cuál de los siguientes es un ejemplo de pregunta de respuesta cerrada?
- a. ¿Cómo se ha sentido últimamente?
  - b. ¿Qué tal es la relación con su esposa?
  - c. ¿Ha tenido algún problema de salud recientemente?
  - d. ¿Dónde trabaja?
3. ¿A cuál de las siguientes áreas pertenece la evaluación del habla del paciente?
- a. Antecedentes.
  - b. Aspecto general y comportamiento motor.
  - c. Nivel de consciencia y procesos cognitivos.
  - d. Concepto de sí mismo
4. Cuando el personal de enfermería está evaluando si las ideas del pensamiento son lógicas y tienen sentido, ¿cuál de las siguientes áreas está evaluando?
- a. Contenido del pensamiento.
  - b. Proceso del pensamiento.
  - c. Memoria.
  - d. Nivel de consciencia.
5. El paciente cree que algunas de las noticias que se publican en los periódicos tienen que ver con él. Esto es un ejemplo de:
- a. Pensamiento abstracto.
  - b. Fuga de ideas.
  - c. Ideas de referencia.
  - d. Delirio de difusión del pensamiento.
6. El paciente cree que todo el mundo le persigue para hacerle daño. Esto es un ejemplo de:
- a. Delirio.
  - b. Alucinación.
  - c. Idea de referencia.
  - d. Asociaciones laxas.
7. ¿Cuál de las siguientes peticiones haría al paciente para evaluar la capacidad de concentración?
- a. Explicar que quiere decir el refrán «en casa del herrero, cuchillo de palo».
  - b. Decir el primer apellido de los tres últimos presidentes de Gobierno.
  - c. Decir los días de la semana en orden inverso.
  - d. Explicar qué hace en un día normal.

---

## PREGUNTAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE

*Puede elegir más de una respuesta en cada pregunta.*

1. ¿Cuáles de los siguientes factores forma parte de la evaluación del nivel de consciencia y de los procesos cognitivos?
  - a. La concentración.
  - b. Los sentimientos y las emociones.
  - c. La memoria.
  - d. El sentido de realidad.
  - e. La orientación.
  - f. El proceso de pensamiento.
2. ¿Cuáles de los siguientes factores tienen que incluirse en la evaluación del riesgo de suicidio?
  - a. La intención de quitarse la vida.
  - b. El sentido de realidad.
  - c. La capacidad de introspección.
  - d. El método.
  - e. El plan.
  - f. La razón.

---

## PREGUNTAS DE RESPUESTA BREVE

*Identificar una pregunta que el profesional puede hacer para evaluar lo que sigue:*

1. Capacidad de pensamiento abstracto
2. Capacidad de introspección
3. Concepto de sí mismo
4. Sentido de la realidad
5. Estado de ánimo
6. Orientación

## CASO CLÍNICO

Un profesional está esperando en un centro de salud mental a un paciente a quien no conoce, y quiere hacerle una evaluación psicosocial. Cuando el paciente llega, éste se encuentra con una mujer joven. Parece preocupada e inquieta y está llorando, apretando en la mano varios pañuelos de papel. Le dice al profesional su nombre, su apellido y su edad, pero empieza a llorar de nuevo antes de poder aportar ninguna otra información. El profesional quiere llevar a cabo la evaluación porque sabe que es esencial obtener más información de esta paciente, pero está claro que va a resultar difícil conseguir que responda a todas las preguntas de la entrevista.

1. ¿Cómo debe abordar el profesional a la paciente? ¿Qué es lo primero que debe decir y hacer el profesional?
2. ¿Cuáles son las cinco primeras preguntas que el profesional debería hacer a esta paciente? Explique por qué ha elegido esas cinco preguntas.
3. ¿Debe el profesional sacar alguna conclusión inicial sobre la paciente? ¿Qué conclusión o conclusiones debería sacar?
4. Si la paciente decidiese irse del centro de salud mental antes de empezar la evaluación psicosocial, ¿qué debería hacer el profesional?

## Unidad III

# Temas psicosociales de interés en la actualidad

- Capítulo 9 Aspectos éticos y legales
- Capítulo 10 Ira, hostilidad y agresividad
- Capítulo 11 Malos tratos y violencia
- Capítulo 12 Pérdida y duelo

# 9

## Aspectos éticos y legales

### Términos clave

- agresión
- aislamiento
- amenazas
- autonomía
- contención física
- daño
- deber
- declaración obligatoria

- deontología
- detención ilegal
- dilema ético
- ecuanimidad
- ética
- incumplimiento del deber de
- lealtad
- mala praxis
- negligencia
- normas asistenciales
- principio de no perjudicar
- principio de hacer el bien
- tratamiento ambulatorio involuntario
- tratamiento en el medio menos restrictivo posible
- relación causa-efecto
- responsabilidad civil y penal (daños y perjuicios)
- utilitarismo
- veracidad

## Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Explicar los derechos del paciente en el entorno psiquiátrico.
2. Citar los aspectos legales y éticos relacionados con el aislamiento y la contención física.
3. Citar los componentes de la mala praxis.
4. Explicar los aspectos éticos de la práctica de la enfermería en psiquiatría y salud mental.
5. Entender el significado de las normas asistenciales.
6. Describir los tipos más comunes de acciones ilícitas en el contexto de la atención a la salud mental.

**A LO LARGO DE LA HISTORIA, LAS PERSONAS AFECTADAS POR UN TRASTORNO MENTAL** han visto restringidos sus derechos y han estado sometidas a internamiento, guardadas como mercancías y recibiendo un trato inhumano (v. [cap. 1](#)). En la década de 1970, el reconocimiento de los derechos de los pacientes y la modificación de las leyes que regulaban el internamiento contribuyeron a un mejor trato de los enfermos mentales. Este capítulo trata sobre los aspectos éticos y legales relacionados con la práctica de la enfermería en psiquiatría y salud mental.

## ASPECTOS LEGALES

### Derechos de los pacientes y cuestiones afines

Los pacientes con problemas de salud mental tienen los mismos derechos legales que el resto de las personas, salvo el de abandonar el hospital en caso de internamiento involuntario (v. más adelante). Tienen derecho a rechazar el tratamiento, a enviar y recibir correo en sobre o paquete cerrado y a recibir o rechazar las visitas que reciban. Cualquier contención que se les imponga (p. ej., correo, visitas y vestimenta) tiene que obedecer a un motivo razonable, verificable y documentado. Las decisiones sobre las restricciones a los derechos de los pacientes sólo pueden tomarlas un juez o los profesionales designados específicamente, por ejemplo, el personal de enfermería o el equipo multidisciplinario que trata al paciente, según lo estipulen las leyes o las normas administrativas. Los siguientes son ejemplos de contención de los derechos del paciente:

- No se permite al paciente llevar cinturón, cordones en los zapatos, ni usar tijeras ni otros objetos punzantes o cortantes cuando presenta ideación suicida, ya que existe el riesgo de que utilice estos objetos para autolesionarse.
- Si un paciente actúa con agresividad hacia un visitante, se le restringirán las visitas de esa persona durante algún tiempo.

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.

### **Cuadro 9-1. Resumen del código de derechos de los pacientes con trastorno mental**

El paciente tiene derecho a:

- Que se le informe sobre los beneficios de la atención psiquiátrica, la cualificación profesional de las personas que le atienden, las opciones de tratamiento de las que se dispone y de los procedimientos para presentar quejas y denuncias ante la dirección del centro sanitario o los jueces.
- La confidencialidad.
- La libre elección de los profesionales sanitarios.
- Que sean los profesionales sanitarios quienes decidan el tratamiento que debe recibir y no los financiadores de los asistencia médica (p. ej., los seguros médicos privados).
- La igualdad de trato.
- La no discriminación.
- Todos los beneficios asistenciales y sociales que pudieran corresponderle.
- El tratamiento que ofrezca mayor seguridad y beneficio.
- Un proceso de revisión del tratamiento válido, fiable y justo.
- Que los profesionales sanitarios encargados del tratamiento y los financiadores de los servicios sanitarios se hagan responsables de cualquier lesión, daño o perjuicio que se le cause debido a la incompetencia profesional manifiesta, a la negligencia o a las decisiones clínicamente injustificadas.

- Si un paciente hace llamadas telefónicas amenazadoras a personas que están fuera del hospital, se le permitirá llamar por teléfono sólo bajo supervisión del personal hasta que su estado mejore.

La American Psychiatric Association (APA) ha elaborado un código de derechos del



paciente denominado Principles for the Provision of Mental Health and Substance Abuse Treatment Services que se resume en el cuadro 9-1. El documento íntegro puede consultarse en <http://www.apa.org/pubs/info/brochures/rights.aspx>.

### *Hospitalización involuntaria*

La mayoría de los pacientes ingresan *voluntariamente*, lo que indica que demandan recibir tratamiento y que están de acuerdo con que se les hospitalice. Sin embargo, algunos rechazan tanto la hospitalización como el tratamiento. Los profesionales sanitarios respetarán el deseo del paciente, a no ser que constituya un peligro para sí mismo o para los demás (es decir, que amenace con suicidarse o ya lo haya intentado antes o tenga intención de dañar a otras personas). Los pacientes a quienes se hospitaliza contra su voluntad por las causas anteriores son ingresados en un servicio, dependencia, unidad o departamento de atención psiquiátrica hasta que estos peligrosos desaparezcan. En Estados Unidos, cada estado tiene sus propias leyes sobre hospitalización involuntaria, aunque son muy parecidas. La hospitalización involuntaria por razones psiquiátricas limita el derecho a la libertad del paciente, es decir, no puede abandonar el hospital cuando lo desee; sin embargo, el resto de derechos permanecen inalterados.

Se puede retener a una persona en una dependencia psiquiátrica un máximo de 48 h a 72 h como medida de urgencia hasta que sea puesto a disposición del juez para que decida si hay que ingresar al paciente para tratarle durante un cierto período. Muchos disponen de leyes similares que regulan la hospitalización de los pacientes con problemas de drogadicción que, cuando están bajo la influencia de la droga, representan un peligro para sí mismos o para los demás.

### *Alta voluntaria*

Los pacientes que han ingresado voluntariamente tienen el derecho de abandonar el hospital siempre y cuando no representen un peligro para sí mismos o para los demás. Para ello, deben firmar una solicitud de alta voluntaria en la que se especifica que reciben el alta en contra del criterio médico. Si un paciente firma la solicitud de alta voluntaria aunque, a juicio de los profesionales sanitarios que le atienden, sea un peligro para sí mismo o para otros, el psiquiatra responsable puede presentar una solicitud de hospitalización involuntaria para impedir que deje el centro asistencial. En estos casos, es el juez quien tomará la decisión que corresponda en derecho.

Mientras está en el hospital, puede que el paciente mejore rápidamente gracias a la medicación. En ese caso, es candidato al alta hospitalaria cuando haya dejado de ser un peligro para sí mismo o para otros. No obstante, algunos pacientes dejan de tomar la medicación una vez que reciben el alta, por lo que empiezan mostrar conductas agresivas o peligrosas. Cada vez es más frecuente que los profesionales de la salud mental sean considerados legalmente responsables de los actos delictivos que cometen los pacientes con un trastorno mental, lo que ha contribuido a que en los últimos años se haya avivado la controversia sobre la necesidad de la hospitalización involuntaria prolongada para los pacientes peligrosos.

### *Tratamiento ambulatorio involuntario*

El **tratamiento ambulatorio involuntario (TAI)** permite que el paciente que lo necesite siga recibiendo tratamiento, aunque sea de forma no voluntaria, después de recibir el alta hospitalaria. Mediante el TAI se obliga al paciente a tomar la medicación prescrita, a acudir a las citas del seguimiento con los profesionales sanitarios y a asistir a los programas o grupos de tratamiento psicosocial (Cullen-Drill y Schilling, 2008). En Estados Unidos, todos los estados menos ocho cuentan con legislación que contempla el TAI. La lista de estados que disponen de esta legislación puede consultarse en la web del [Treatment Advocacy Center \(2009\)](#). El TAI tiene algunas ventajas, la principal de ellas es que permite estancias hospitalarias más breves. No obstante, algunos datos indican que los pacientes sometidos a TAI ingresan en el hospital con más frecuencia (Segal y Burgess, 2006a). Además, el TAI reduce el riesgo de muerte en el caso de pacientes peligrosos para sí mismos o para otros (Segal y Burgess, 2006b) y puede ayudar a impedir que los pacientes se conviertan en víctimas de los delincuentes callejeros.



Los pacientes ingresados voluntariamente pueden firmar una solicitud escrita de alta voluntaria en contra del criterio del médico.

Algunos llaman al TAI «liberación condicional» o «ingreso ambulatorio». El tratamiento ambulatorio ordenado por un juez es más frecuente en los pacientes con un trastorno mental grave y crónico y que han tenido frecuentes contactos con instituciones de atención a la salud mental y de bienestar social, con la policía o con los tribunales de justicia (Swartz, Swanson, Kim y Petrila, 2006). Esto demuestra que se ofrecen a los pacientes varias oportunidades para cumplir voluntariamente las recomendaciones de tratamiento ambulatorio, y que sólo se recurre al TAI por orden de un juez cuando estas oportunidades son repetidamente ineficaces. La preocupación de los jueces es que se respeten los derechos de los pacientes que padecen un trastorno mental y no se les exija participar en ninguna actividad o tratamiento en contra de su voluntad, siempre que sea razonable. Otra preocupación de los jueces es que una vez que dictan sentencia autorizando el TAI, éste se imponga indiscriminadamente a un número creciente de pacientes. Sin embargo, los datos indican que esto no suele ocurrir (Geller, Fisher, Grudzinskas, Clayfield y Lawlor, 2006). Como es lógico, la sociedad demanda protección frente al riesgo que representan las personas peligrosas con antecedentes de incumplimiento del tratamiento farmacológico.

### *Tutor legal*

El nombramiento de un *tutor legal* es un proceso legal diferente al de la hospitalización involuntaria y el TAI. Las personas gravemente incapacitadas, las declaradas incompetentes, las que son incapaces de procurarse alojamiento, ropa y alimentos, incluso cuando tienen derecho a prestaciones y ayudas sociales, y las que no pueden defenderse de los demás o defender sus intereses ante la ley, necesitan un tutor legal. En estos casos, el juez designa a un adulto para que actúe como tutor legal y asuma la responsabilidad por el paciente, por ejemplo dar el consentimiento informado, extender cheques y firmar contratos legales. Los pacientes con un trastorno mental a los que se les ha asignado por orden judicial un tutor pierden el derecho de firmar contratos legales (p. ej., de matrimonio o de una hipoteca), lo que puede afectar a numerosas actividades de la vida diaria. Puesto que el tutor representa legalmente al paciente y actúa en su nombre, el personal de enfermería debe obtener del tutor los consentimientos o permisos necesarios. En algunos estados la legislación distingue entre el tutor legal y el apoderado para asuntos económicos. Este último sólo tiene poderes para lo relacionado con los asuntos económicos del paciente.

### *Tratamiento en el medio menos restrictivo posible*

Los pacientes con un trastorno mental tienen derecho a recibir tratamiento en el **entorno menos restrictivo posible**, siempre y cuando sea el adecuado teniendo en cuenta el trastorno que sufren, los objetivos del tratamiento y sus rasgos de personalidad. El concepto de tratamiento en el medio menos restrictivo posible fue el principal argumento del movimiento de desinstitucionalización del que se habla en los [capítulos 1 y 4](#). Sus partidarios argumentaban que, si un paciente puede recibir tratamiento ambulatorio, en su domicilio, en un piso tutelado o en una vivienda compartida con otros pacientes, no es necesario hospitalizarle. También defendían que no se sometiese al paciente a aislamiento ni a la contención física, al menos si no es estrictamente necesario.

La **contención física** consiste en la aplicación directa de la fuerza física a una persona, con o sin su consentimiento, con el fin de limitar su libertad de movimientos. La fuerza física puede ser humana, mecánica o una combinación de ambas. En la *contención física con fuerza humana*, el personal sanitario o de seguridad controla físicamente al paciente y se le traslada a una habitación de aislamiento. La *contención mecánica* se aplica mediante dispositivos en los tobillos y las muñecas que se sujetan a la estructura metálica de la cama para impedir que el paciente se autolesione o agrede al personal sanitario o a otros pacientes (p. ej., puñetazos, patadas, tirones de pelo).

El **aislamiento** consiste en el confinamiento forzoso de una persona dentro de una habitación cerrada, especialmente construida y equipada para este fin. Las habitaciones de aislamiento disponen de una ventana o cámara de seguridad que permite al personal sanitario vigilar al paciente de forma directa. Por seguridad, la cama suele estar atornillada al suelo y dispone sólo de un colchón. Todos los objetos punzantes, cortantes o potencialmente peligrosos (bolígrafos, lápices, cubiertos, vasos, cinturones, cerillas, etc.) se retiran por la seguridad del paciente. El aislamiento reduce la cantidad e intensidad de los estímulos, protege a los demás de la agresividad del paciente, evita la destrucción de bienes y proporciona intimidad al paciente. El objetivo es permitir que el paciente recobre el control físico y emocional de sí mismo.

La contención física y del aislamiento a corto plazo se permite sólo cuando el paciente muestra una conducta agresiva, representa un peligro inminente para sí mismo y para los demás, y todos los otros medios utilizados para calmarle no han dado resultado (v. [cap. 10](#)). En los pacientes adultos, la contención física y el aislamiento exigen que un psiquiatra independiente realice una evaluación del paciente cara a cara antes de 60 min desde que se aplicaron. A partir de ese momento, la evaluación se realiza cada 8 h y la orden médica de aislamiento o de contención física se renueva cada 4 h. Por su parte, el personal de enfermería supervisará estrictamente al paciente y realizará una evaluación cada 2 h. El profesional documentará los resultados por escrito. En el caso de los niños, la orden del médico se renovará cada 2 h y la evaluación médica se realiza cada 4 h en lugar de cada 8 h. La supervisión de enfermería incluye la evaluación del paciente para detectar lesiones, en cuyo caso se procederá a su tratamiento. El profesional supervisará al paciente de forma individualizada (nunca a más de un paciente a la vez) durante todo el período de contención física o el aislamiento. El paciente puede ser vigilado personalmente por el profesional durante la primera hora, y luego mediante un equipo de audio y vídeo. El personal de enfermería comprobará y documentará el estado de la piel del paciente, la circulación sanguínea en manos y pies (en el caso de la contención física), el estado psicológico y la voluntad del paciente de que se ponga fin al aislamiento o a la contención. Asimismo, se observará con detenimiento al paciente para ver si presenta efectos secundarios de la medicación, ya que los psicofármacos suelen administrarse a mayores dosis cuando el paciente está agitado, agresivo o violento. Además, hay que ofrecerle al paciente líquidos y alimentos sólidos periódicamente y preguntarle si necesita utilizar el aseo. Estos ofrecimientos se documentarán por escrito y seguirán los protocolos y procedimientos del hospital ([Joint Commission on Accreditation](#)

of Healthcare Organizations, 2008).



Aislamiento.



## CASO CLÍNICO: AISLAMIENTO

El objetivo del aislamiento es dar al paciente la oportunidad de recuperar el control de sí mismo, tanto emocional como físico. Sin embargo, los pacientes que han estado sometidos a aislamiento tienen ideas y sentimientos muy diferentes sobre esta situación. Algunos presentan signos de enfado, ira, agitación, aburrimiento, desvalimiento o miedo y suelen percibir el aislamiento como un castigo por haber sido «malos». Otros no tienen claro por qué razón se les ha sometido a aislamiento y por qué se les saca de él. Algunos pacientes aceptan el aislamiento, pero piensan que ha sido demasiado prolongado. En general, consideran que otro tipo de intervención, como la interacción con el personal sanitario, la disponibilidad de un lugar en el que puedan gritar y calmarse o la presencia de un familiar, podría reducir o eliminar la necesidad de recurrir al aislamiento. Los pacientes que no han sufrido esta situación describen el aislamiento en términos más positivos, como útil, *compasivo*, justo y bueno. No obstante, estos mismos



pacientes suelen expresar el deseo de que «nunca me toque a mí».

En cuanto sea posible, el personal de enfermería notificará al paciente los criterios de conducta que se aplican para decidir si se alivia o se pone final uso de la contención física o del aislamiento. Esos criterios son: capacidad del paciente de verbalizar los sentimientos y preocupaciones de forma racional, no emitir amenazas verbales, que su tensión muscular haya disminuido y que demuestre que puede autocontrolarse. Si el paciente permanece en la situación de movimientos contenidos entre 1 h y 2 h, dos miembros del personal podrán liberarle una extremidad cada vez para que la mueva y ejercite. El contacto frecuente del personal con el paciente permite que se evalúe continuamente su estado de salud y su capacidad de autocontrol, y además permite demostrarle al paciente que la contención física no es un castigo, sino una forma de ayudarle a calmarse. Una vez concluido el aislamiento o la contención de física, hay que supervisar al paciente durante las 24 h siguientes.

El personal de enfermería también tiene que ofrecer apoyo a la familia del paciente, que quizás esté enfadada o avergonzada porque el paciente está aislado o inmovilizado. Es importante explicarles detalladamente la conducta del paciente y el porqué del aislamiento y la contención física. Si el paciente es adulto, la familia firmará un documento para dejar constancia de que ha sido informada. En el caso de los menores de edad, se puede emplear la contención física o el aislamiento sin la firma del consentimiento informado. Sin embargo, hay que informar a los padres para evitar problemas legales o éticos. Además, de esta forma se implican más en el tratamiento de su hijo.

### **Confidencialidad**

En Estados Unidos, la protección de la confidencialidad de la información sobre la salud, las enfermedades y el tratamiento está regulada por el gobierno federal mediante la ley de 1996 denominada *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA). Esta ley garantiza la intimidad de los pacientes y su derecho a que se mantenga en secreto toda información sobre su salud física y mental, y contempla las sanciones en caso de incumplimiento.

La *Final HIPAA Privacy Rule* entró en vigor el 14 de abril de 2003 y obliga a los profesionales, centros sanitarios, seguros médicos y cualquier otro financiador de los servicios que recibe el paciente. La vulneración de la confidencialidad de los pacientes se castiga tanto por la vía civil (multas) como por la vía penal (cárcel). La información sanitaria protegida por esta norma es cualquier dato relacionado con una persona identificable que se haya recogido de forma oral, escrita o electrónica. Esto quiere decir que, gracias a esta norma, todos los registros en los que constan datos sobre salud, asistencia sanitaria y consumo de drogas gozan de una protección especial.

Hay quienes piensan que esta política de confidencialidad estricta es un obstáculo para la colaboración entre los profesionales sanitarios y los familiares (Chen, 2008). En el ámbito comunitario de atención a la salud mental, la aplicación de la legislación sobre la confidencialidad ha reducido la comunicación y colaboración entre los profesionales.



También ha disminuido la comunicación entre estos profesionales y los familiares. Obviamente, esto puede tener un efecto muy negativo en la atención a los pacientes y en el derecho de los familiares a ser informados (Gray, Robinson, Seddon y Roberts, 2008). Estos problemas podrían tener menos repercusión si se pusiesen en marcha programas educativos sobre la legislación que regula la confidencialidad dirigidos a los pacientes y a los familiares. Asimismo, hay que establecer una comunicación abierta y sincera entre el profesional sanitario y los familiares para evitar problemas o malentendidos acerca del derecho a la confidencialidad y el deber legal de respetarlo.

### Cuadro 9-2. El caso Tarasoff contra la junta directiva de la universidad de california (1976)

En 1969, Prosenjit Poddar, un estudiante de la Universidad de California, salió durante algún tiempo con una joven llamada Tatiana Tarasoff. Al finalizar la breve relación, Poddar requirió el asesoramiento de un psicólogo de la universidad. El estudiante relató al psicoterapeuta que tenía la intención de matar a Tarasoff cuando ella volviera de Brasil después de sus vacaciones de verano. El psicólogo contactó con la policía de la universidad, que detuvo e interrogó a Poddar. Se decidió liberar al estudiante porque en comisaría se comportó con normalidad y razonable, prometió alejarse de Tarasoff y aseguró que no tenía intención de causarle ningún daño. Dos meses más tarde (el 27 de octubre de 1969), días después de regresar de Brasil, Poddar asesinó a Tatiana Tarasoff. Los padres de Tatiana denunciaron a la Universidad de California alegando que el psicoterapeuta tenía la obligación de advertir a su hija de las amenazas de Poddar. El Tribunal Supremo de California determinó que el derecho a la confidencialidad que asiste a los pacientes debe quedar relegado frente al derecho a la integridad física de otras personas, y, por tanto, dio la razón a los padres de Tarasoff.

#### *Declaración obligatoria a terceros*

Existe una excepción al derecho a la confidencialidad de los pacientes: la **declaración obligatoria a terceros** por parte del personal sanitario. Esta excepción tiene su origen en la decisión del Tribunal Supremo de California sobre el *caso Tarasoff contra la Junta Directiva de la Universidad de California* (cuadro 9-2). Según esta sentencia, el personal sanitario que trabaja en el ámbito de la salud mental y la psiquiatría tiene el deber de notificar a terceras personas identificables las amenazas proferidas por el paciente contra ellos, aun en el caso de que el profesional haya tenido conocimiento de estas amenazas en el curso de una sesión de psicoterapia. Hay que tener en cuenta que la información aportada por el paciente durante las sesiones de psicoterapia está protegida por la legislación sobre confidencialidad. Desde que se dictó la sentencia anterior, muchos estados han promulgado leyes acerca de advertir a un tercero sobre amenazas y peligros. El médico tomará la decisión de notificar a terceros a partir de las siguientes preguntas:

- ¿Es el paciente peligroso para otras personas?
- ¿Tiene relación el peligro con la presencia de un trastorno mental grave?
- ¿Es serio el peligro?
- ¿Tiene el paciente los medios suficientes para llevar a cabo la amenaza?
- ¿Está la amenaza dirigida a una o más personas identificables?

- ¿Puede contactarse con la víctima o víctimas potenciales?

Por ejemplo, si se ingresara a un hombre en una institución psiquiátrica porque dice que va a matar a su mujer, está claro que existe el deber de notificarlo a la esposa del paciente. Sin embargo, si se ingresara a un paciente paranoico que dice «los pillaré antes de que ellos me cojan a mí», pero no da ninguna otra información, no existe un tercero identificable a quien poder notificar. Las decisiones sobre la declaración obligatoria a terceros suelen tomarlas los psiquiatras o psicoterapeutas cualificados en el entorno hospitalario o ambulatorio.

### **Inimputabilidad por enfermedad mental**

Uno de los temas legales que más controversia suscita es el de la inimputabilidad por enfermedad mental. Aquí «enfermedad mental» debe entenderse como un concepto legal, no como un concepto médico. El argumento según el cual una persona no puede ser declarada culpable de un delito si no es capaz de controlar sus actos o no comprende la maldad de los mismos se conoce en Estados Unidos como la Norma M’Naghtene. Cuando se cumplen los criterios de esta norma, el juez declara al acusado inimputable por enfermedad mental. En general, la sociedad percibe que los jueces aplican esta norma con demasiada frecuencia (entre el 33 % y el 45 % de los casos que se juzgan en la justicia penal del país, según algunas fuentes), y que el resultado no suele ser el deseado, ya que muchos delincuentes se libran de la cárcel al quedar inmediatamente en libertad porque el abogado defensor alega inimputabilidad (Melton, Petrilá, Poythree y Slobogin, 2007). En realidad, este tipo de defensa se utiliza en sólo el 0,9 % de las ocasiones de todos los casos penales, y el juez acepta la inimputabilidad por enfermedad mental en sólo el 20 % de las causas penales.

Los estados de Idaho, Kansas, Montana y Utah han derogado la inimputabilidad por enfermedad mental. Además, 13 estados, entre ellos los cuatro citados, tienen una ley que permite al jurado emitir un veredicto de culpabilidad, aunque el acusado puede librarse de la cárcel o de la ejecución si el juez determina que cometió el delito bajo la influencia de una enfermedad mental. En estos casos, al haber sido declarado culpable, el condenado está obligado a someterse a tratamiento psiquiátrico. Numerosas personas e instituciones (entre ellas la American Psychiatric Association) critican estas disposiciones legales porque a menudo no se actúa para garantizar que los pacientes declarados culpables reciban un tratamiento psiquiátrico adecuado y porque este tipo de veredictos libera de su responsabilidad al sistema legal.

### **Responsabilidad del personal de enfermería**

Los profesionales de la enfermería son legalmente responsables de proporcionar a los pacientes y a sus familiares una atención segura, competente, legal y ética. En Estados Unidos, directrices profesionales como el *Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements* (2001) y el *Psychiatric-Mental Health Nursing: Scope and Standards of Practice* (2007), de la American Nurses Association (ANA), enumeran las responsabilidades y orientan en la toma de decisiones en casos difíciles o conflictivos (v.

cap. 1). Se espera que los profesionales de la enfermería cumplan las normas asistenciales que figuran en estos códigos, lo que significa que la atención que proporcionan tiene que seguir los **estándares de la profesión** o, lo que es lo mismo, el profesional debe hacer lo que haría cualquier otro profesional en una situación similar. Las normas asistenciales se basan en las normas profesionales recogidas en los códigos que se citan al principio de este apartado, y establecen la forma de actuar del personal, las reglamentaciones de los organismos federales y las políticas y procedimientos de dichos organismos. Asimismo, describen los diferentes puestos de trabajo y tareas del personal y se mencionan las leyes civiles y penales aplicables.

### ***Responsabilidad civil (daños y perjuicios)***

Un profesional incurre en **responsabilidad civil o penal** cuando por acción u omisión causa una lesión, una pérdida o un perjuicio a la persona a quien presta un servicio profesional. Estas acciones u omisiones pueden ser intencionadas o inintencionadas. En el código penal español, las acciones u omisiones ilícitas inintencionadas e intencionadas se denominan culposas y dolosas, respectivamente.

**Acciones ilícitas inintencionadas (acciones culposas): mala praxis y negligencia profesional.** La mala praxis es una acción ilícita inintencionada que causa un perjuicio a otra persona debido a que el profesional no hace lo que cualquier otro profesional razonable y prudente haría en circunstancias similares. La **negligencia profesional** es un tipo especial de falta de diligencia que se aplica especialmente a los profesionales sanitarios, como médicos y profesionales de la enfermería (Springhouse, 2004). Los pacientes o los familiares pueden presentar querellas ante los jueces por casos de lesiones, muerte o cualquier otro tipo de perjuicio del que hacen responsables a los profesionales. Para que un caso de negligencia profesional sea efectivo, es decir, para que el médico o el profesional de la enfermería (o, en su caso, el centro médico en el que trabajan) sea declarado culpable por el juez, el paciente o su familia deben demostrar estas cuatro circunstancias:

1. **Deber de:** demostrar que existía una relación reconocida legalmente (es decir, una relación médico-paciente o profesional de la enfermería-paciente). El profesional de la enfermería contrajo un deber hacia el paciente, lo que quiere decir que actuaba precisamente en calidad de profesional de la enfermería y no en calidad de ninguna otra cosa.
2. **Incumplimiento del deber de:** demostrar que el profesional de enfermería no actuó de acuerdo con las normas asistenciales, por lo que incumplió su deber profesional o no actuó según dicho deber. El profesional no actuó de la forma razonable y prudente en la que cualquier otro profesional hubiese actuado en circunstancias similares.
3. **Perjuicio:** demostrar que el paciente sufrió algún tipo de pérdida, lesión, daño o cualquier otro perjuicio en su persona o sus bienes.
4. **Causalidad:** demostrar que existe una relación causa-efecto directa entre el perjuicio sufrido por el paciente y el incumplimiento del deber por el profesional. En otras

palabras: demostrar que el perjuicio no se habría producido si el profesional hubiese actuado de manera razonable y prudente.

No siempre es posible evitar que el paciente sufra algún tipo de daño, pero no todos estos daños se deben a una negligencia profesional. La cuestión está en determinar si las acciones del paciente eran o no predecibles y, por tanto, evitables, y si el profesional llevó a cabo o no las evaluaciones, valoraciones e intervenciones pertinentes según las normas asistenciales. En el ámbito de la atención a la salud mental, la mayoría de las demandas legales presentadas por los pacientes o los familiares contra los profesionales tienen que ver con los suicidios y los intentos de suicidio. Otros temas conflictivos desde el punto de vista legal son los pacientes que dañan a otros (al personal sanitario, a los familiares, a otros pacientes), las agresiones sexuales y los errores en la medicación.

**Acciones ilícitas intencionadas (acciones dolosas).** Puede incurrirse en responsabilidad civil o penal en el ejercicio de su profesión debido a una acción ilícita intencionada que provoque un perjuicio al paciente. Un ejemplo son las amenazas, las agresiones y la detención ilegal.

Las **amenazas** se refieren a cualquier acto que provoque al paciente el temor de ser tocado de forma vejatoria, humillante o físicamente dañina, por ejemplo, amenazar al paciente con inmovilizarlo o con administrarle una inyección si no colabora. Las **agresiones** son contactos físicos injustificados en los que el paciente sufre algún tipo de daño o se producen sin el permiso del paciente; por ejemplo, tocar al paciente sin su consentimiento o inmovilizarlo sin necesidad. La **detención ilegal** consiste en retener a un paciente de forma injustificada, por ejemplo, cuando se inmoviliza o se aísla.

### Cuadro 9-3. Formas de evitar o minimizar el riesgo de incurrir en responsabilidad civil o penal

Ejercer la profesión siempre según la legislación vigente y las normas oficiales que regulan la práctica enfermera.  
En los casos difíciles o conflictivos, pedir consejo a los colegas sobre la forma más adecuada de actuar.  
Aconsejar a los colegas cuando se lo pidan.  
Aplicar las normas asistenciales establecidas como guía de todas las decisiones y actuaciones.  
Anteponer en todo momento los derechos y el bienestar de los pacientes.  
Establecer relaciones interpersonales eficaces, sinceras y directas con los pacientes y su familia.  
Documentar por escrito de forma completa, precisa y exacta todas las decisiones y actuaciones (evaluaciones, tratamientos, intervenciones y valoraciones de la respuesta del paciente a las intervenciones y tratamientos).

La demostración de la responsabilidad civil o penal por una acción ilícita intencionada implica tres elementos ([Springhouse, 2004](#)):

1. Demostrar que el acusado (médico o profesional de la enfermería) cometió el acto de forma intencionada.

2. Demostrar que el propósito del acusado fue causar un perjuicio al paciente (p. ej., miedo o daño).
3. Demostrar que el acto realizado por el profesional fue determinante en el perjuicio sufrido por el paciente.

### *Prevención de la responsabilidad civil o penal*

El personal de enfermería puede minimizar el riesgo de ser objeto de una querrela por responsabilidad civil o penal si actúa de forma competente y profesional, presta atención en todo momento a la seguridad del paciente y documenta por escrito todas sus intervenciones de forma completa, precisa y exacta. En el [cuadro 9-3](#) se presentan algunas ideas para reducir el riesgo de incurrir en responsabilidad penal.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

La **ética** es la rama de la filosofía que trata de la conducta humana en relación con la corrección o incorrección de las acciones y con la bondad y maldad de la motivación de la acción, así como con los resultados de estas acciones (King, 1984). Las teorías éticas son conjuntos de principios que se aplican para decidir lo que es correcto o incorrecto desde el punto de vista moral.

Una de estas teorías éticas es el **utilitarismo**, según el cual debemos decidir y actuar de forma que se consiga «el mayor bien posible para el mayor número posible de personas». Según esta teoría, cuando decidimos cómo actuar debemos tener en cuenta qué acción causaría el mayor beneficio al mayor número de personas. Otra teoría ética es la **deontología**, según la cual debemos tomar las decisiones éticas según si una acción es o no moralmente correcta, independientemente de sus resultados y consecuencias. Según la deontología, los principios que sirven como directrices al tomar una decisión son: la autonomía, el principio de hacer el bien, el principio de no perjudicar, la ecuanimidad, la veracidad y la lealtad.

La **autonomía** es el derecho que asiste a toda persona a la autodeterminación y a la independencia. El **principio de hacer el bien** se refiere al deber de beneficiar o favorecer a los demás. El principio de no perjudicar consiste en el deber de no dañar a los demás, intencionada o inintencionadamente. La **ecuanimidad** se refiere al deber de actuar con justicia, es decir, de tratar a todos de forma justa y de la misma manera, sin darles un trato de favor debido a su posición social o económica, procedencia o grupo étnico, sexo, estado civil, religión o cultura. La **veracidad** es la obligación de ser sinceros y de decir la verdad. Por último, la **lealtad** se refiere al deber de cumplir con la palabra dada, los compromisos que hemos adquirido y los contratos que hemos firmado.

Todos estos principios deontológicos son de enorme importancia en el ámbito asistencial. El personal de enfermería debe respetar en todo momento la autonomía del paciente. Esto se hace respetando todos los derechos del paciente, obteniendo el consentimiento informado cuando lo exige la ley y ayudando al enfermo para que pueda participar en la toma de decisiones acerca del tratamiento que recibe. Además, los profesionales de la enfermería tienen que actuar para promover la salud del paciente (principio de hacer el bien) y para que no reciba ningún daño (principio de no perjudicar).

Por otro lado, tienen que tratar a todos los pacientes con ecuanimidad y ser veraces y sinceros, y deben cumplir todos los compromisos que han contraído con los pacientes y sus familiares (lealtad).

### Dilemas éticos en la atención a la salud mental

Un **dilema ético** es una situación en la que dos o más principios éticos entran en conflicto o en la que no se percibe claramente cuál es la decisión correcta. Por ejemplo, el paciente rechaza la medicación y cualquier otro tipo de tratamiento y se le permite hacerlo según el principio de autonomía. Sin embargo, si el paciente constituye una amenaza inminente para sí mismo o los demás, se pone en peligro el principio de no perjudicar. Para proteger a los demás y al propio paciente, es posible que se le hospitalice en contra de su voluntad, y entonces algunos dirán que esta acción vulnera el principio de autodeterminación. En este ejemplo, la teoría utilitarista, según la cual debe hacerse siempre el máximo bien al mayor número posible de personas, prevalecería sobre el derecho a la autonomía que asiste al paciente (derecho a rechazar el tratamiento). Con frecuencia este tipo de dilemas son muy complicados y suelen llevar una fuerte carga emocional, lo que dificulta tomar una decisión justa y correcta.

En psiquiatría y salud mental, numerosos dilemas éticos están relacionados con el derecho de autodeterminación del paciente y con los problemas que plantea el concepto utilitarista de «bien común». He aquí algunos ejemplos:

- Una vez que se ha conseguido estabilizar al paciente con psicofármacos, ¿es ético obligarle a seguir en tratamiento mediante la administración de inyecciones de liberación prolongada o mediante un tratamiento ambulatorio?
- ¿Son los pacientes psicóticos legalmente incompetentes por definición o siguen conservando el derecho de rechazar la hospitalización e incluso la medicación?
- ¿Tienen realmente derechos los pacientes que están recibiendo tratamiento por problemas de salud mental si son los profesionales sanitarios los que toman las decisiones por el «propio bien del paciente»?
- ¿Deben vulnerar los médicos el derecho a la confidencialidad y denunciar a los pacientes que conducen temerariamente a gran velocidad?
- ¿Debe aislarse a un paciente muy ruidoso y que molesta a los otros pacientes en una unidad hospitalaria de psiquiatría?
- Un profesional sanitario especializado en salud mental entabla una relación íntima con una persona que tiempo después pasa a ser paciente en el centro sanitario en el que presta sus servicios. ¿Puede el profesional continuar su relación con esta persona?

#### Cuadro 9-4. Código ético de enfermería de la American Nurses Association

1. En todos sus actos y relaciones profesionales, el profesional tendrá compasión y respeto por la dignidad inherente, el valor como persona y las características únicas e irrepetibles del paciente, con independencia de su estatus social o económico, de su inteligencia y otros atributos personales y de la



naturaleza de sus problemas de salud.

2. El compromiso primero y fundamental del profesional es el paciente, ya sea éste una persona, una familia, un grupo de personas o una comunidad.
3. El profesional debe promover, defender, proteger y luchar por la salud, la seguridad y los derechos del paciente.
4. El profesional es responsable en todo momento de sus actos profesionales y de la delegación de tareas que haga en otros profesionales. Todas sus acciones y delegaciones de tareas se harán conforme a las obligaciones propias de la enfermería y perseguirán la obtención de una atención óptima al paciente.
5. El profesional tiene los mismos deberes hacia los demás que hacia sí mismo, incluidos el deber de preservar la integridad y la seguridad de las personas a su cargo, el deber de mantener la competencia profesional y el de mejorar como profesional.
6. Mediante la acción individual y colectiva, el paciente participará en el establecimiento, mantenimiento y mejora del entorno asistencial y de las condiciones de trabajo para proporcionar a los pacientes y a sus familiares una atención sanitaria de calidad conforme con los valores y principios de la enfermería.
7. El profesional debe participar en el progreso de la enfermería mediante sus contribuciones a la práctica, la enseñanza y la administración de la profesión y al avance de los conocimientos.
8. El profesional debe colaborar con los demás profesionales sanitarios y los poderes públicos en los esfuerzos locales, autonómicos, nacionales e internacionales dirigidos a la mejora de la salud y de la asistencia sanitaria.
9. El profesional, en colaboración con las asociaciones profesionales de la enfermería, tiene la obligación de participar en la elaboración, articulación y desarrollo de los principios y valores por los que debe regirse la profesión con el fin de mantener la integridad moral de los profesionales de la enfermería y de su práctica. Para este fin, el profesional debe colaborar en la elaboración de las leyes y de las políticas sanitarias.

---

American Nurses Association (2001). *Code of ethics for nurses*. Washington, DC: American Nurses Publishing.

- Para proteger a la sociedad, ¿puede retenerse en el hospital a un paciente con antecedentes de actos violentos hacia los demás una vez que los síntomas están estabilizados?
- Una vez terminada la relación terapéutica, ¿puede un profesional sanitario mantener una relación social o íntima con alguien a quien ha conocido como paciente?
- ¿Es posible mantener de forma estricta los límites profesionales (es decir, ninguna relación anterior, actual o futura con los pacientes) en ciudades muy pequeñas y zonas rurales en la que todo el mundo se conoce?

Tarde o temprano, todos los profesionales de la enfermería tendrán que enfrentarse a alguno de estos dilemas éticos o a otros parecidos, y tomar una decisión sobre lo que ha de hacerse. Por ejemplo, a un profesional le puede parecer que entre un compañero de trabajo y una paciente se ha establecido una relación de coqueteo inadecuada. ¿Qué debe hacer? También pueden aparecer dilemas éticos debido a la política o a la práctica habitual del centro sanitario en el que el profesional presta sus servicios. Es posible que tenga que reflexionar sobre si es o no capaz de adaptarse a esta política o si, por el contrario, tiene que buscar otro trabajo. Un ejemplo sería el de una institución sanitaria que acepta pacientes con antecedentes de incumplimiento del tratamiento farmacológico sólo si se les trata mediante inyecciones de liberación prolongada o si se mantienen como

pacientes ambulatorios. Otros dilemas éticos tienen que ver con la sociedad en general; por ejemplo, la decisión del profesional de apoyar la práctica actual o, por el contrario, abogar en favor de un cambio en beneficio de los pacientes, como que la ley permita que se retenga a los pacientes en el hospital una vez terminado el tratamiento si existe la posibilidad de que éste sea víctima de la violencia si se le da el alta.

### **Toma de decisiones éticas**

En 2001, la ANA publicó el *Code of Ethics for Nurses* con el fin de ayudar a los profesionales de enfermería a tomar decisiones éticas (cuadro 9-4). En este código se recomienda: reunir información, clarificar los valores éticos en juego, identificar las opciones, tener en cuenta los aspectos legales y las limitaciones prácticas de cada opción, alcanzar un acuerdo sobre la decisión tomada con las personas implicadas y revisar y analizar los efectos de la decisión y el proceso de toma de decisiones que se ha seguido para extraer lo sucedido (Abma y Widdershoven, 2006).

### **TEMAS DE AUTOCONCIENCIA**



Todos los profesionales de la enfermería tienen sus propias convicciones sobre lo que es correcto e incorrecto, bueno y malo, es decir, tienen valores como todos. Sin embargo, ejercer la enfermería significa aceptar una serie de deberes hacia los pacientes y los familiares: proteger sus derechos y actuar siempre como mediador del paciente y de los familiares en favor de sus intereses, incluso en los casos en los que el cumplimiento de estos deberes se opone a los valores y creencias del profesional. Esto le obliga a ejercitar la autoconciencia con el fin de identificar y examinar con claridad sus propios valores y creencias para no confundirlos con los del paciente y evitar que queden ocultos por el apresuramiento del trabajo diario. Por ejemplo, si una paciente está afligida porque ha decidido abortar, el profesional tiene que ser capaz de darle su apoyo aunque personalmente se oponga al aborto. Si no puede hacerlo, tiene que hablar con sus compañeros de trabajo para tratar de encontrar a alguien dispuesto a sustituirle.

### **Consideraciones a tener en cuenta cuando estamos frente a un dilema ético**

- Hablar con los compañeros de trabajo y, si es necesario, buscar el asesoramiento de un profesional competente y experto. Por lo general, el profesional de enfermería casi nunca se ve obligado a resolver un dilema ético por sí mismo.
- Emplear una parte del tiempo libre en pensar sobre asuntos de ética y clarificar cuáles son los propios valores y convicciones respecto a las situaciones difíciles o conflictivas antes de que se presenten.
- Estar siempre dispuesto a hablar de las propias inquietudes y preocupaciones sobre asuntos éticos con sus compañeros de trabajo y los supervisores.

### **PUNTOS CLAVE**

- Puede hospitalizarse a los pacientes contra su voluntad si representan un peligro



inminente para sí mismos o para los demás.

Los pacientes tienen derecho a recibir tratamiento, a rechazar algún tratamiento o el tratamiento íntegro, a participar en las decisiones sobre la atención que reciben, a que se les trate en el medio menos restrictivo posible, a negarse a formar parte de estudios de investigación y a recibir visitas, correo y llamadas telefónicas sin restricciones.

## *P*reguntas de razonamiento crítico

1. Algunos pacientes con trastorno mental aparecen en los medios de comunicación cuando cometen delitos en los que muere o resulta gravemente herida una persona. Cuando están en tratamiento y toman la medicación, estos pacientes se comportan de forma tranquila y razonable y no representan una amenaza para los demás, pero algunos tienen antecedentes de haber abandonado la medicación cuando se les dio de alta en el hospital o centro de salud mental en el que estaban recibiendo tratamiento. ¿Cómo y dónde debe tratarse a estos pacientes? ¿Qué medidas pueden tomarse para proteger sus derechos y al mismo tiempo proteger a la sociedad?
2. Algunos autores son críticos acerca de la desinstitucionalización. Sus argumentos son que dejar salir a pacientes con trastornos mentales graves y crónicos de los centros de tratamiento y cerrar algunos de esos centros ha influido en el agravamiento de la crisis de la salud mental que estamos viviendo. El cierre de estos centros de tratamiento dificulta que el pequeño grupo de pacientes que sufre un trastorno mental realmente grave reciba el tratamiento que necesita mediante la hospitalización. Sin embargo, otros autores creen que estos centros de tratamiento son perjudiciales porque segregan a quienes padecen un trastorno mental, limitan su autonomía y contribuyen a que pierdan las habilidades necesarias para las relaciones interpersonales y la realización de las actividades de la vida ¿Con cuál de estos dos puntos de vista está usted de acuerdo? ¿Por qué?



## RECURSOS DE INTERNET

### RECURSOS

- American Academy of Psychiatry and the Law
- ADA (Americans With Disabilities Act) Information Center
- Institute of Law, Psychiatry, and Public Policy
- Mental Health Matters: Information and Resources
- Mental Health Patient's Bill of Rights
- State Mental Health Laws
- Chart of State Insanity Defense Laws

## DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.aapl.org>

<http://www.eeoc.gov/types/ada.html>

<http://www.ilppp.virginia.edu>

<http://www.mental-health-matters.com>

<http://www.apa.org/topics/rights/>

<http://www.megalaw.com/top/mentalhealth.php>

<http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/crime/trial/states.html>

- El aislamiento (confinamiento en una habitación cerrada) y la contención física (aplicar fuerza física directa mediante medios humanos o mecánicos) forman parte del derecho del paciente a recibir tratamiento en el medio menos restrictivo posible. Su uso sólo se permite, durante el menor período posible, ante conductas agresivas del paciente o cuando éste resulta un peligro para sí mismo o los demás.
- Los profesionales especializados en salud mental tienen la obligación legal (declaración obligatoria) de vulnerar el derecho a la confidencialidad del paciente siempre que sea con el fin de notificar a terceros las amenazas directas contra ellos proferidas por el paciente.
- Es responsabilidad del personal de enfermería proporcionar una atención profesional, competente, legal y ética, velando en todo momento por la seguridad del paciente, tal y como se recoge en la *Scope and Standards of Psychiatric-Mental Health Nursing Practice* y en el *Code of Ethics for Nurses*.
- Una acción ilícita del profesional sanitario es un acto que perjudica al paciente, bien sea a su persona o a sus bienes. La mala praxis es una acción ilícita inintencionada en la que se causa un perjuicio al paciente por omisión.
- La negligencia profesional es un tipo especial de falta de diligencia cometida por los profesionales sanitarios. Consiste en el incumplimiento del deber profesional que tiene como consecuencia el perjuicio del paciente.
- Las acciones ilícitas intencionadas son las amenazas, las agresiones y la detención ilegal.
- Las teorías éticas son conjuntos de principios que se aplican para decidir qué es moralmente correcto e incorrecto. Una de estas teorías es el utilitarismo, que sostiene que hay que procurar el mayor bien posible para el mayor número posible de personas, y otra es la deontología, según la cual las decisiones deben ser moralmente correctas, con independencia de los resultados o consecuencias. Según la teoría deontológica, al tomar una decisión ética han de tenerse en cuentas los siguientes principios: autonomía de la persona, principio de hacer el bien, principio de no perjudicar, ecuanimidad, veracidad y lealtad.
- Los dilemas éticos son situaciones en las que se produce un conflicto entre dos o más principios éticos o no se percibe claramente de qué forma debemos actuar para salvaguardar la moralidad de nuestra acción.

- En el ámbito de la atención a la salud mental se plantean numerosos dilemas éticos debido a la existencia de un conflicto entre la autonomía del paciente (deontología) y la preocupación por el bien común (utilitarismo).

## BIBLIOGRAFÍA

- Abma, T. A., & Widdershoven, G. A. (2006). Moral deliberation in psychiatric nursing practice. *Nursing Ethics*, 13(5), 546–557.
- American Nurses Association. (2007). *Psychiatric–mental health nursing: Scope and standards of practice*. Washington, DC: American Nurses Publishing, American Nurses Foundation/American Nurses Association.
- American Nurses Association. (2001). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Chen, F. P. (2008). A fine line to walk: Case managers’ perspectives on sharing information with families. *Qualitative Health Research*, 18(11), 1556–1565.
- Cullen-Drill, M., & Schilling, K. (2008). The case for mandatory outpatient treatment. *Journal of Psychosocial and Mental Health Nursing*, 46(2), 33–41.
- Geller, J. L., Fisher, W. H., Grudzinskas, A. J. Jr., Clayfield, J. C., & Lawlor, T. (2006). Involuntary outpatient treatment as “deinstitutionalized coercion”: The net-widening concerns. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(6), 551–562.
- Gray, B., Robinson, C., Seddon, D., & Roberts, A. (2008). “Confidentiality smokescreens” and carers for people with mental health problems: The perspective of professionals. *Health and Social Care in the Community*, 16(4), 378–387.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2008). *Restraint and seclusion standards for behavioral health*. Oakbrook, IL: Author.
- King, E. C. (1984). *Affective education in nursing: A guide to teaching and assessment*. Rockville, MD: Aspen Systems.
- Melton, G., Petrila, J., Poythree, N., & Slobogin, C. (2007). *Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Segal, S. P., & Burgess, P. M. (2006a). Conditional release: A less restrictive alternative to hospitalization? *Psychiatric Services*, 57(11), 1600–1606.
- Segal, S. P., & Burgess, P. M. (2006b). Effect of conditional release from hospitalization on mortality risk. *Psychiatric Services*, 57(11), 1607–1613.
- Springhouse. (2004). *Nurses’ legal handbook* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Kim, M., & Petrila, J. (2006). Use of outpatient commitment or related civil court treatment orders in 5 U.S. communities. *Psychiatric Services*, 57(3), 343–349.
- Treatment Advocacy Center. (2009). Standards for assisted treatment: State-by-state summary. Retrieved January 4, 2009, from <http://www.psychlaws.org/LegalResources/statechart.htm>.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Appelbaum, P. S. (2005). Assessing Kendra’s law: Five years of outpatient commitment in New York. *Psychiatric Services*, 56(7), 791–792.
- Appelbaum, P. S. (2006). Insanity, guilty minds, and psychiatric testimony. *Psychiatric Services*, 57(10), 1370–1372.
- Campbell, R. J., Yonge, O., & Austin, W. (2005). Intimacy boundaries between mental health nurses and psychiatric patients. *Journal of Psychosocial Nursing*, 43(5), 32–39.

## PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. ¿Cuál de los siguientes derechos pierde el paciente cuando está ingresado en una unidad psiquiátrica contra su voluntad?
  - a. Derecho a la libertad.
  - b. Derecho a rechazar el tratamiento.
  - c. Derecho a firmar documentos legales.
  - d. No pierde ninguno de sus derechos.
2. El médico ha recetado a un paciente 5 mg de haloperidol por vía oral dos veces al día. El paciente se muestra excesivamente suspicaz y manifiesta otros rasgos paranoides, y se niega a tomar la medicación. El profesional le dice: «Si no se toma esta pastilla, conseguiré una autorización del médico para administrarle una inyección.» Esto es un ejemplo de:
  - a. Violencia.
  - b. Agresión.
  - c. Mala praxis.
  - d. Acto ilícito no intencionado.
3. Un paciente hospitalizado sufre delirios y grita: «¡El mundo se acaba! ¡Corramos todos a ponernos a salvo!» Cuando los demás pacientes se quejan de los gritos y las molestias, el personal de enfermería decide poner al paciente en aislamiento, aunque no ha hecho gestos amenazantes ni ha amenazado a nadie. La conducta del profesional de la enfermería es un ejemplo de:
  - a. Violencia.
  - b. Detención ilegal.
  - c. Mala praxis.
  - d. Negligencia.
4. ¿En cuál de los siguientes casos existiría la obligación de declaración obligatoria a terceros?
  - a. Un paciente con delirios grita: «Les cogeré antes de que ellos me cojan a mí».
  - b. Un paciente hostil dice: «Odio a la policía».
  - c. Un paciente dice que está planeando volar la sede del Gobierno.
  - d. Un paciente dice: «Si no puedo recuperar a mi novia, entonces no será para nadie».
5. El profesional de enfermería comete un error y administra al paciente quetiapina en vez de la olanzapina que el psiquiatra había prescrito. El paciente no muestra efectos adversos provocados por la quetiapina. Además de cometer un error con la medicación, ¿en cuál de estos delitos ha incurrido el profesional?



- a. Negligencia profesional.
- b. Mala praxis.
- c. Acción ilícita (no intencionada).
- d. Ninguna de las anteriores.

---

## PREGUNTAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE

*Puede elegir más de una respuesta en cada pregunta.*

1. ¿Cuáles de los siguientes elementos son esenciales en lo que respecta a la declaración obligatoria del médico?
  - a. Que el paciente haga declaraciones amenazantes.
  - b. Antecedentes de violencia.
  - c. Que la víctima potencial sea identificable.
  - d. Que la víctima potencial sea fácil de localizar.
  - e. Que el objeto de la amenaza no constituya un delirio.
  - f. Que la amenaza de dañar a un tercero sea seria y creíble.
2. ¿Cuáles de los siguientes elementos se requieren para demostrar la responsabilidad civil o penal en un juicio por mala praxis profesional?
  - a. Que el paciente resulte dañado.
  - b. No ajustarse a las normas asistenciales.
  - c. Lesiones causadas por incumplimiento del deber de.
  - d. Lesiones visibles y evaluables.
  - e. Daño intencionado del profesional de enfermería al paciente.
  - f. Relación conocida entre paciente y el personal de enfermería.

# 10

## Ira, hostilidad y agresividad

### Términos clave

- agresión física
- catarsis
- control de los impulsos
- fase de crisis
- fase de desencadenamiento
- fase de escalada
- fase de poscrisis
- fase de recuperación
- hostilidad
- impulso a la acción (*acting out*)
- ira

### Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Explicar las diferencias entre ira, hostilidad y agresividad.
2. Citar los trastornos mentales en los que el paciente presenta un mayor riesgo de hostilidad y agresión física.
3. Describir los signos, los síntomas y las conductas asociados con las cinco fases de la agresividad.
4. Explicar las intervenciones de enfermería adecuadas para tratar al paciente durante cada una de las cinco fases de la agresividad.
5. Explicar los aspectos importantes que deben conocer los profesionales de la enfermería cuando trabajan con pacientes airados, iracundos, hostiles o agresivos.

**LA IRA ES UNA REACCIÓN HUMANA NORMAL** que consiste en una respuesta emocionalmente intensa y desagradable a una provocación real o percibida. Aparece cuando una persona se siente frustrada, herida o humillada o siente temor. Cuando se controla adecuadamente y se expresa de forma asertiva, puede ser una fuerza positiva que ayude a resolver conflictos, solucionar problemas y tomar decisiones. La ira

proporciona energía física al cuerpo con miras a la autodefensa, cuando tal autodefensa es necesaria, ya que activa los mecanismos de la respuesta de lucha o de huida del sistema nervioso simpático. Sin embargo, cuando se expresa mal o se reprime, puede provocar problemas psicológicos y físicos y obstaculizar las relaciones interpersonales (Koh, Kim, Kim, Park y Han, 2008).

La **hostilidad**, también denominada agresión verbal, es una respuesta que se expresa por medio de maltrato verbal, falta de colaboración, violación de las normas que regulan las relaciones interpersonales o conductas amenazadoras (Schultz y Videbeck, 2009). La hostilidad puede aparecer cuando nos sentimos amenazados o impotentes. El propósito de la conducta hostil es provocar daño psicológico a la otra persona, aunque también puede desembocar en agresión física. La **agresión física** es una conducta en la cual una persona ataca o causa daño físico a otra o destruye o daña los objetos materiales del entorno. Tanto la agresión verbal como la física pueden tener dos objetivos: causar daño o castigar al otro u obligarle a hacer algo en contra de su voluntad. Algunos pacientes que padecen un trastorno mental presentan conductas hostiles o físicamente agresivas, lo que constituye un problema para el personal de enfermería y otros profesionales sanitarios.

La violencia y los malos tratos se tratan en el [capítulo 11](#) y las agresiones dirigidas hacia uno mismo (p. ej., la conducta suicida), en el [capítulo 15](#). El tema principal de este capítulo es el papel de los profesionales de la enfermería en el reconocimiento y tratamiento de la conducta hostil y agresiva que los pacientes dirigen hacia otras personas en el entorno de la atención a la salud mental.

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.



## INICIO Y CURSO CLÍNICO

### Ira

Si bien es algo normal, a menudo la ira se percibe como un sentimiento negativo, e incluso algunas personas no se sienten cómodas cuando tienen que manifestarla directamente. Sin embargo, puede ser una reacción normal y sana ante situaciones injustas o lesivas para nuestra persona o nuestros bienes. Cabe considerar que es una reacción normal también cuando no se respetan nuestros derechos o no alcanzamos determinadas expectativas realistas. Si podemos expresar la ira de forma positiva, probablemente podremos resolver los problemas o solucionar los conflictos.

La ira se vuelve negativa cuando la persona la niega, la esconde o la expresa de forma inadecuada. Si no nos sentimos bien al expresar la ira, lo más probable es que se la niegue o se esconda, es decir, que se la reprima. Las consecuencias de esta represión pueden ser la jaqueca, la cefalea, la úlcera digestiva o los problemas coronarios; pero también pueden aparecer problemas psicológicos, como depresión y baja autoestima.

La ira que no se expresa adecuadamente puede desembocar en hostilidad (verbal) y

agresividad (física). El personal de enfermería ayudará a los pacientes a expresar la ira de forma apropiada mediante el modelado (el profesional actúa como modelo a imitar) y la utilización de técnicas de comunicación asertiva. Estas técnicas sirven para que el paciente se acostumbre a hablar en primera persona («yo») y a expresar directamente y con sinceridad los sentimientos que le deparan cada una de las situaciones en las que interactúa con otra persona (p. ej., «me enfado cuando me interrumpes» o «no me hace ninguna gracia que hayas cambiado el programa de trabajo sin consultármelo»). Declaraciones como éstas permiten expresar correctamente la ira y conducen a un intercambio comunicacional productivo con el interlocutor que permitirá solucionar o mejorar la situación, y por tanto, disminuir la intensidad de la ira.

Algunas personas intentan expresar sus sentimientos de ira mediante conductas agresivas que no constituyen un riesgo para las personas ni para los objetos (p. ej., golpear un saco de arena de los que utilizan los boxeadores para entrenarse, o gritar). Parece que este tipo de desahogo, que se denomina catarsis, sirve para disminuir la intensidad de la ira; sin embargo, en algunos casos, la catarsis provoca un aumento de la intensidad de este sentimiento en vez de una disminución. Por tanto, las conductas catárticas están contraindicadas en el caso de los pacientes airados. En estos pacientes es más probable que la ira disminuya si se recurre a actividades no violentas, como dar un paseo o charlar con alguien (Jacob y Pelham, 2005).

Según Shapiro (2005), la hostilidad intensa está asociada con un mayor riesgo de enfermedades coronarias e hipertensión arterial. Como ya se ha indicado, la hostilidad consiste en la agresión verbal hacia otras personas y puede dar lugar a accesos de ira que son ineficaces para expresar las emociones. En lugar de los arrebatos de ira y hostilidad en los que se grita y se arrojan objetos, para expresar estos sentimientos es más eficaz la comunicación asertiva. No hay que confundir el control de los arrebatos de ira y hostilidad y la gestión positiva de la ira con la supresión de los sentimientos de enfado. Esta supresión puede dar lugar a los problemas de salud física y mental a los que ya nos hemos referido.

La represión de la ira es especialmente habitual entre las mujeres. La razón es que a las mujeres, desde la infancia, se les ha enseñado a mantener y mejorar las relaciones interpersonales y a abstenerse de expresar sus emociones negativas. Se les ha dicho que la ira es una emoción poco o nada positiva, y que además es poco «femenina». La ira de las mujeres suele aparecer cuando se les niegan sus derechos, el poder o los recursos, se las trata con injusticia o los demás se comportan con ellas de forma irresponsable. Las mujeres en edad escolar informan de experiencias de falta de respeto y de prohibición de expresar la ira (van-Daalen-Smith, 2008). Las personas que niegan estos derechos a las mujeres no suelen ser personas desconocidas, sino por el contrario, sus allegados más cercanos. Como consecuencia, encontramos que los síntomas somáticos y las alteraciones psicológicas asociados con la represión de la ira son mucho más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Las mujeres tienen que tomar consciencia de que el reconocimiento y la expresión de la ira son factores indispensables para su maduración y crecimiento personal.

## Hostilidad y agresividad

La conducta hostil y agresiva suele aparecer de forma repentina e inesperada. Sin embargo, en los episodios de agresividad a menudo pueden identificarse estadios o fases, es decir: una **fase desencadenante** (incidente o situación que inicia la respuesta agresiva), una fase de escalada, una fase de crisis, una fase de recuperación y una fase de poscrisis. Estas fases y los signos, síntomas y conductas asociados se tratan en detalle más adelante en este mismo capítulo.

A medida que la conducta va adquiriendo intensidad hasta alcanzar la fase de crisis, el paciente va perdiendo la capacidad de percibir los acontecimientos de forma objetiva, de resolver los problemas, de expresar sus sentimientos adecuadamente y de controlar su conducta. Este proceso se denomina escalada de la conducta y puede desembocar en agresión física. Por ello, las intervenciones de enfermería durante las fases de desencadenamiento y de escalada son críticas para evitar que la conducta del paciente derive hacia la agresión física (v. más adelante).



## TRASTORNOS MENTALES RELACIONADOS



Los medios de comunicación dedican una cobertura extensa a los hechos agresivos protagonizados por personas con trastornos mentales. Esto contribuye a alimentar la idea errónea de que la mayoría de personas con trastorno mental son agresivas y que, por tanto, hay que temerlas. En realidad, es mucho más probable que un paciente con un trastorno mental se lesione a sí mismo en lugar de a otra persona.

Aunque la mayoría de los pacientes no son agresivos, es cierto que algunos pacientes con distintos trastornos mentales pueden presentar un comportamiento airado, iracundo, hostil o agresivo. Así, los pacientes con delirio paranoide creen que los demás quieren dañarles, y, convencidos de que están protegiéndose de los demás, pueden responder con hostilidad o con agresión. Algunos pacientes sufren alucinaciones auditivas (oyen voces que les ordenan herir o matar a otras personas). La hostilidad y la agresividad aparecen también en pacientes con demencia, confusión, lesiones cerebrales, intoxicación por alcohol u otras drogas, trastorno límite de la personalidad y trastorno antisocial de la personalidad. Los pacientes violentos suelen tener más síntomas, su funcionamiento en la vida diaria es más limitado y tienen una marcada creencia de introspección que los pacientes que no son violentos (Dolan y Davies, 2006).

Algunos pacientes con depresión sufren accesos de ira. Se trata de rachas repentinas e intensas que suelen aparecer en situaciones en las que el paciente deprimido se siente emocionalmente atrapado. Estos ataques de ira consisten en expresiones verbales de enfado o rabia, pero sin agresión física. Los pacientes deprimidos describen estos accesos de ira como una conducta impropia de ellos y exagerada respecto a la situación, y seguida por sentimientos de culpa. La ira que se observa en algunos pacientes deprimidos puede estar relacionada con un estado de ánimo irritable, con una reacción excesiva ante sucesos de poca o ninguna importancia o con una disminución de la capacidad para afrontar ciertas situaciones (Akiskal, 2005).

El trastorno explosivo intermitente es un trastorno mental poco frecuente caracterizado por episodios bien diferenciados de impulsos agresivos que desembocan en crisis graves con destrucción de los objetos materiales. La conducta agresiva es muy desproporcionada respecto al factor precipitante. Este trastorno se diagnostica sólo si no hay otros trastornos mentales comórbidos. El paciente describe la situación de la siguiente forma: existe un período previo de tensión o excitación que sólo puede aliviarse mediante un arranque explosivo de la conducta violenta, y una vez terminada la crisis, siente remordimientos y vergüenza por lo sucedido. Entre un episodio y otro no hay signos de agresividad (Greenberg, 2005). El trastorno explosivo intermitente se inicia entre el final de la adolescencia y la tercera década de vida (American Psychiatric Association, 2000). Por lo general, los pacientes con este trastorno son hombres corpulentos con rasgos indicativos de personalidad dependiente que reaccionan a su concepto de sí mismo (sentimientos de inutilidad e ineficiencia) por medio de arrebatos violentos.

El **impulso a la acción** (*acting out*) es un mecanismo de defensa inmaduro mediante el cual la persona afronta sus conflictos emocionales y el estrés por medio de acciones en vez de mediante la reflexión o la verbalización de los sentimientos. Puede consistir en

una agresión verbal o física a otros o una autolesión, que sirven al individuo para sentirse momentáneamente menos indefenso o impotente. Este tipo de conductas son frecuentes en niños y adolescentes cuando se sienten incapaces de manejar sentimientos intensos o conflictivos o de expresar verbalmente ciertos conflictos emocionales. Para comprender las conductas asociadas con el impulso a la acción es importante valorar la situación concreta y la capacidad de la persona para manejar y controlar sus sentimientos y emociones.

## ETIOLOGÍA

### Teorías neurobiológicas

Los investigadores han estudiado el papel de los neurotransmisores en la conducta agresiva en humanos y otros animales, pero no han logrado identificar una causa única. Los datos indican que la serotonina es un inhibidor importante de la conducta agresiva, por lo que es posible que una concentración baja pueda influir en el aumento de este tipo de conductas; esto explicaría los ataques de ira que se observan en algunos pacientes con depresión. Además, el incremento de la actividad de la dopamina y de la noradrenalina en el cerebro se asocia con un aumento de las conductas violentas de tipo impulsivo. Por otra parte, las alteraciones estructurales del sistema límbico y los lóbulos frontal y temporal podrían estar relacionadas con una menor capacidad para modular la conducta agresiva (Siever, 2008).

### Teorías psicosociales

Los bebés y los niños pequeños se expresan en un tono de voz alto y con mucha intensidad, algo normal en estas etapas del desarrollo evolutivo. El berrinche es una respuesta habitual de niños cuyos deseos no se satisfacen. A medida que el niño madura, cabe esperar que vaya **controlando sus impulsos** con eficacia progresiva; es decir, cabe esperar que el niño aprenda a retrasar la gratificación. Esta capacidad de retrasar la satisfacción de la necesidad y, por tanto, de diferir la gratificación, está asociada con un comportamiento socialmente aceptable. Para que estos avances evolutivos se alcancen, el niño tiene que mantener una relación positiva con sus padres, profesores y otros niños (es decir, con sus iguales). Los logros escolares también influyen positivamente, ya que aumentan la autoestima del niño y le hacen ser más responsable. Los niños que han crecido en familias disfuncionales en las que los padres apenas les prestan atención, que reciben respuestas incoherentes a su comportamiento y de extracción socioeconómica baja muestran un riesgo elevado de no alcanzar la fase del desarrollo evolutivo asociada con una conducta social adecuada. Esta falta de desarrollo puede dar lugar a personas impulsivas, con poca o nula tolerancia a la frustración y con tendencia a las conductas agresivas.

Leary, Twenge y Quinlivan (2006) observaron una relación entre el rechazo y la agresividad. El rechazo lleva a la ira y a la agresión cuando provoca dolor o frustración a la persona rechazada, pero también cuando constituye una amenaza para la autoestima. Entonces la conducta agresiva suele verse como una forma de recuperar el autocontrol,

mejorar la autoestima (y por tanto el estado de ánimo) o para vengarse.

## ASPECTOS CULTURALES

En la expresión de la ira influye de forma muy importante la cultura. El nivel de expresión de la ira considerado aceptable varía de una cultura a otra. El personal de enfermería tiene que estar familiarizado con las normas culturales para proporcionar una asistencia culturalmente competente. Tradicionalmente, en Estados Unidos no se permitía que las mujeres expresasen su ira abiertamente porque se consideraba que no era «femenino» y además se veía como un desafío a la autoridad masculina. Esta norma cultural ha ido cambiando en los últimos 25 años. En culturas como la asiática y la de los indios aborígenes de Estados Unidos, la expresión de la ira se ve como una muestra de mala educación y de falta de respeto a los demás, por lo que la expresión de la ira suele evitarse por todos los medios. En estos casos, tratar de ayudar al paciente a que exprese verbalmente la ira, sobre todo ante una figura de autoridad, resulta inaceptable.

La pertenencia a una cultura o grupo étnico minoritario influye también en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. Independientemente de su procedencia étnica, los pacientes de piel oscura a veces son vistos como más peligrosos que los de piel clara, y por tanto, tienen más probabilidades de ser sometidos a hospitalización involuntaria, aislamiento y contención física, y se les administran mayores dosis de psicofármacos. Un estudio ha demostrado que a los niños y adolescentes caucásicos se les diagnostican con más frecuencia depresión y trastornos relacionados con el consumo de drogas, mientras que entre los afroamericanos o de procedencias étnicas distintas de la caucásica son más frecuentes los diagnósticos de trastorno psicótico y de comportamiento perturbador (Muroff, Edelsohn, Joe y Ford, 2008). El European Board of Medical Specialists ha señalado que los temas relacionados con la autoconciencia cultural deben ser una parte esencial en la formación de los psiquiatras, pero hay muy pocas facultades de medicina en las que se eduque a los alumnos en los aspectos culturales (Qureshi, Collazos, Ramos y Casas, 2008). Según estos autores, esta formación es imprescindible para promover la competencia cultural de los profesionales de la psiquiatría para que puedan proporcionar una asistencia de calidad a los inmigrantes y a los pacientes de grupos minoritarios.

El *hwa-byung* o *hwabyeong* («enfermedad de la furia» o «enfermedad del fuego») es un trastorno mental específico de un área cultural determinada que se atribuye a la represión de la ira (Choi y Lee, 2007). Se observa en Corea y predomina en las mujeres. Las manifestaciones clínicas son suspiros, dolor abdominal, insomnio, irritabilidad, ansiedad y depresión. Es probable que los psiquiatras occidentales diagnosticasen este cuadro como un trastorno depresivo o de somatización.

Existen dos trastornos mentales relacionados con la cultura que tienen que ver con la conducta agresiva. El término francés *bouffée délirante* (psicosis delirante aguda) se refiere a un trastorno observado en África occidental y en Haití. Se trata de un ataque repentino de agitación y conducta agresiva, confusión intensa y excitación psicomotriz. Suelen presentarse alucinaciones visuales, auditivas e ideación paranoide, por lo que se

parece a un episodio psicótico breve. Por su parte, el *amok* es un episodio de disociación caracterizado por un período de introspección seguido de una crisis de comportamiento violento, agresivo u homicida y de destrucción de objetos del entorno. Se observa sólo en hombres y puede estar desencadenado por algo que el enfermo percibe como un insulto o una humillación. Se observó por primera vez en Malasia, pero se ha informado de cuadros similares en Laos, Filipinas, Papúa-Nueva Guinea, Polinesia (*cafard*), Puerto Rico (*mal de pelea*) y entre los indios navajos de Estados Unidos (*iich'aa*) (Moitabai, 2005).

## TRATAMIENTO

El abordaje terapéutico de los pacientes agresivos suele centrarse en el tratamiento del trastorno mental que padecen, que en la mayoría de los casos es un trastorno esquizofrénico o un trastorno bipolar. Al tratar de forma eficaz el trastorno mental, se trata también la conducta agresiva. Se ha demostrado que el litio es eficaz en los pacientes agresivos con trastorno bipolar, problemas de conducta (niños) o retraso mental. La carbamazepina y el valproato sódico se utilizan para tratar la agresividad asociada con la demencia, la psicosis y los trastornos de la personalidad. Los neurolépticos atípicos, como la clozapina, la risperidona y la olanzapina son eficaces para el tratamiento de los pacientes agresivos con demencia, lesiones cerebrales, retraso mental y trastorno de la personalidad. Las benzodiazepinas reducen la irritabilidad y la agitación en los pacientes ancianos con demencia, pero en otros pacientes pueden provocar desinhibición social, que, a su vez, aumenta la agresividad en vez de disminuirla.

El haloperidol y el lorazepam se suelen utilizar en combinación para disminuir la agresividad, la agitación y los síntomas psicóticos. Los pacientes agitados y agresivos que no presentan síntomas psicóticos suelen responder bien al lorazepam, que puede administrarse en dosis de 2 mg cada 45-60 min (Garlow, Purselle y D'Orío, 2006). Según Goedhard et al. (2006), los neurolépticos atípicos son más eficaces que los convencionales en el caso de los pacientes agresivos y psicóticos. La administración de neurolépticos exige una evaluación meticulosa debido a sus efectos secundarios extrapiramidales. Estos efectos secundarios pueden tratarse rápidamente con benztropina. En el capítulo 2 se habla de forma extensa de estos medicamentos y de sus efectos secundarios.

Aunque no es un tratamiento en sí mismo, es posible que durante la fase de crisis del ciclo de agresión se necesite recurrir al aislamiento o a la contención física a corto plazo para proteger al paciente y a los demás. El uso del aislamiento y de la contención física se rige por una serie de normas legales, éticas y de seguridad (v. cap. 9).

## APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

La evaluación y la intervención eficaz en el caso de los pacientes airados, iracundos u hostiles permiten en muchos casos evitar episodios de agresión (v. el plan de atención de enfermería). La evaluación precoz, el uso juicioso de la medicación y la interacción

verbal con el paciente a menudo evitan que la ira vaya escalando hasta convertirse en agresión física.

### **Valoración**

El personal de enfermería debe estar familiarizado con los factores del entorno que contribuyen a provocar las conductas agresivas. La agresividad es menos frecuente en las unidades psiquiátricas en las que el liderazgo es fuerte, el papel de cada integrante del equipo multidisciplinario y del personal sanitario está claramente definido y las actividades, las interacciones personal-pacientes y la interacción en los grupos se planifican de forma adecuada. Por el contrario, cuando no se sabe de qué van a tratar las reuniones o qué se va hacer en las sesiones grupales y cuando las interacciones entre el personal y los pacientes están mal planificadas o se desarrollan de forma inadecuada, los enfermos se frustran y se aburren, y en esos casos la agresividad es más habitual e intensa. La falta de un espacio personal adecuado hace que los pacientes carezcan de intimidad y no puedan descansar lo suficiente, lo cual, quizás sea más importante para desencadenar la agresividad que la falta de espacio físico.



## Diagnóstico de enfermería

**Riesgo de violencia dirigida a los demás:** riesgo de aparición de conductas que indican que el paciente es capaz de causar daño físico, psicológico o sexual a otras personas.

### FACTORES DE RIESGO

- Impulso a la acción (*acting out*) con violencia física real o posible.
- Destrucción de objetos materiales.
- Ideación homicida o suicida.
- Peligro físico para el propio paciente o para los demás.
- Antecedentes de conducta agresiva o de agresión a otras personas.
- Enfermedad neurológica.
- Pensamientos incoherentes.
- Agitación o nerviosismo.
- Falta de control de los impulsos.
- Delirios, alucinaciones u otros síntomas psicóticos.
- Trastorno de la personalidad u otros síntomas psiquiátricos.
- Conducta maníaca.
- Trastorno de comportamiento perturbador.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Consumo de drogas.

### RESULTADOS ESPERABLES

#### Inmediato

*El paciente*

- Se abstendrá de causar daño a personas o destruir objetos.
- No se causará daño a sí mismo.
- Mostrará menos conductas con impulso a la acción.
- Experimentará menos nerviosismo o agitación.
- Experimentará menos miedo, ansiedad u hostilidad.

#### Estabilización

*El paciente*

- Mostrará que tiene capacidad para el control interno de su conducta.
- Abandonará los comportamientos psicóticos.
- Encontrará la manera de encauzar la tensión y la agresividad de forma no destructiva.
- Expresará verbalmente la ansiedad, el miedo y la hostilidad de forma no destructiva (p. ej., hablará de esos sentimientos con el personal de enfermería al menos una vez al día hasta una fecha determinada).
- Verbalizará que comprende la conducta agresiva, el trastorno mental con la que está asociada y el porqué de la medicación (si la hubiera).

#### Tratamiento extrahospitalario

*El paciente*

- Participará en un tratamiento extrahospitalario centrado en sus problemas psiquiátricos o en los problemas asociados con la agresividad.
- Mostrará su capacidad para el control interno de la conducta cuando se enfrente al estrés.

### EJECUCIÓN

**Intervenciones de enfermería** (\*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)

Establezca una relación de confianza con el paciente lo antes posible. Lo ideal es que la relación de confianza se establezca antes de que aparezca el primer episodio de agresividad.

#### Justificación

La familiaridad con los profesionales sanitarios y la confianza en ellos pueden facilitar la comunicación y reducir los temores del paciente.



## EJECUCIÓN

### Intervenciones de enfermería (\*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)

Preste atención a los factores que aumentan la probabilidad de que aparezca una conducta violenta o agitación. Utilice la comunicación verbal y la medicación, si es necesaria, con el fin de intervenir antes de que la conducta del paciente alcance el punto destructivo y sea necesario recurrir a la contención física.

Si el paciente le dice (verbalmente o no) que se siente hostil y destructivo, trate de ayudarlo a expresar sus sentimientos de manera no destructiva (p. ej., emplear técnicas de comunicación o invitarle a hacer ejercicio).

Hay que conocer los medicamentos PRN (según necesidad) y las técnicas de aislamiento y contención física.

\*Adquiera y practique las técnicas adecuadas para la contención física (esta habilidad debe formar parte del programa de formación continua en enfermería en psiquiatría y salud mental).

\*Establezca en el centro en el que trabaja un protocolo en el que se recojan las técnicas más seguras para trasladar a los pacientes de un lugar a otro.

Familiarícese con los procedimientos para la contención física, el aislamiento y la colaboración entre el personal sanitario en caso de crisis, así como con las normas éticas y legales que regulan estos procedimientos.

Conservar siempre el control de usted mismo y de la situación. Permanezca siempre en calma. Si no se siente capaz de enfrentarse a una situación determinada, pida ayuda lo antes posible.

Dígale al paciente de forma sosegada y respetuosa que el personal sanitario le ayudará a controlarse si no es capaz de hacerlo por sí mismo, pero no le amenace.

\*En caso de encontrarse en una situación con riesgo de agresión, avise al profesional de enfermería encargado del paciente y al supervisor; comuníqueles su valoración de la situación y por qué considera que necesita ayuda, así como el nombre del paciente, el plan de tratamiento, el nombre de la medicación que está tomando y si considera necesario proceder al aislamiento o la contención física.

\*Si existe un protocolo de actuación para situaciones de crisis, sigalo (p. ej., utilice el sistema intercom para llamar por megafonía (Zona «código \_\_\_\_\_»); después, si es posible, haga que un miembro del personal sanitario se reúna con otros profesionales en la puerta de la unidad para darles el nombre del paciente y explicarles la situación, el objetivo, el plan, etc.

Si usted no ha recibido formación o entrenamiento especial o no tiene suficiente experiencia para tratar con un paciente que tiene un arma, no intente quitarle el arma. Coloque algo (p. ej., una almohada, un colchón o una manta enrollada en el brazo) entre usted y el arma.

### Justificación

En muchos casos, el impulso a la acción está precedido de un periodo de tensión creciente; sin embargo, un paciente intoxicado por una droga o psicótico puede ponerse violento sin que haya signos de aviso. Los signos que indican que la tensión está aumentando son: inquietud creciente, actividad motora (p. ej., andar de un lado para otro sin rumbo fijo), aumento del volumen de la voz, señales verbales (p. ej., «me parece que estoy perdiendo el control»), amenazas, disminución de la tolerancia a la frustración, arrugar el entrecejo y apretar los puños.

El paciente puede probar con nuevas conductas y aprender formas no violentas de expresar sus sentimientos sin recurrir al impulso a la acción cuando está acompañado de un profesional de la enfermería y se encuentra en un entorno en el que no se siente amenazado.

En una situación de riesgo, el profesional debe tomar decisiones y actuar con rapidez. Si el paciente está muy agitado, es posible que haya que recurrir a la medicación para disminuir la agitación.

Las técnicas de intervención conocidas y puestas en práctica sirven para aumentar la eficacia y la seguridad del personal sanitario.

Las técnicas adecuadas aumentan la seguridad y la efectividad.

Hay que estar preparado para actuar, dirigir y coordinar a otras personas con el fin de garantizar la seguridad de todos, incluida la del paciente. Recuerde que es usted legalmente responsable de sus decisiones y acciones.

Su comportamiento constituye un modelo para el paciente y le transmite la idea de que usted puede proporcionarle el control que a él le falta y de que está dispuesto a hacerlo.

Puede que el paciente tenga miedo a perder el control y de lo que podría ocurrir si empieza a manifestar su ira. Al demostrarle que usted controla la situación sin necesidad de amenazarle ni de competir con él, se tranquilizará sin que disminuya su autoestima.

Puede que necesite la ayuda de otros compañeros que no conocen al paciente; por tanto, podrán ayudarlo con más eficacia si les facilita la información que necesitan.

La necesidad de ayuda puede ser inmediata en una situación de urgencia. En estos casos, cualquier información que pueda proporcionarse a los compañeros que llegan al lugar en el que se ha planteado el problema puede ser muy útil para tratar al paciente de una forma que resulte segura para él y para los demás.

Quizás lo único que usted pueda hacer de forma realista sea evitar sufrir una lesión, pedir ayuda, abandonar la zona y proteger a los otros pacientes. Si intenta quitarle el arma o reducir a un paciente armado, correrá más peligro aún.

## ¿QUÉ DEBE HACERSE CUANDO EL PACIENTE TIENE UN ARMA?

*Si fuera necesario quitarle el arma, trate de arrancarla de la mano del paciente con una patada (nunca intente coger con la mano un cuchillo ni ningún otro tipo de arma).*

*Distraiga al paciente momentáneamente para quitarle el arma (arrojele agua a la cara o grite de repente).*

*\*Es posible que tenga que pedir ayuda fuera del centro sanitario (sobre todo si el paciente tuviera un arma de fuego). Una vez que ha solicitado ayuda exterior, toda la responsabilidad legal pasa a las autoridades que se encargan de la situación (p. ej., la policía).*

Tenga siempre presente el espacio o territorio del paciente: no haga que se sienta agobiado o acorralado.

Deje al paciente libertad de movimientos (dentro de ciertos límites), a no ser que haya decidido proceder a la contención física.

Reduzca los estímulos del entorno: apague la televisión o baje el volumen del sonido, disminuya la intensidad de las luces o apague algunas, pida a los demás que se alejen de la zona (o, como alternativa, vaya con el paciente a otra sala).

Hable con el paciente en voz baja y con calma. Llámeme siempre por su nombre de pila, dígame cómo se llama usted, dónde están, etc.

Dígame siempre lo que va a hacer y lo que está haciendo. Utilice frases sencillas, claras y directas, y repita si es necesario. No amenace al paciente, pero aclárele los límites y dígame qué se espera de él.

No utilice la contención física sin motivo suficiente.

*\*Cuando se ha tomado la decisión de reducir al paciente o de restringir sus movimientos, actúe rápido y con la colaboración de otros miembros del personal. Dígame al paciente sin rodeos que le van a inmovilizar, reducir o aislar; no admita negociaciones una vez tomada la decisión. Tranquilice al paciente: dígame que no se le va a infligir daño físico, y que la contención física o el aislamiento son para su seguridad.*

*\*Mientras reduce o inmoviliza al paciente, comuníquese con los otros integrantes del personal para asegurarse de que se está actuando de forma coordinada (p. ej., no intente trasladar al paciente hasta tener la seguridad de que todos están preparados).*

No golpee al paciente.

Si está enfadado, absténgase de participar en las tareas para reducir o inmovilizar al paciente (siempre y cuando se disponga de un número suficiente de personas). No inmovilice o reduzca al paciente como castigo por su comportamiento.

No pida ayuda a otros pacientes ni permita que le ayuden a reducir o a inmovilizar al enfermo problemático.

Siempre que sea posible, impida que otros pacientes vean cómo el personal reduce o inmoviliza al paciente problemático. Llévales a otra zona y haga que participen en alguna actividad o conversación.

Consiga ayuda de más personal si es necesario. Haga que alguien despeje de muebles y otros objetos la zona por la que va a pasar usted con el paciente.

*Si intenta arrebatarle el arma, aumentará aún más su propia vulnerabilidad física.*

*Distraer la atención del paciente puede que le dé la oportunidad de quitarle el arma o de reducirle.*

*Si intenta hacer más de lo que puede, se expondrá a un peligro grave. No es necesario que trate de solucionar una situación que escapa a su control ni que asuma riesgos personales.*

Las personas potencialmente violentas necesitan tener un espacio personal hasta cuatro veces mayor que los demás. Esto significa que debe alejarse de ellas para que no se sientan amenazadas o acorraladas.

Obstaculizar la movilidad del paciente cuando no se está intentando inmovilizarlo puede hacer que aumente su frustración y sus temores o que perciba la situación como una amenaza.

Si el paciente se siente amenazado, es posible que perciba cualquier estímulo como una amenaza contra su persona. Cuando está agitado es incapaz de afrontar los estímulos excesivos.

Un tono de voz bajo puede servir para evitar que la agitación aumente. Puede que el paciente esté desorientado y no se de cuenta de lo que está sucediendo.

El paciente tiene deteriorada la capacidad de comprender la situación y de procesar la información. Si se le ponen límites precisos, se le hará saber lo que se espera de él.

El paciente tiene derecho a que se le limiten los movimientos lo menos posible, dentro de los límites necesarios para garantizar la seguridad y prevenir la destrucción de bienes materiales.

Se deben establecer y mantener límites firmes. La negociación sólo sirve para introducir dudas y acaba deteriorando los límites que se han establecido.

La comunicación verbal directa promueve la colaboración y la seguridad.

La seguridad física del paciente es prioritaria.

El personal de enfermería debe mantener el autocontrol en todo momento y actuar en el mejor interés del paciente. No hay justificación alguna para imponerle castigos.

La seguridad física de los demás pacientes es prioritaria. Ellos no tienen ninguna obligación de controlar la conducta de los enfermos problemáticos y no deben desempeñar funciones que corresponden al profesional.

Los demás pacientes quizás estén asustados, agitados o en peligro debido a la conducta agresiva o violenta de uno de ellos. En una situación así, necesitan que se les proporcione seguridad y que se les tranquilice.

Transportar a un paciente agitado puede ser peligroso si se intenta hacer sin la suficiente ayuda y en un espacio físico insuficiente.



## ¿QUÉ DEBE HACERSE CUANDO EL PACIENTE TIENE UN ARMA?

Cuando inmovilice al paciente o le ponga en aislamiento, dígame lo que está haciendo y por qué (p. ej., para que pueda recobrar el control, evitar que se haga daño o que cause lesiones a otras personas). Hable al paciente siempre con un lenguaje sencillo y conciso. Háblele de forma directa, pero tenga cuidado para que no parezca que le está juzgando. Véase antes «Factores de riesgo» en el apartado «Diagnóstico de enfermería».	Es posible que el paciente no tenga plena capacidad de comprender lo que le está ocurriendo.
Dígale al paciente dónde está, que está seguro y que el personal de enfermería pasará para comprobar que está bien. Dígale qué debe hacer para avisarles. Reoriente y, si fuera necesario, recuérdelo por qué se le ha inmovilizado.	El aislamiento o la contención física pueden asustar mucho a un paciente agitado o nervioso. Si se le tranquiliza, puede que disminuya su ansiedad.
Vuelva a valorar la necesidad de que el paciente permanezca aislado o inmovilizado y libérese o alivie de la contención física en cuanto sea posible y resulte terapéutico. Tome sus decisiones según las necesidades del paciente y no en las del personal de enfermería.	El paciente tiene derecho a que se le limiten los movimientos lo menos posible, dentro de los límites necesarios para garantizar la seguridad y prevenir la destrucción de bienes materiales.
Sea consciente en todo momento de los sentimientos del paciente (incluido el miedo), de su dignidad y de sus derechos como persona.	El paciente sigue teniendo dignidad y derechos como persona, a pesar de que su comportamiento sea inaceptable.
Observe atentamente al paciente y cumplimente lo antes posible la documentación siguiendo las normas del centro en el que trabaja. Piense en las posibles consecuencias legales.	Es imprescindible documentar por escrito la intervención de forma completa, precisa y exacta, ya que la contención física, el aislamiento, la reducción del paciente y otras acciones similares pueden comportar acciones legales contra los profesionales sanitarios.
Administre los medicamentos de forma segura: tómese el tiempo necesario para preparar la dosis, identificar la vía y la zona de administración, retirar el émbolo de la jeringuilla para extraer una muestra de sangre, etc.	Cuando el profesional se encuentra en una situación muy estresante y se ve obligado a actuar con rapidez, aumenta el riesgo de cometer un error en la dosificación o en la administración de los medicamentos.
Tome las precauciones necesarias para evitar exponerse a la sangre u otros fluidos corporales del paciente (p. ej., sangre procedente del pinchazo con una aguja).	La hepatitis C, el VIH y otras enfermedades se transmiten por exposición a la sangre y otros fluidos corporales.
Vigile el efecto de la medicación e intervenga si es necesario (p. ej., efectos secundarios del medicamento).	Los psicofármacos suelen tener efectos secundarios y pueden producir reacciones adversas (p. ej., reacciones alérgicas, hipotensión arterial y seudoparkinsonismo).
Cuando la situación se haya resuelto hable con los demás pacientes y permítalos que expresen sus sentimientos acerca de lo que ha sucedido.	No olvide que los demás pacientes también tienen necesidades: tenga cuidado de que su atención no se centre única y exclusivamente en el paciente con impulso a la acción.

Adaptado de Schultz JM y Videbeck SL. (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8.ª ed.). Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.

Además de evaluar el ambiente de la unidad, el personal de enfermería tiene que evaluar atentamente a cada uno de los pacientes. Los antecedentes de conducta violenta o agresiva son uno de los mejores predictores de una futura agresión. En un paciente con antecedentes de agresión, es importante determinar cómo maneja su ira y qué estímulos o intervenciones le ayudan a afrontar las emociones sin tener que recurrir a la agresividad. Los pacientes que suelen sentir ira y frustración y piensan que nadie les presta atención tienen más propensión a comportarse de forma hostil o agresiva. Además de los antecedentes de violencia o agresión, haber sido víctima de un acto violento en el pasado y el consumo de drogas son factores que aumentan la probabilidad de que el paciente presente una conducta agresiva. Hay ciertas señales que pueden ayudar al personal de enfermería a detectar el riesgo inminente de que se produzca un comportamiento agresivo (Pryor, 2005): lo que el paciente está diciendo, los cambios en el tono de la voz y en la entonación (volumen, timbre, velocidad), los cambios en la expresión facial y las modificaciones del comportamiento.

El personal de enfermería debe valorar la conducta del paciente para determinar en qué fase del ciclo de la agresión se encuentra. Esto ayudará a elegir y ejecutar las intervenciones más adecuadas en cada momento. En la [tabla 10-1](#) se describen las cinco fases de la agresión y sus signos, síntomas y conductas asociados. La evaluación de los pacientes tiene que hacerse manteniendo una distancia de seguridad. El profesional puede acercarse siempre que mantenga la suficiente distancia para que el paciente no se sienta acorralado ni amenazado. Para garantizar la seguridad del personal y demostrar al paciente que se trabaja en equipo, es conveniente que sean dos profesionales los que se acerquen.

### **Análisis de los datos**

Los diagnósticos de enfermería que se aplican habitualmente cuando se trabaja con pacientes agresivos son los siguientes:

- Riesgo de violencia dirigida a los demás.
- Afrontamiento ineficaz de los problemas.

Si el paciente está intoxicado o deprimido, o presenta síntomas psicóticos, es posible que se apliquen otros diagnósticos de enfermería.

### **Identificación de los resultados**

Los resultados que cabe esperar en los pacientes agresivos son:

1. El paciente no causa daño ni amenaza a otras personas.
2. El paciente evita comportamientos que intimiden o asusten a otras personas.
3. El paciente expresa verbalmente sus sentimientos y preocupaciones sin recurrir a la agresión.
4. El paciente sigue el tratamiento prescrito.

### **Intervención**

Hasta el profesional de la enfermería más experimentado puede sentirse intimidado o asustado ante la hostilidad verbal o el comportamiento agresivo de un paciente. Los pacientes que se comportan con violencia o agresividad intimidan también a los demás pacientes, al personal administrativo y de servicios y a los visitantes. Fuera del entorno de un centro sanitario, la respuesta más frecuente ante una persona agresiva consiste en alejarse; sin embargo, esto no es posible en el entorno de la atención a la salud mental. En este entorno, lo más eficaz es establecer un diálogo eficaz con la persona hostil para evitar que su conducta entre en un proceso de escalada que termine en la agresión física.

**Tabla 10-1. Las cinco fases del ciclo de la agresión**

Fase	Definición	Signos, síntomas y conductas asociados
Desencadenamiento	Un acontecimiento, situación o circunstancias ambientales concretas inician la respuesta del paciente, que suele ser de ira u hostilidad	Inquietud, ansiedad, nerviosismo, irritabilidad, deambulación sin rumbo fijo, tensión muscular, respiración rápida, transpiración, voz alta, ira
Escalada	Las respuestas del paciente van aumentando y la situación se hace cada vez más preocupante; todo indica que está empezando a perder el control	Tez pálida o enrojecida, gritos, palabras malsonantes y obscenidades, agitación, amenazas, exigencias, puños apretados, gestualidad intimidatoria, hostilidad, pérdida de la capacidad de afrontar el problema de forma racional y de pensar con claridad
Crisis	Durante el periodo de crisis emocional y física el paciente pierde totalmente el control	Falta de control emocional y físico, arroja objetos, da patadas, golpea con las manos, escupe, muerde, araña, chillar, grita muy alto, es incapaz de comunicarse con claridad
Recuperación	El paciente vuelve a recuperar el control emocional y físico	El tono de voz y la tensión muscular disminuyen, comunicación más clara y racional; relajación física
Poscrisis	El paciente intenta reconciliarse con los demás y regresa al nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente agresivo	Remordimientos, disculpas, llanto; el paciente permanece en silencio, se observa una conducta retraída

Adaptado de Keltner NL, Schweske LH y Bostrom CE (2007). *Psychiatric nursing* (5.ª ed.). St. Louis: Mosby, Inc.

La intervención es más eficaz y menos restrictiva cuando se realiza en la primera fase del ciclo de la agresión. A continuación se detallan una serie de intervenciones adecuadas para evitar que la ira y la hostilidad desemboquen en una situación no deseada. Algunas de estas intervenciones se centran en el entorno, y otras, en cada de una de las fases del ciclo de la agresión.

### **Gestión del entorno**

Cuando se intenta eliminar, o al menos reducir, la conducta agresiva es importante tener en cuenta el entorno en el que se desenvuelve el paciente. Las actividades grupales planificadas, como jugar a las cartas, ver y comentar una película o participar en debates sobre temas concretos, proporcionan a los pacientes la oportunidad de hablar sobre acontecimientos y asuntos de su interés cuando están calmados. Además, estas actividades tienen efectos terapéuticos y sirven para mitigar el aburrimiento. Por otro lado, la planificación racional y juiciosa de las interacciones individuales con el paciente le demuestra que el personal de enfermería tiene interés sincero por sus preocupaciones, pensamientos y sentimientos. El hecho de saber qué es lo que se puede y se debe esperar contribuye a aumentar la sensación de seguridad del paciente.

Si los pacientes tienen conflictos o disputas entre ellos, el profesional debe ofrecerles la oportunidad de resolver los problemas o solucionar los conflictos mediante el diálogo. Expresar los sentimientos de forma adecuada, utilizar la comunicación asertiva y negociar una solución son habilidades importantes que los pacientes tienen que aprender y practicar. Se trata de habilidades que les van a ser muy útiles para reintegrarse en la sociedad.

Si un paciente presenta síntomas psicóticos o hiperactividad, o está intoxicado por una droga, el personal de enfermería debe tener en cuenta la seguridad de los demás pacientes, que quizás necesiten protección frente a la conducta grosera, hostil o amenazadora del paciente con problemas. Es importante hablar con los otros pacientes

sobre lo que sienten, y es imprescindible vigilar de cerca al paciente potencialmente agresivo.



## CASO CLÍNICO: FASE DE ESCALADA

John, de 35 años, ingresó en el hospital con un diagnóstico de esquizofrenia. Tiene antecedentes de conducta agresiva, casi siempre provocada por las voces que le dicen que el personal del hospital pretende hacerle daño y que debe matarlos para protegerse. Dos semanas antes de la hospitalización, John había dejado de tomar la medicación. El profesional encargado del caso le observa mientras deambula por el pasillo. Masculla de forma ininteligible y evita el contacto cercano con la gente del hospital.

De repente, John comienza a gritar: «¡No puede ser! ¡No puedo quedarme aquí!». Tiene los puños apretados y está sumamente agitado. El profesional se acerca a John, se detiene a dos metros de él y le dice: «John, dime qué te pasa». El paciente corre hasta el final del vestíbulo y se niega a hablar con el profesional. Éste le pide que tome la medicación que necesita y que vaya a su habitación. Se niega a ambas cosas. Cuando comienza a coger los objetos que hay en una mesa situada en el vestíbulo, el profesional llama a los compañeros para que le ayuden a controlar al paciente.

### *Cómo manejar las conductas agresivas*

Durante la fase de desencadenamiento, el personal debe acercarse al paciente con ánimo tranquilo y no amenazador con el fin de disminuir la intensidad de la activación del paciente. Es importante mostrar empatía hacia la ira y la frustración; es decir, demostrarle que comprendemos lo que siente. Esta empatía puede hacer que el paciente exprese verbalmente la ira, lo que le indicará que aún es capaz de controlarla y de mantener el control sobre sí mismo. Es importante utilizar siempre frases cortas, sencillas, claras y fáciles de comprender. El profesional debe dar al paciente el tiempo necesario para que se exprese. Se le propondrá ir a un lugar tranquilo o se solicitará ayuda para trasladar a los demás pacientes a otro sitio con el fin de disminuir la estimulación que recibe el paciente potencialmente peligroso. Si está tomando la medicación prescrita, se le debe sugerir que la tome en ese momento (si se considera necesario). A medida que el enfado del paciente va mitigándose, el personal de enfermería puede ayudarle a utilizar técnicas de relajación, al tiempo que se le propone hablar para ver de qué forma puede solucionarse el problema o el conflicto que ha desencadenado la conducta potencialmente violenta (Marder, 2006). Para ayudar al paciente a relajarse y a recobrar la calma, además de las técnicas de relajación y la conversación, también es eficaz la actividad física, como por ejemplo andar.

Si con estas técnicas no se consigue solucionar la situación y el paciente pasa a la **fase de escalada** (la fase en la que se inicia la pérdida del control), el personal de enfermería debe tomar las riendas de la situación. Se darán órdenes al paciente con voz tranquila pero firme. Se le llevará a un lugar tranquilo o a su habitación para que disponga de tiempo suficiente para calmarse. El profesional le hará saber al paciente que las conductas agresivas son inaceptables y que está allí para ayudarle a recuperar el control.



Si el paciente ha rechazado la medicación durante la etapa de desencadenamiento, habrá que ofrecérsela de nuevo.

Si la actitud agresiva sigue aumentando y se niega a que se le traslade a una zona tranquila, el profesional solicitará la ayuda de sus compañeros. Al principio, entre cuatro y seis personas deben mantenerse cerca del paciente, pero sin acercarse demasiado al paciente ni al profesional que le hable en ese momento. Esta técnica se denomina «demostración de poder», y sirve para indicarle al paciente que, si no se controla, el personal pasará a la acción. A veces la presencia de un buen número de profesionales es suficiente para convencerle y que acepte la mediación, así como para tomarse el tiempo necesario para recobrar el control.

Cuando el paciente se vuelve físicamente agresivo (**fase de crisis**), los profesionales deben hacerse cargo de la situación por la seguridad del paciente, del personal sanitario y de cualquier otra persona que se encuentre en los alrededores. Las instituciones psiquiátricas proporcionan a su personal formación y práctica en técnicas seguras para manejar las urgencias de este tipo, por lo que en la reducción de un paciente físicamente agresivo sólo deben intervenir personas con esta formación. La decisión de poner al paciente en aislamiento o de restringir sus movimientos debe tomarse según el protocolo de la institución y las normas generales que se aplican a la contención física y al aislamiento. Si se ha decidido utilizar alguna de estas técnicas, el profesional debe conseguir lo antes posible la autorización del médico.

Para inmovilizar con seguridad a un paciente agresivo hacen falta entre cuatro y seis personas entrenadas. Los niños, los adolescentes y las mujeres pueden ser igual de agresivos que los pacientes adultos de sexo masculino. En primer lugar, se le informa de que su comportamiento está fuera de control y que ahora dicho control lo asume el personal por motivos de seguridad y para evitar daños. Cuatro personas cogen una de las extremidades del paciente (cada persona coge una extremidad), otra le protege la cabeza y otra ayuda a controlar el tronco, si fuera necesario. Se le transporta en una camilla o tal como se le sujeta a una habitación de aislamiento y se sujetan las cuatro extremidades a la estructura de la cama. En esta situación de urgencia, si el paciente no ha tomado antes la medicación que necesita, el personal tiene que conseguir la autorización del médico para administrar el medicamento por vía intramuscular. Como se ha dicho antes, en el caso de que el paciente haya quedado inmovilizado o en aislamiento, el profesional tiene que supervisar muy de cerca al enfermo y evaluarle de forma continua. La supervisión y evaluación se documentarán por escrito.

A medida que el paciente recupera el control (**fase de recuperación**), se le invita a que hable sobre la situación y los desencadenantes que le han llevado a actuar con agresividad. El personal le ayudará a relajarse y, si es posible, a dormir para que vuelva a la calma lo antes posible. Es importante ayudarle a explorar alternativas a la conducta agresiva. Para ello, debe preguntarle qué pueden hacer él mismo y el personal para evitar que se repita la situación. El profesional verificará que sus compañeros no han sufrido daños. A continuación, cumplimentará los documentos adecuados, como el informe del incidente y cualquier otro impreso indicado en el protocolo del centro. Por lo general, tras

una crisis de este tipo el personal celebra una reunión para hablar sobre el incidente: cómo se gestionó, qué se hizo bien y qué hay que mejorar, además de cómo hubiera podido resolverse la situación con más eficacia. También es importante animar a otros pacientes a que expongan sus sentimientos sobre el incidente, pero no hay que hablar en detalle sobre el paciente agresivo con los demás pacientes.

En la fase de **poscrisis** se libera al paciente del aislamiento o de la contención física, siempre y cuando cumpla con los criterios conductuales establecidos. El personal de enfermería no debe sermonearle, reñirle ni castigarle por su comportamiento agresivo. Es mejor hablar con él de forma tranquila y racional, y proporcionarle información sobre la forma de recuperar el control. Se le debe decir que tenemos confianza en él y que esperamos que en el futuro sea capaz de gestionar sus sentimientos y las situaciones o acontecimientos conflictivos de forma no agresiva. Se debe volver a integrar al enfermo al entorno y a sus actividades habituales, siempre y cuando esté en condiciones de participar en estas actividades.

### **Valoración**

La asistencia al enfermo es más eficaz cuando se puede controlar su conducta en una etapa precoz del proceso de la agresión, pero a veces no queda más remedio que aislarle o inmovilizarle para controlar el comportamiento agresivo. El objetivo es enseñar a los pacientes enfadados, iracundos, hostiles o potencialmente agresivos a expresar verbalmente con sinceridad sus sentimientos, sin amenazar ni lesionar a otras personas ni destruir bienes materiales.

### **HOSTILIDAD EN EL LUGAR DE TRABAJO**

En julio de 2008, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) advirtió sobre las «conductas intimidatorias y destructivas» del personal sanitario, que socavan la cultura de la cooperación y conducen a todo tipo de errores, a un menor grado de satisfacción de los pacientes, al aumento de los costes sanitarios, a la pérdida de personal cualificado y a otras consecuencias adversas que podrían evitarse (JCAHO, 2008). Estas conductas indeseadas consisten en actos manifiestos, como insultos y amenazas físicas, además de actividades pasivas, como negarse a realizar las tareas asignadas u otras actitudes poco colaboradoras. Las conductas lesivas e intimidatorias son frecuentes en los profesionales sanitarios que ocupan puestos de responsabilidad, por ejemplo, la reticencia o negativa a contestar preguntas, a devolver las llamadas telefónicas o a responder a los anuncios que se hacen por megafonía o por el busca, la utilización de un lenguaje, tono o volumen de voz paternalista o intimidatorio, y las muestras de impaciencia en las relaciones con los compañeros y subordinados.

Este problema impulsó a la JCAHO a publicar en enero de 2009 un nuevo conjunto de normas de liderazgo dirigidas a los profesionales sanitarios en puestos de responsabilidad. Después de la entrada en vigor de estas normas, todas las organizaciones sanitarias acreditadas por la JCAHO deben disponer de un código de conducta que defina claramente qué comportamientos son aceptables y cuáles se consideran lesivos o

inadecuados. Además, los directivos de esas organizaciones tienen que preparar y seguir un protocolo en el que se indique las acciones que hay que realizar cuando se produzca una violación del código de conducta (JCAHO, 2008). Se han propuesto diferentes procedimientos para conseguir que se cumplan estas nuevas normas de conducta en los centros sanitarios.

## ATENCIÓN COMUNITARIA

En el caso de muchos pacientes con conductas agresivas, la clave para controlar la agresividad es el tratamiento eficaz del trastorno mental que padecen. En el contexto de la atención comunitaria, se puede ayudar a los pacientes a lograr la estabilidad mediante las visitas periódicas de seguimiento, el control del cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito y la participación en programas comunitarios de apoyo. Existen grupos de autoayuda para el control de la ira y la agresividad que ayudan a los pacientes a expresar verbalmente sus sentimientos y a aprender técnicas para resolver problemas y solucionar conflictos de forma racional.

Un asunto que está cobrando cada vez más importancia es el de las agresiones de los pacientes al personal sanitario en el contexto comunitario. Esto se debe, en parte, a que en los hospitales y otras instituciones dedicadas a la atención de pacientes agudos cada vez se da el alta antes a un número cada vez mayor de pacientes. Las agresiones al personal sanitario por parte de los pacientes en el entorno comunitario se deben a varios factores, como las situaciones vitales estresantes, el fácil acceso al alcohol y otras drogas, la disponibilidad de armas que pueden causar la muerte y la falta de cumplimiento del tratamiento farmacológico. En muchos casos, el desencadenante del ataque es la negativa de las instituciones o del personal sanitario a proporcionar un determinado servicio al paciente, los episodios psicóticos y un exceso de estimulación (Flannery, Laudani, Levitre y Walker, 2006).

Flannery, Juliano, Cronin y Walker (2006) estudiaron las agresiones físicas y sexuales, la intimidación no verbal y las amenazas verbales realizadas por pacientes que vivían en residencias comunitarias. Los agresores eran en su mayoría pacientes de sexo masculino mayores con esquizofrenia y pacientes más jóvenes con trastornos de la personalidad. Estos autores describen el programa de acción contra las agresiones al personal sanitario (ASAP, según sus siglas en inglés) que se puso en práctica en el estado de Massachussets (Estados Unidos) con el fin de ayudar a las víctimas a afrontar las secuelas psicológicas producidas por las agresiones de los pacientes de los programas sociales de residencias en la comunidad. Además, el ASAP propone a los profesionales sanitarios trabajar en colaboración para determinar cuáles son los mejores métodos para manejar las situaciones conflictivas con riesgo de agresión de un paciente y mejorar la seguridad de la atención a la salud mental en los entornos comunitarios. Los autores señalan que los programas de este tipo pueden ser de gran utilidad para el personal que trabaja en las residencias comunitarias para personas que padecen un trastorno mental.

## TEMAS DE AUTOCONCIENCIA



Para poder ayudar a los pacientes, el personal de enfermería debe saber cómo manejar la ira. Los profesionales que tienen miedo a los sentimientos de ira suelen desentenderse de la del paciente, y esto le permite entrar en la escalada hacia la violencia. Si el profesional responde con ira al paciente, la situación puede convertirse en una lucha por el poder, lo que impediría al personal de enfermería reducir el enfado del paciente por medio de la conversación.



## RECURSOS DE INTERNET

Control de la ira

Trastorno explosivo intermitente

Hostilidad en el lugar de trabajo en los centros sanitarios

<http://www.apa.org/topics/controlanger.html>

<http://www.mayoclinic.com/health/intermittent-explosive-disorder/DS00730>

<http://www.nursezone.com/Nursing-News-Events/more-news.aspx?ID=18428>

Es importante adquirir experiencia en el uso de técnicas de contención física y de aislamiento antes de intentar aplicarlas durante una crisis. Siempre que un paciente se pone agresivo, existe el riesgo de que algún profesional sanitario resulte herido. El entrenamiento en técnicas seguras y la práctica de estas técnicas son imprescindibles para evitar que el personal o el paciente resulten lesionados. El profesional debe mantenerse tranquilo en todo momento, no emitir juicios de valor y no castigar al paciente mientras está aplicando las técnicas para el control de la conducta agresiva. Los profesionales con poca experiencia pueden aprender observando a sus compañeros más experimentados cuando se enfrentan a un paciente hostil o agresivo.

Cuando las técnicas de comunicación verbal no son suficientes para mitigar la ira de un paciente y éste se muestra hostil o agresivo, el profesional puede sentirse frustrado o enfadado, como si fuese culpable de la situación. Sin embargo, la conducta agresiva del paciente no siempre tiene que ver con la profesionalidad o la capacidad del profesional. Algunos pacientes tienen una capacidad muy limitada para controlar su conducta y es posible ayudarles a aprender formas más racionales de manejar el enfado y la ira.

### **Consideraciones a tener en cuenta cuando se trabaja con pacientes enfadados, hostiles o agresivos**

- Analice cómo maneja usted sus propios sentimientos de ira. Evalúe el uso que hace de la comunicación asertiva y de las técnicas para la resolución de conflictos. Si consigue mejorar su capacidad para manejar los sentimientos de ira, le resultará más fácil ayudar a los pacientes.
- Hable con los compañeros con más experiencia sobre la atención a los pacientes potencialmente agresivos y sobre las situaciones que pueden aparecer.

- No se tome la ira o la agresividad del paciente como algo personal ni como un problema que es consecuencia de su falta de capacidad profesional.

## PUNTOS CLAVE



- Cuando se expresa adecuadamente, la ira puede ser positiva porque ayuda a la persona a resolver los problemas y a tomar decisiones.
- La hostilidad, también llamada agresión verbal, es una conducta cuyo propósito es intimidar o causar daño psicológico a otra persona y que puede desembocar en la agresión física.

## *P*reguntas de razonamiento crítico

1. Numerosos programas residenciales comunitarios no admiten a pacientes con antecedentes recientes de agresión. ¿Es justo para el paciente? ¿Qué factores hay que tener en cuenta al tomar una decisión de este tipo?
  2. Si un paciente agresivo lesiona a otro paciente o a un profesional sanitario, ¿hay que denunciarle por haber cometido un delito? ¿Por qué?
- La agresión física es una conducta cuyo objetivo es causar daño físico, castigar u obligar a otra persona a que haga lo que el agresor desea.
  - La mayoría de los pacientes con un trastorno mental no son agresivos. Quienes padecen esquizofrenia, un trastorno bipolar, demencia, una lesión cerebral o un trastorno antisocial o límite de la personalidad, así como los que están intoxicados por el alcohol u otras drogas, pueden resultar agresivos. El trastorno explosivo intermitente es un trastorno mental muy poco frecuente.
  - El tratamiento de los pacientes agresivos se basa en el tratamiento del trastorno mental que padecen con neurolépticos o estabilizadores del estado de ánimo.
  - La evaluación y la intervención eficaz en el caso de pacientes airados, iracundos u hostiles pueden servir para evitar los episodios de agresividad física.
  - La conducta agresiva es menos común y menos intensa en las unidades de atención a la salud mental que cuentan con un liderazgo fuerte, y en las que las funciones del personal sanitario están claramente establecidas y se planifican con cuidado las actividades individuales y grupales y la interacción entre el personal sanitario y los pacientes.
  - El personal de enfermería debe conocer los signos, los síntomas y las conductas asociados de las fases de desencadenamiento, escalada, crisis, recuperación y poscrisis del ciclo de la agresividad.
  - En la fase de desencadenamiento, la intervención del personal de enfermería consiste en hablar con calma y de forma no amenazadora, transmitir empatía, escuchar, ofrecer al paciente el medicamento adecuado y proponerle trasladarse a un lugar tranquilo.

- En la fase de escalada, la intervención del personal de enfermería consiste en dejar claro al paciente quién tiene el mando, tomar el control de la situación, dar instrucciones con voz tranquila y firme, trasladar al paciente a un lugar tranquilo para que se tome un respiro y se calme, ofrecerle la medicación adecuada y hacer una «demostración de poder».
- En la fase de crisis, el personal con experiencia y entrenamiento puede aplicar las técnicas de aislamiento o de contención física para afrontar con rapidez y seguridad la agresividad del paciente.
- Durante la fase de recuperación, la intervención de enfermería consiste en ayudar al paciente a relajarse y recuperar el autocontrol, y hablar con él de forma racional y tranquila sobre el episodio.
- En la fase de poscrisis se reintegra al paciente a su entorno habitual.
- Los temas importantes para la autoconciencia son: analizar cómo manejamos nuestros propios sentimientos de ira y pensar en cómo reaccionamos ante las conductas de ira de los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Akiskal, H. S. (2005). Mood disorders: Historical introduction and conceptual overview. In B. J. Sadock V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1559–1575). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Choi, Y. J., & Lee, K. J. (2007). Evidence-based nursing: Effects of a structured nursing program for the health promotion of Korean women with Hwa-Byung. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(1), 12–16.
- Dolan, M., & Davies, G. (2006). Psychopathy and institutional outcome in patients with schizophrenia in forensic settings in the UK. *Schizophrenia Research*, 81(2–3), 277–281.
- Flannery, R. J., Jr., Juliano, J., Cronin, S., & Walker, A. P. (2006). Characteristics of assaultive patients: Fifteen-year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). *Psychiatric Quarterly*, 77(3), 239–249.
- Flannery, R. J., Jr., Laudani, L., Levitre, V., & Walker, A. P. (2006). Precipitants of psychiatric patient assaults on staff: Three-year empirical inquiry of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). *International Journal of Emergency Mental Health*, 8(1), 15–22.
- Garlow, S. J., Purselle, D., & D’Orio, B. (2006). Psychiatric emergencies. In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *Essentials of clinical psychopharmacology* (2nd ed., pp. 707–724). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Goedhard, L. E., Stolker, J. J., Heerdink, E. R., et al. (2006). Pharmacotherapy for the treatment of aggressive behavior in general adult psychiatry: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7), 1013–1024.
- Greenberg, H. A. (2005). Impulse-control disorders not elsewhere specified. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 2035–2054). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jacob, R. G., & Pelham, W. E. (2005). Behavior therapy. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 8th ed., pp. 2498–2548). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- JCAHO. (2008). Sentinel event alert: Behaviors that undermine a culture of safety. Retrieved January 5, 2008: <http://www.jointcomission.org>.
- Koh, K. B., Kim, D. K., Kim, S. Y., Park, J. K., & Han, M. (2008). The relation between anger management style, mood and somatic symptoms in anxiety disorders and somatoform disorders. *Psychiatry Research*, 160(3), 372–279.
- Leary, M. R., Twenge, J. M., & Quinlivan, E. (2006). Interpersonal rejection as a determinant of anger and aggression. *Personality and Social Psychology Review*, 10(2), 1111–1132.



- Marder, S. R. (2006). A review of agitation in mental illness: Treatment guidelines and current therapies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(Suppl. 10), 13–21.
- Moitabai, R. (2005). Culture-bound syndromes with psychotic features. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1538–1542). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Muroff, J., Edelsohn, G. A., Joe, S., & Ford, B. C. (2008). The role of race in diagnostic disposition decision making in a pediatric psychiatric emergency service. *General Hospital Psychiatry*, 30(3), 269–276.
- Pryor, J. (2005). What cues do nurses use to predict aggression in people with acquired brain injury? *Journal of Neuroscience Nursing*, 37(2), 117–121.
- Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M., & Casas, M. (2008). Cultural competence training in psychiatry. *European Psychiatry*, 23(Suppl. 1), 49–58.
- Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shapiro, P. A. (2005). Cardiovascular disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 8th ed., pp. 2136–2148). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Siever, L. J. (2008). Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry*, 165(4), 429–442.
- van-Daalen-Smith, C. (2008). Living as a chameleon: Girls, anger, and mental health. *Journal of School Nursing*, 24(3), 116–123.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Bjorkdahl, A., Heilig, M., Palmstierna, T., & Hansebo, G. (2007). Changes in the occurrences of coercive interventions and staff injuries on a psychiatric intensive care unit. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(5), 270–277.
- Brescoli, V. L., & Uhlmann, E. L. (2008). Can an angry woman get ahead? Status conferral, gender, and expression of emotion in the workplace. *Psychological Science*, 19(3), 268–275.
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R. J., et al. (2005) Non-somatic effects of patient aggression on nurses: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3), 283–296.

## Autoevaluación

### PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. ¿Cuál de los siguientes es un ejemplo de comunicación asertiva?
  - a. «Me gustaría que dejaras de fastidiarme».
  - b. «Me enfado si te vas cuando estoy hablando».
  - c. «Nunca me prestas atención cuando te hablo».
  - d. «Haces que me enfade cuando me interrumpes».
2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la ira es cierta?
  - a. Expresar abierta y directamente la ira suele provocar discusiones.
  - b. La ira es el resultado de sentirse frustrado, humillado o con miedo.
  - c. Reprimir la ira es signo de madurez.

- d. Los sentimientos de ira son una respuesta negativa a la situación en la que nos encontramos.
3. ¿Cuál de los siguientes tipos de psicofármacos tienen que utilizarse con precaución en los pacientes potencialmente violentos?
- Neurolépticos.
  - Benzodiazepinas.
  - Estabilizadores del estado de ánimo.
  - Litio.
4. Un paciente deambula por el pasillo con los puños cerrados y el rostro encendido. Grita y profiere palabras malsonantes. ¿En qué fase del ciclo de la agresión se encuentra?
- Ira.
  - Desencadenamiento.
  - Escalada.
  - Crisis.
5. El personal de enfermería observa a un paciente que masculla de forma ininteligible y golpea con el puño en la palma de la otra mano mientras recorre el pasillo de arriba abajo una y otra vez. ¿Cuál de los siguientes principios debe guiar la actuación del personal de enfermería?
- Para evitar que el paciente se sienta amenazado, sólo debe acercarse a él una persona.
  - La probabilidad de que un paciente se muestre físicamente agresivo es menor si puede verbalizar los sentimientos de ira.
  - No sirve de nada hablar con un paciente que delira porque no puede razonar.
  - Los pacientes verbalmente agresivos a menudo se calman solos si el personal no les molesta.

---

## PREGUNTAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE

*Puede elegir más de una respuesta en cada pregunta.*

1. ¿Cuáles de las siguientes conductas se observan durante la fase de recuperación del ciclo de la agresión?
- Sentimientos de ira.
  - Ansiedad.
  - El paciente se disculpa ante el personal de enfermería.
  - La tensión muscular del paciente disminuye.
  - Volumen de voz bajo.
  - Comunicación racional.
2. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones son un ejemplo de conducta inaceptable según

las normas de la JCAHO?

- a. «Según la evaluación que hemos hecho de su rendimiento, tiene usted que disminuir el absentismo laboral».
- b. «No vuelva a llamarme, estoy muy ocupado».
- c. «Si se lo dices a la supervisora, esto no va a quedar así».
- d. «No me merezco que me griten de esa forma».
- e. «No había visto un comportamiento tan idiota desde que estaba en primaria».
- f. «Hoy voy a solicitar que me asignen una tarea diferente».

# 11

## Malos tratos y violencia

### Términos clave

- abandono
- abusos sexuales
- acoso
- ciclo de la violencia
- disociación
- malos tratos
- maltrato a las personas mayores
- maltrato en la infancia
- maltrato físico
- maltrato psicológico
- orden de alejamiento
- proceso de transmisión intergeneracional
- recuerdos reprimidos
- sodomía
- técnicas de reorientación (*grounding*)
- trastorno por estrés agudo
- trastorno por estrés postraumático
- trastornos disociativos
- víctima y superviviente
- violación
- violación por acompañante (por un conocido)
- violencia de género
- violencia doméstica

## Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Explicar las características, los factores de riesgo y la dinámica familiar del abuso y el comportamiento violento.
2. Examinar las incidencias y tendencias de la violencia doméstica, el maltrato infantil y a las personas mayores y la violación.
3. Explicar las diferentes respuestas de los pacientes que han sido víctimas de malos tratos, abusos sexuales y otras experiencias traumáticas, especialmente el trastorno por estrés postraumático y los trastornos disociativos.
4. Aplicar el proceso de enfermería para la atención a los pacientes que han sido víctimas de malos tratos, abusos sexuales, violación y otras experiencias traumáticas.
5. Educar a los pacientes, a las familias y a comunidades para promover la prevención y la intervención precoz en los casos de abuso y violencia.
6. Evaluar sus propias experiencias, sentimientos, actitudes y creencias sobre las conductas violentas y el abuso sexual.

**EN ESTADOS UNIDOS, LAS CONDUCTAS VIOLENTAS** y sus consecuencias son un problema de salud pública y una de las prioridades del Gobierno, lo que no es de extrañar si tenemos en cuenta que cada año se producen más de 2 millones de actos violentos. Las cifras más alarmantes son las de violencia doméstica, **malos tratos**, agresiones y abusos sexuales, así como el trato alienante o cruel a las personas. Las estadísticas indican que la mayoría de estos actos violentos son perpetrados por una persona a la que la víctima conoce. Las víctimas de los malos tratos y de abusos sexuales en el entorno familiar son de todas las edades, y pueden ser la pareja, los hijos o los padres ya mayores.

Este capítulo trata de la violencia doméstica (violencia de género, malos tratos, abusos sexuales y abandono de los hijos, y de las personas mayores), así como de las agresiones sexuales, incluida la violación. Puesto que muchas de las víctimas de estas formas de violencia sufren traumas psicológicos durante un período muy prolongado o de por vida, en este capítulo se incluye una referencia extensa a los trastornos mentales asociados con estos problemas: el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y los trastornos disociativos. Otros trastornos mentales relacionados a largo plazo con la violencia doméstica y las agresiones sexuales son las toxicomanías y las drogodependencias (trastornos relacionados con sustancias) (v. [cap. 17](#)) y la depresión (v. [cap. 15](#)).

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.

## CUADRO CLÍNICO DE LOS MALOS TRATOS Y DE LA VIOLENCIA

Las víctimas de malos tratos y violencia pueden presentar lesiones que requieren tratamiento médico, pero también sufren «heridas» psicológicas y un espectro muy amplio de respuestas al trauma psicológico recibido. Algunos pacientes están claramente agitados o visiblemente alterados; otros se muestran retraídos, distantes, emocionalmente

entumecidos y ajenos a todo lo que ocurre a su alrededor. En muchos casos, la violencia doméstica permanece oculta durante meses, incluso años, porque la víctima tiene miedo de denunciar al agresor, en cuyo caso es posible que suprima la ira y el resentimiento y no le cuente a nadie lo que está pasando. Éste es el caso especialmente de las personas que han sufrido abusos sexuales durante la infancia.

Las víctimas de malos tratos o de abusos sexuales a menudo sufren silenciosamente y se sienten culpables o avergonzados. Sobre todo los niños llegan a pensar que han hecho algo malo o que ha provocado al agresor, por lo que puede ser que piensen que se merecen las agresiones que sufren. Es muy probable que estos niños no estén escolarizados o falten al colegio con mucha frecuencia, y que sufran problemas psicológicos durante la adolescencia y la vida adulta. Cuando son adultos, suelen sentirse culpables o avergonzados de no haber hecho nada por intentar poner fin a la situación de malos tratos o abusos sexuales. Las víctimas se sienten degradadas, humilladas y deshumanizadas. Su autoestima es extremadamente baja y se consideran indignas de ser amadas. Creen que no pueden ser aceptados por los demás, que están sucios y que su vida ha quedado definitivamente arruinada. Abundan la depresión, las conductas suicidas y las dificultades sexuales y en la vida de pareja ([Child Welfare Information Gateway, 2008](#)).

Las víctimas y supervivientes de malos tratos, abusos sexuales y agresiones sexuales pueden tener problemas relacionales. Puede resultarles difícil confiar en las personas, sobre todo en las figuras de autoridad. En las relaciones interpersonales, las respuestas emocionales de las víctimas pueden ser erráticas, imprevisibles e intensas. Las relaciones íntimas pueden desencadenar reacciones emocionales muy intensas, como crisis de angustia, ansiedad, miedo y terror. Incluso en los casos en los que la víctima desea la cercanía de otra persona, puede percibir esta cercanía como invasiva y amenazadora.

El personal de enfermería debe ser especialmente sensible a la necesidad que tienen las víctimas de sentirse seguras y protegidas y tener el control sobre su cuerpo. Los profesionales deben hacer todo lo posible por respetar el espacio personal del paciente y evaluar su nivel de ansiedad, y si por cualquier razón tienen que tocarlo, hay que pedirle permiso antes. Puesto que los profesionales al principio tal vez no conozcan los antecedentes de la víctima, cuando se empieza a trabajar con un paciente es conveniente partir del supuesto de que ha podido sufrir o puede estar sufriendo malos tratos, abusos o agresiones sexuales, incluso aunque el paciente no diga nada durante las primeras entrevistas con el profesional.

## **CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS VIOLENTAS**

El concepto de **violencia doméstica** se refiere a los malos tratos físicos o psicológicos, abusos y agresiones sexuales, y el abandono del que son víctimas el cónyuge o la pareja, los hijos o las personas mayores que viven en la familia. En muchos casos, los miembros de la familia toleran abusos y comportamientos violentos que de ningún modo aceptarían si los autores fueran personas ajenas a la familia. En las familias violentas, el hogar, que generalmente es un refugio seguro en el que se puede disfrutar de la tranquilidad y del



amor de los demás, se convierte para la víctima en el más peligroso de los lugares.



### **Violencia doméstica.**

Los estudios han identificado algunas características comunes a las familias violentas con independencia del tipo de violencia doméstica que tenga lugar en cada una ([cuadro 11-1](#)). A continuación se exponen con detalle estas características.

#### **Aislamiento social**

Una de las características de las familias violentas es el aislamiento social. Sus miembros se relacionan casi sólo entre ellos y no suelen invitar a nadie. Tampoco hablan con los demás sobre lo que ocurre en la familia. En muchos casos, el agresor amenaza a la víctima con hacerle aún más daño si se atreve a contar o revelar el secreto a alguien que no pertenezca a la familia. A veces, el agresor dice a sus hijos pequeños que si le cuentan a alguien lo que está pasando, el padre o la madre, uno de los hermanos o el animal de compañía pueden morir. Los niños guardan el secreto por miedo a las consecuencias. Así, el agresor puede dedicarse a lo suyo sin que ningún extraño «interfiera» en sus asuntos privados de familia.

#### **Abuso de poder y control**

El agresor que perpetra la violencia doméstica casi siempre tiene una posición de poder y

de control sobre la víctima (generalmente, el cónyuge o pareja, los hijos o los padres ya ancianos). El agresor no sólo tiene el poder físico, sino también el poder económico y el control social. Es el único miembro de la familia que toma las decisiones, gasta el dinero de todos y pasa parte del día fuera de casa relacionándose con personas ajenas a la familia. El agresor ridiculiza y humilla a la víctima y le echa la culpa de todo, y a menudo utiliza las amenazas y el chantaje emocional. Si el agresor percibe cualquier indicación real o imaginaria de que la víctima está intentando independizarse o desobedecer, generalmente se produce una escalada de la violencia. En el 22 % de los casos de violencia contra la pareja sin resultado de muerte el agresor es el marido o la pareja de sexo masculino, en comparación con sólo el 3 % de los casos en los que la víctima es el hombre. La violencia de género (violencia doméstica contra el cónyuge o la pareja de sexo femenino) es responsable de una tercera parte de los homicidios en los que la víctima es una mujer, mientras que sólo el 3 % de los homicidios en los que la víctima es un hombre son cometidos por la esposa o pareja de sexo femenino ([Bureau of Justice Statistics, 2007](#)).

### Cuadro 11-1. Características de las familias violentas

Aislamiento social.  
Abuso de poder y control.  
Abuso de alcohol y otras drogas.  
Proceso de transmisión intergeneracional.

#### Abuso de alcohol y otras drogas

Las toxicomanías, especialmente el alcoholismo, están asociadas con la violencia doméstica. Esto no quiere decir que exista una relación causa-efecto. El alcohol no hace que una persona sea violenta. Más bien lo que ocurre es que la probabilidad de que una persona violenta beba o consuma otras drogas es muy elevada. Dos tercios de las víctimas de la violencia de género informan de que el alcohol estaba relacionado con los episodios de violencia. Las mujeres cuyos maridos o parejas de sexo masculino beben mucho tienen un riesgo 3,6 veces mayor que otras mujeres de ser agredidas por el hombre con el que viven ([Marin Institute, 2008](#)). Aunque tal vez el alcohol no sea la causa de este tipo de violencia, numerosos investigadores consideran que al ingerirlo disminuyen las inhibiciones, lo que, a su vez, hace que la conducta violenta sea más intensa y frecuente.

El alcohol también se cita como factor de riesgo de la denominada violación por un conocido. De acuerdo con los datos facilitados por el [Marin Institute \(2008\)](#), el 40 % de los hombres condenados por violación o agresión sexual refieren haber ingerido alcohol en el momento de cometer el acto delictivo. Además, en Estados Unidos está aumentando el uso ilegal de un fármaco (flunitrazepam) para controlar a la víctima en las violaciones por acompañante ([van der Kolk, 2005](#)).

## Proceso de transmisión intergeneracional

El proceso de **transmisión intergeneracional** muestra que los patrones de la violencia doméstica pasan de una generación a otra mediante dos mecanismos: el modelado del rol y el aprendizaje social (van der Kolk, 2005). La transmisión intergeneracional indica que la violencia doméstica es un patrón de comportamiento aprendido. Por ejemplo, los niños que han sido testigos de la violencia entre sus padres aprenden que la violencia es un medio para resolver los conflictos y algo que forma parte de las relaciones de intimidad. Las estadísticas demuestran que es muy probable que una tercera parte de los hombres maltratadores procedan de hogares en los que fueron testigos del maltrato de la madre por el padre o en el que ellos mismos fueron maltratados cuando eran pequeños. La probabilidad de que una mujer tolere o vea como algo normal la violencia en sus relaciones con los hombres es un 50 % más elevada si ha crecido en una familia violenta. Sin embargo, no todas las personas expuestas a la violencia doméstica se convierten en adultos maltratadores. Por tanto, el proceso de transmisión intergeneracional por sí mismo no explica la perpetuación de los comportamientos violentos en la familia.

## ASPECTOS CULTURALES

Si bien la violencia doméstica afecta a todas las procedencias y grupos étnicos, edades, culturas, países, orientaciones sexuales, religiones, niveles educativos y clases sociales, las mujeres inmigrantes presentan un riesgo especialmente elevado. Este grupo se enfrenta a problemas legales, sociales y económicos que son diferentes a los del resto de los ciudadanos de Estados Unidos que sufren malos tratos y al de los ciudadanos de procedencias o grupos étnicos o culturas minoritarias que no sufren malos tratos:

- La mujer víctima de malos tratos puede proceder de una cultura en la que se acepta la violencia doméstica.
- Puede creer que tiene menos derechos para el acceso a los servicios legales y sociales que el resto de los ciudadanos.
- Si no es ciudadana del país o no tiene en regla los permisos de trabajo y residencia, puede que sea obligada a abandonar el país si intenta separarse legalmente de su marido o lo denuncia por malos tratos.
- Puede estar socialmente aislada debido a una dinámica cultural que no la permite dejar a su marido, y, desde el punto de vista económico, puede que sea incapaz de obtener los recursos necesarios para subsistir, trabajar, estudiar o hacer vida social para conocer a personas que podrían ayudarla.
- La barrera del idioma puede interferir en su capacidad de llamar al número de teléfono del servicio de atención a mujeres maltratadas, de conocer cuáles son sus derechos y posibilidades legales para defenderse de su marido o pareja y de beneficiarse de los servicios sociales (alimentos, ropa, alojamiento y ayuda económica y legal).

En algunos casos, es posible que el profesional deba recurrir a los servicios de un

intérprete en el que la víctima tenga plena confianza, derivar a la paciente a un abogado y ayudarla a contactar con el departamento de inmigración para que resuelva sus problemas de trabajo, estudios y residencia.

## VIOLENCIA EN LA PAREJA

La **violencia en la pareja**, denominada también violencia de género cuando la víctima es el miembro femenino de la pareja, consiste en abusar, humillar, vejar, pegar, controlar con castigos o amenazas o agredir sexualmente al cónyuge o pareja. Puede tratarse de una relación entre marido y mujer, dos personas que viven juntas sin estar casadas, novios que no viven juntos o dos personas que se han separado o divorciado o han dejado de vivir juntas. Los malos tratos pueden ser físicos o psicológicos, y puede haber también violencia sexual (agresiones y violaciones), pero lo más habitual es una combinación de malos tratos físicos y psicológicos y de agresión sexual. El **maltrato psicológico** consiste en vejar, humillar, ridiculizar, insultar o amenazar a otra persona o gritarle o destruir sus pertenencias. A veces adopta formas más sutiles, como negarse a dirigir la palabra a la víctima o hacer como si no existiera. El **maltrato físico** oscila desde agarrar con fuerza o empujar a la víctima, hasta golpearla o intentar estrangularla, y puede provocar lesiones graves, como rotura de miembros o costillas, hemorragias internas y daño cerebral (el agresor puede llegar a cometer homicidio). Las agresiones sexuales consisten en la violación y en agresiones sexuales de menos importancia no consentidas que tienen lugar durante las relaciones íntimas, como mordiscos en los pezones, tirones de pelo, bofetadas y cachetes en las nalgas (v. más adelante).

Entre el 90 % y el 95 % de las víctimas de la violencia en la pareja son mujeres, y se calcula que en Estados Unidos 1 de cada 3 mujeres ha sido golpeada por su marido, novio o pareja al menos una vez. Cada año, 5,3 millones de mujeres en Estados Unidos sufren una agresión grave del hombre con el que mantienen una relación íntima. El 8 % de los homicidios están relacionados con la violencia de género y 3 de cada 10 mujeres víctimas de un homicidio mueren a manos de su marido, ex marido, novio, ex novio, pareja o ex pareja. De todos los homicidios cometidos en el contexto de la violencia de género, en el 25 % la víctima es un hombre y en el 75 % una mujer ([Centers for Disease Control and Prevention \[CDC\], 2008](#)).



### CASO CLÍNICO: VIOLENCIA DE GÉNERO

**Darlene se sienta en** el cuarto de baño e intenta tranquilizarse. Se aplica un paño con hielo en la cara. Se mira en el espejo y ve que tiene una zona muy amplia enrojecida e hinchada que se extiende por el ojo y la mejilla. Su marido, Frank, acaba de darle un golpe en la cara. Lleva casada sólo 6 meses, y ésta es la segunda vez que Frank se enfada y la golpea antes de irse a la calle dando un portazo. La vez anterior, Frank se sintió tan mal por haberle pegado que le compró un ramo de flores y la llevó a cenar para disculparse. Le dijo que la quería y que sentía mucho lo que había ocurrido. Según Frank, el origen del

enfado estuvo en una discusión que había tenido en el trabajo con su jefe porque Frank le había pedido que le subiese el sueldo. Al salir del trabajo, había estado tomando unas copas antes de volver a casa. Le prometió a Darlene que nunca más se iría a beber solo. Durante varias semanas, Frank no probó el alcohol, y la relación de pareja fue muy buena, mejor de lo que nunca había sido desde la boda. Darlene estaba convencida de que su marido la amaba de verdad, y pensaba que tenía que esforzarse más para hacerle feliz. No obstante, durante las dos últimas semanas, Frank se había mostrado cada vez más silencioso y huraño. Decía que no le gustaba lo que había para cenar y que quería ir a cenar fuera, a pesar de que en ese momento la pareja andaba muy mal de dinero y no sabían de dónde iban a sacar el dinero para pagar los gastos que habían hecho con las tarjetas de crédito. Frank empezó a beber de nuevo. Una noche, estuvo varias horas bebiendo en casa, y con grandes gritos le dijo a Darlene que ella era la culpable de los problemas económicos que atravesaba la pareja. Darlene intentó que hablasen con tranquilidad, pero él la golpeó, se cayó y se dio con la mesa. Estaba aterrorizada, pero ¿qué podía hacer? No podía irse de casa, no tenía dinero y no podía vivir sólo con lo que ganaba en su trabajo. ¿Debía irse a casa de sus padres? No podía decirles lo que había pasado, porque sus padres siempre se habían opuesto a que se casara con Frank. Seguramente le dirían: «ya te dijimos que no te casaras con él. No nos hiciste caso y ahora tendrás que pagar las consecuencias». Le daba mucha vergüenza decírselo a sus amigos. En realidad la mayoría eran amigos de él y nunca habían visto el lado violento de Frank. Probablemente no iban a creerla. ¿Qué podía hacer? Le dolía cada vez más la cabeza y el hematoma de la cara. «Mañana hablaré con Frank cuando se le haya pasado la borrachera y le diré que debe buscar la ayuda de un profesional para dejar de beber. Cuando está sobrio, es una persona razonable. Estoy segura de que va a darse cuenta de que el alcohol está poniendo en peligro nuestro matrimonio», pensó Darlene.

Se calcula que 324 000 mujeres son víctimas de la violencia de género mientras están embarazadas. Los malos tratos físicos durante el embarazo provocan desenlaces adversos de la gestación, como abortos espontáneos y mortinatos, además de otros problemas físicos y psicológicos para la embarazada. La violencia de género durante el embarazo está fuertemente asociada con la posesividad, los celos y la inseguridad del hombre y la disminución de la disponibilidad sexual, emocional y física de la mujer durante la gestación (Bacchus, Mezey y Bewley, 2006).

En las relaciones homosexuales, la violencia en la pareja ocurre con la misma frecuencia estadística que en las heterosexuales, y afecta a 50 000 mujeres homosexuales y a 500 000 hombres homosexuales cada año. Si bien en el entorno homosexual la situación es un reflejo de lo que ocurre en el heterosexual, las víctimas reciben menos protección. En siete estados la ley está redactada de forma que se excluye del concepto de violencia en la pareja a homosexuales, mientras que en 21 estados, la sodomía (penetración anal) sigue siendo un delito, y por tanto, los homosexuales masculinos víctimas de la violencia en la pareja primero tienen que confesar que están cometiendo un delito para poder demostrar que han sufrido malos tratos. Además, en las parejas homosexuales el maltratador dispone de un arma que no tiene el maltratador heterosexual: la amenaza de revelar a los familiares, amigos, vecinos y empleadores su condición sexual.

### Cuadro clínico

Dado que la violencia en pareja consiste sobre todo en la agresión del marido a la mujer, a partir de ahora nos referiremos a este tipo de violencia, denominada violencia de género en el matrimonio. No obstante, las características de estas relaciones violentas son las

mismas que en las parejas heterosexuales que no están casadas y en las parejas de homosexuales, así como en los casos en los que el maltratador es la mujer y la víctima el marido.

Los maridos maltratadores suelen considerar que su mujer les pertenece, como si se tratase de una propiedad más. A medida que la mujer muestra más independencia (un trabajo fuera de casa o amenazar de dejarle) ellos se vuelven más violentos. El maltratador suele tener un sentimiento muy fuerte de no ser una persona competente, así como una baja autoestima y pocas habilidades para la solución de problemas y las relaciones sociales. Suelen ser emocionalmente inmaduros, muy necesitados de la admiración y el halago de los demás, celosos y posesivos. Pueden incluso sentir celos por la atención que su mujer presta a los hijos de ambos, y maltratar tanto a ella como a sus hijos. Mediante la intimidación y los malos tratos físicos, sienten que tienen el poder sobre ellos; es decir, que son poderosos, algo que no sienten cuando están fuera de casa. Por tanto, la conducta violenta suele actuar como recompensa, ya que sirve al maltratador para reforzar su autoestima.

La dependencia es la característica que se observa con más frecuencia en las mujeres maltratadas que siguen con sus maridos. Estas mujeres suelen citar la dependencia personal y económica como las razones por las que les resulta muy difícil salir de una relación en la que son maltratadas. Con independencia de su inteligencia y habilidades reales, la víctima se percibe a sí misma como una persona incapaz de hacer las cosas sin su marido. Suelen tener baja autoestima y consideran que las mujeres deben ser fieles y leales a su marido y hacer todo lo posible para que el «matrimonio funcione». Algunas mujeres internalizan las críticas a las que las someten sus maridos, razón por la cual consideran equivocadamente que son ellas las culpables de lo que está pasando. Muchas mujeres tienen miedo de que el maltratador las mate si le denuncian, se van de casa o se divorcian. Este temor es lógico, si tenemos en cuenta que las estadísticas indican que el 65 % de las mujeres asesinadas por sus maridos o novios estaban intentando romper la relación o ya la habían roto ([Bureau of Justice Statistics, 2007](#)).





Ciclo de la violencia.

### El ciclo de la violencia de género

El **ciclo de la violencia** de género es otra de las razones que citan las mujeres maltratadas para no dejar a sus maridos. Existe un patrón típico: suele producirse un episodio inicial de violencia seguido de otro en el que el maltratador pide perdón a la víctima, se siente arrepentido y promete que nunca más volverá a hacerlo. Expresa a su mujer el gran amor que siente por ella, y puede incluso tener comportamientos románticos (p. ej., hacerle regalos y comprarle flores). Este período de culpabilidad y remordimientos se denomina a veces «período de luna de miel». La mujer quiere creer en lo que su marido le dice y valora como episodio aislado el incidente violento. Tras este período dulce, empieza una fase de acumulación de tensión, que suele caracterizarse por discusiones, silencios muy prolongados y embarazosos y quejas continuas del marido. La tensión termina en otro período de violencia, a resultas del cual el maltratador vuelve a sentirse culpable y arrepentido y promete que va a cambiar. Este ciclo se repite continuamente, y una y otra vez la víctima cree que la violencia no volverá a repetirse.

Al principio, el período de luna de miel puede durar semanas, incluso meses, lo que hace que la víctima piense que la relación ha mejorado y que su marido ha cambiado. Sin embargo, con el tiempo, los episodios de violencia se hacen cada vez más frecuentes, al tiempo que los períodos de arrepentimiento van desapareciendo, aumenta la gravedad e intensidad de la violencia y las lesiones que sufre la víctima son cada vez más graves. Finalmente, la violencia se convierte en algo habitual (varias veces a la semana, incluso

todos los días).

Aunque este ciclo se observa casi siempre, las cosas no siempre ocurren así. Muchas mujeres que han sobrevivido a la violencia refieren que en su caso sólo había uno o dos elementos del ciclo. Por ejemplo, puede haber episodios de comportamiento violento que no se siguen del período de luna de miel, o puede que no haya ningún período observable de acumulación de la tensión.

## Valoración

Dado que la mayoría de las mujeres maltratadas no busca ayuda de forma directa, el profesional debe colaborar en la identificación de la violencia de género en los diferentes contextos asistenciales. Éste puede encontrar a mujeres maltratadas en los servicios de urgencias, en hospitales y en consultas y ambulatorios, incluso en consultas de pediatría. Algunas víctimas buscan ayuda médica por razones indirectamente relacionadas con los malos tratos o por estar embarazadas. La identificación de las mujeres maltratadas que necesitan ayuda médica y psicológica es uno de los principales retos del Department of Health and Human Services de Estados Unidos. No se espera de los profesionales no especializados que afronten solos este problema tan complicado. Lo mejor es que remitan a las mujeres maltratadas a centros o profesionales especializados en esta área. En todo caso, el profesional puede proporcionar a estas mujeres atención y ayuda. En la [tabla 11-1](#) se presentan las técnicas para trabajar con las víctimas de la violencia de género.

En muchos hospitales, clínicas y ambulatorios, el médico pregunta directamente a las mujeres sobre los malos tratos como parte de la entrevista inicial. Puesto que se trata de un tema muy delicado y que a muchas mujeres les resulta muy embarazoso o temen reconocer que su marido, pareja o novio las maltrata, el profesional debe estar entrenado para formular las preguntas de forma apropiada. En el [cuadro 11-2](#) se presenta un ejemplo de las preguntas que hay que formular. Como regla nemotécnica, se utiliza el acrónimo SAFE (*stress/safety, afraid/abused, friends/family* y *emergency plan*; es decir, estrés/seguridad, miedo/maltratada, amigos/familia y plan de seguridad). Las dos primeras categorías sirven para detectar los malos tratos y, si existen, el personal de enfermería debe formular las preguntas correspondientes a las otras dos categorías. Estas preguntas se harán cuando la mujer esté sola. El profesional puede memorizarlas o leerlas de un documento impreso, lo que se considere más apropiado en cada caso.

## Tratamiento e intervención

En todos los estados la ley permite a la policía detener a los maltratadores, y en más de la mitad de ellos la policía está obligada a detenerlos al menos por algunos tipos de delitos relacionados con la violencia de género. A veces, cuando alguien avisa a la policía y ésta llega a la casa, se permite al maltratador que permanezca allí tras hablar con la policía y haberse tranquilizado. Cuando se le detiene, en muchos casos permanece en comisaría sólo unas cuantas horas, como máximo una noche. Es frecuente que al salir tome represalias contra la víctima, por lo que es normal que muchas mujeres tengan miedo y

preferían no avisar a la policía. En diversos estudios se ha demostrado que la detención del maltratador puede servir para reducir la violencia a corto plazo, pero puede aumentarla a largo plazo.

La víctima puede solicitar una **orden de alejamiento**. Es el juez quien dicta estas órdenes, que prohíben al maltratador acercarse a la víctima o ponerse en contacto con ella. Hay que tener en cuenta que la orden de alejamiento proporciona sólo una protección limitada. El maltratador puede violar la orden y herir gravemente o matar a la víctima antes de que la policía pueda intervenir. Las órdenes de alejamiento son más eficaces para prevenir los actos violentos cuando se combinan con otras intervenciones, como el asesoramiento legal a la víctima, las intervenciones médicas y psicológicas y las casas de acogida (McCloskey et al., 2006). Las mujeres que consiguen salir de una relación violenta tienen más probabilidades de hacerlo eficazmente si son jóvenes, buscan ayuda médica y psicológica, han intentado repetidamente salir de la relación y han conseguido una orden judicial de alejamiento (Koepsell, Kernic y Holt, 2006).

**Tabla 11-1. Qué hay que hacer y qué hay que evitar con las víctimas de la violencia de género**

Lo que hay que evitar	Lo que hay que hacer
Decirle a la víctima lo que tiene que hacer	Crear a la víctima
Mostrar indignación, incredulidad o enfado	Explicarle que en todo momento se respetará la confidencialidad y respetarla efectivamente
Revelar sin su consentimiento la información que ha proporcionado	Escuchar con atención a la víctima, aclarar posibles dudas y expresarle que «siento mucho lo que le ha ocurrido»
Sermonear, moralizar o mostrarle dudas sobre lo que ha relatado	Decirle: «Estoy preocupado por su seguridad»
Intentar minimizar el problema	Decirle: «Tiene derecho a sentirse segura y a que la respeten»
Expresar odio o desprecio hacia el maltratador	Decirle: «Usted no tiene la culpa de lo que ha pasado»
Sugerir que la víctima es culpable o tiene alguna responsabilidad en los malos tratos	Recomendar que se una a un grupo de autoayuda o que haga psicoterapia de apoyo
Aconsejar a la víctima que vaya con el maltratador a hacer psicoterapia de pareja	Explicarle que hay una serie de servicios sociales a los que puede acudir y motivarla para que elabore un plan de seguridad
Aconsejar a la víctima que deje al maltratador	Ofrecerse para ayudarla a contactar con una casa de acogida, con la policía o con cualquier otra institución que preste servicios sociales
Despreocuparse de la víctima y no hacer todo lo posible por ayudarla	Aceptar y respetar las decisiones que tome la víctima
	Aconsejarle que elabore un plan para proteger su seguridad

## Cuadro 11-2. Preguntas SAFE

- **Estrés/Seguridad (stress/safety):** ¿Qué tipo de estrés le provoca la relación con su marido/novio/pareja? ¿Se siente segura en la relación? ¿Cree que tiene motivos para estar preocupada por su seguridad?
- **Miedo/Maltratada (afraid/abused):** ¿Se ha producido en la relación alguna situación en la que haya sentido miedo? ¿Alguna vez su marido/novio/pareja la ha maltratado a usted o a sus hijos? ¿Le ha pegado alguna vez su marido/novio/pareja o le ha amenazado con pegarle? ¿Considera que en su relación hay violencia o que puede haberla? ¿Le ha obligado alguna vez su marido/novio/pareja a tener relaciones sexuales a pesar de que usted le había dicho que no le apetecía? Los matrimonios y las parejas que no están casadas a veces discuten, ¿qué ocurre cuando usted y su marido/novio/pareja no están de acuerdo en algo?
- **Amigos/Familia (friends/family):** ¿Saben sus amigos que su marido/novio/pareja le ha pegado alguna vez? ¿Lo saben sus padres? ¿Y sus hermanos? Si no lo saben, ¿se siente capaz de contárselo? Si se lo cuenta, ¿la ayudarían?

- Plan de seguridad (emergency plan): ¿Dispone de algún lugar seguro al que pueda ir? ¿Dispone de los recursos necesarios para usted y sus hijos? Si se encuentra ahora en peligro, ¿le gustaría que la ayudásemos a encontrar un alojamiento en el que pueda sentirse segura? ¿Le gustaría hablar con un asistente social o un psicólogo para que la ayuden a elaborar un plan de seguridad?

Ashur MLC (1993). Asking about domestic violence: SAFE questions. JAMA, 269(18), 2367. © American Medical Association.

Incluso después de que la víctima ha conseguido salir de la relación violenta, puede seguir teniendo problemas. El **acoso**, es decir, los intentos continuos del maltratador de ponerse en contacto con la víctima, a pesar de que ésta le ha dejado claro que no quiere tener ningún tipo de relación, es un grave problema para la mujer. A veces, éste intenta una y otra vez contactar con los padres de ella, con un amigo común, etc. para que le ayuden a conseguir que la víctima vuelva. El acosador pretende ponerse en contacto con la víctima para demostrarle que la sigue queriendo y expresarle su arrepentimiento por lo sucedido, cuando en realidad la relación ya ha terminado, y en algunos casos, es posible incluso que la relación nunca haya existido. En Estados Unidos, el 25 % de las mujeres y el 10 % de los hombres son víctimas de este tipo de persecución no deseada por alguien que dice estar enamorado y quiere ponerse en contacto con la víctima como sea. Casi 1 de cada 22 adultos, es decir, casi 10 millones de personas, sufren este tipo de acoso en el país, y el 80 % de las víctimas son mujeres (Basile, Swahn, Chen y Saltzman, 2006).

Las casas de acogida para mujeres maltratadas proporcionan temporalmente comida y alojamiento a la mujer y a sus hijos cuando decide irse de casa. Sin embargo, en muchas ciudades éstas superan su capacidad y la lista de espera es muy larga, por lo que la ayuda que prestan es muy limitada. A menudo las mujeres maltratadas que dejan la casa no disponen de recursos económicos propios o son muy limitados, algo que se agrava cuando la víctima no tiene formación o experiencia laboral. Es habitual que las mujeres maltratadas tengan hijos pequeños. Todos estos problemas son difíciles de resolver, y los recursos económicos públicos y privados destinados a este problema son escasos.

Además de las lesiones físicas, las mujeres maltratadas suelen presentar secuelas psicológicas. La psicoterapia individual o de apoyo, la terapia de grupo y los grupos de autoayuda pueden ser de mucha utilidad para que superen el trauma y empiecen a desarrollar nuevas relaciones sanas e igualitarias. Además, los malos tratos pueden provocar un trastorno por estrés postraumático (TEPT) (v. más adelante).



## CASO CLÍNICO: MALTRATO INFANTIL

**Johnny es un niño de 7 años** al que han enviado a la enfermera del colegio porque tiene un hematoma de gran tamaño en la cara. La profesora comenta que Johnny es un chico callado y tímido que no suele jugar con los otros niños durante el recreo. El niño se atascó con las palabras, tartamudeó y no fue capaz



de dar una explicación convincente sobre lo que le había pasado en la cara cuando la profesora le preguntó a primera hora de la mañana al llegar a clase. La enfermera del colegio ya había examinado a Johnny antes porque presentaba hematomas, lesiones e incluso quemaduras en las manos. En una ocasión anterior, la madre de Johnny había dicho que era un niño torpe y patoso que siempre andaba tropezando y cayéndose. Ahora, la madre comenta que su hijo es un «temerario» que siempre anda haciendo cosas raras con la bicicleta o los patines o subiéndose a los árboles o trepando por las tapias. Dice que lo ha intentado todo, pero que no puede con él.

Cuando la enfermera se queda a solas, observa que el niño es reacio a hablar sobre el hematoma de la cara. No establece contacto visual con la enfermera y da una explicación vaga de lo que le ha pasado: «A lo mejor me he chocado con algo». La enfermera sospecha que Johnny está sufriendo malos tratos en casa.

## MALTRATO INFANTIL

El **maltrato infantil** incluye los malos tratos físicos y psicológicos, el abandono (incluida la falta de supervisión para evitar que se hagan daño, no prestarles atención y proporcionarles alimentos, alojamiento, ropa o asistencia médica), la falta de apoyo psicológico para ayudarles en su desarrollo evolutivo, las agresiones sexuales (abusos sexuales), la tortura y la mutilación (Bernet, 2005). En Estados Unidos, cada estado define el maltrato infantil de forma diferente, indica los procedimientos de declaración obligatoria y establece los recursos y servicios para ayudar a los niños víctimas de malos tratos. Aunque hay puntos comunes en la legislación de los 50 estados, también hay diferencias importantes. Por ello, es difícil precisar sobre el tipo, la frecuencia y la gravedad del maltrato infantil en el país.

En 2006, 905 000 niños sufrieron maltrato en Estados Unidos. El 64 % de estos sufrieron abandono; el 16 %, maltrato físico; el 8,8 %, agresiones sexuales; el 6,6 %, maltrato psicológico, y el 2,2 % se vio privado de atención médica. Además, el 15 % sufrió «otros» tipos de maltrato, como abandono, amenazas físicas y drogodependencia congénita. La suma de estos porcentajes excede el 100 % porque algunos de estos niños se clasificaron en más de una categoría. Un total de 15 300 niños murieron a causa del maltrato, de los cuales el 75 % tenía menos de 4 años y el 44 %, menos de 1 año (Childhelp, 2008).

Padres, padrastros, tíos y hermanos mayores y hombres que conviven con la madre suelen ser los agresores de las niñas. En cerca del 75 % de los casos se trata de relaciones incestuosas entre el padre y la hija, mientras que el incesto entre la madre y el hijo es mucho menos frecuente. Se calcula que en Estados Unidos, 15 millones de mujeres han sufrido abusos sexuales de niñas, y que una tercera parte de estas víctimas lo fueron antes de los 9 años. Es difícil obtener datos estadísticos precisos sobre el abuso sexual ya que, por miedo o vergüenza, muchas víctimas guardan silencio durante toda la vida. Además, muchas mujeres no son conscientes de que han sufrido abusos sexuales durante la infancia hasta que son adultas. El riesgo de depresión, intento de suicidio y problemas de pareja es más elevado entre las personas adultas que sufrieron abusos sexuales cuando eran niños. También es más elevado el riesgo de casarse con un alcohólico (Harris, Lieberman y Marans, 2007).

## Tipos de maltrato infantil

Los malos tratos físicos infantiles a menudo tienen su origen en castigos físicos excesivos o injustificables, como pegar al niño porque llora o ha manchado los pañales. En otros casos, se trata de agresiones deliberadas totalmente independientes de la conducta del pequeño. Las agresiones más frecuentes de este tipo son quemaduras, mordiscos, cortes, palizas, y retorcer los miembros y escaldaduras con agua caliente. A menudo la víctima presenta lesiones antiguas (p. ej., cicatrices, fracturas sin tratar, hematomas antiguos mezclados con otros más recientes) que no se justifican por las causas que los padres relatan al médico.

En Estados Unidos, se considera **abuso sexual** cualquier acto de carácter sexual hacia un menor de 18 años por parte de un adulto, como el incesto, la violación y la sodomía, tanto si la realiza el adulto directamente como si se vale de algún objeto, el contacto burogenital, los frotamientos, las caricias lascivas y la exposición de los genitales del adulto. Puede consistir en un solo incidente o en múltiples episodios durante un período prolongado. También se considera abuso sexual la producción, distribución, promoción o venta de material pornográfico con menores de edad y la coerción a los menores para que participen en actos obscenos.

El **abandono** puede ser doloso o culposo. En el primer caso, los padres u otras personas a cargo del niño se desentienden de él sabiendo que causarán daño; en el abandono culposo, en cambio, no hay intención de causar daño. Por abandono, también denominado negligencia, se entiende no tener en cuenta las necesidades físicas, psicológicas, educativas y médicas del menor. Es el tipo de maltrato infantil más frecuente e incluye el abandono, la negativa a buscar atención médica para el niño o posponerla de forma injustificada, la falta de supervisión, la despreocupación imprudente por la seguridad del niño, la desatención a los problemas y necesidades psicológicos del menor relacionados con su desarrollo evolutivo, los malos tratos a la pareja en presencia del niño, permitir al menor que falte a clase de forma injustificada y la falta de escolarización.

El maltrato psicológico consiste en agresiones verbales, como gritos, insultos, vejaciones, humillaciones (p. ej., llamar al niño mediante motes) y sarcasmos. También incluye las discusiones airadas, las peleas y los gritos constantes de los miembros adultos de la familia delante del niño, el estado caótico de la familia y de la casa y la privación de afecto, amor y apoyo emocional. En muchos casos, el maltrato se acompaña de otros tipos de malos tratos (p. ej., maltrato físico o abuso sexual). El alcoholismo, el consumo de drogas o la prostitución de uno o ambos padres, con el consiguiente abandono que esto genera, se considera también maltrato psicológico.

## Cuadro clínico

Los padres que maltratan, desatienden o abusan sexualmente de sus hijos suelen carecer de conocimientos y habilidades parentales o, de tenerlos, son mínimos. En muchos casos, no conocen o no comprenden las necesidades de su hijo, o pueden ser personas iracundas o frustradas debido a problemas psicológicos o económicos. El bajo nivel



educativo y la pobreza contribuyen al maltrato infantil, pero no son suficientes para explicar este fenómeno. Muchos casos de maltrato infantil se producen en familias en las que parece no faltar nada: los padres tienen un nivel educativo elevado y son profesionales de éxito y la familia goza de estabilidad económica.

Los padres que maltratan a sus hijos suelen ser emocionalmente inmaduros, necesitados e incapaces de satisfacer sus propias necesidades básicas, y mucho menos aún las del niño. Como ocurre en la violencia en la pareja, el agresor suele considerar que sus hijos son de su propiedad, y no los valora como personas con derechos y sentimientos propios. En algunos casos, el agresor siente la necesidad de ser padre para sustituir su propia infancia desdichada y llena de conflictos. Necesitan sentir el amor paternofamiliar del que carecieron cuando eran niños, pero estas expectativas nada realistas se ven truncadas cuando aparece la enorme responsabilidad emocional y económica que conlleva la paternidad. Cuando estas expectativas no se cumplen, éste recurre a los mismos métodos que sus padres utilizaban con él.

Esta tendencia de algunos adultos a tratar a sus hijos de la misma forma que sus padres les trataron a ellos perpetúa el ciclo de la violencia doméstica. Por esta razón, los adultos que de niños fueron víctimas del maltrato se convierten ellos mismos en muchos casos en maltratadores de sus hijos (Bernet, 2005).

## Valoración

Como en los demás tipos de violencia doméstica, el primer paso consiste en la detección e identificación precisa de los casos de maltrato infantil. En el [cuadro 11-3](#) se presentan los indicadores de malos tratos, abusos sexuales o abandono. Las quemaduras y escaldaduras pueden tener una forma identificable, como las marcas de cigarrillos o la distribución «en calcetín o guante» característica de las escaldaduras. El padre que lleva al bebé al servicio de urgencias con una fractura de cráneo probablemente dirá al personal sanitario que «se cayó de la cama», incluso en los casos en los que es evidente que el niño es demasiado pequeño para haberse producido una lesión de ese tipo o cuando la fractura es demasiado grave para estar causada por una caída de sólo 50 cm. Los hematomas pueden tener una forma característica fácil de reconocer, como la hebilla de un cinturón, o puede haber marcas de dientes.

Los niños que han sido víctimas de abusos sexuales pueden sufrir infecciones urinarias y presentar hematomas, enrojecimientos o hinchazón de los órganos genitales o desgarros de la vagina, el ano o el recto. Desde el punto de vista psicológico, la respuesta de estos niños varía mucho. En muchos casos, el niño habla o se comporta de una forma que indica que posee más conocimientos sexuales de los que cabría esperar para su edad. Otras veces, se muestra asustado o ansioso, y puede aferrarse a un adulto (p. ej., abrazarse desesperadamente) o bien rechazar completamente a las personas adultas. La clave está en reconocer cuando el comportamiento del pequeño discrepa de lo que cabría esperar para su edad y etapa de desarrollo evolutivo. Las conductas del niño que no tienen una explicación razonable (p. ej., la negativa a comer o el comportamiento agresivo con sus iguales) pueden ser signos indicativos de que el niño está sufriendo

abusos.

No es obligación del personal de enfermería determinar con certeza si el niño ha sido o está siendo víctima de maltrato infantil, pero sí está obligado a notificar los casos en los que esto se sospecha. Para ello hay que realizar una evaluación y documentación exhaustivas y precisas. En los 50 estados de Estados Unidos, la ley contempla la denominada «declaración obligatoria», que obliga a los profesionales de la enfermería a informar de los casos de sospecha de maltrato. El profesional por sí mismo o tras consultar con otros miembros del equipo multidisciplinario de atención sanitaria (p. ej., médicos o asistentes sociales) debe notificar los casos sospechosos a las autoridades competentes. En algunos estados, esta autoridad son los Child Protective Services, los Children and Family Services o el Departamento de Salud. El profesional que realiza la denuncia puede mantenerse en el anonimato si lo desea. Las personas que trabajan en estos organismos están especializadas en la investigación del maltrato infantil. Cuando se entrevista al niño, las preguntas se formulan de forma que no le traumatizan aún más u obstaculicen las acciones legales que podrían iniciarse. El profesional no especializado en psiquiatría y salud mental no entrevistará al niño ni iniciará ningún tipo de investigación por su cuenta, ya que esto puede dañar al pequeño.

### Cuadro 11-3. Signos de maltrato infantil

- Lesiones graves como fracturas, quemaduras y desgarros, sin que haya un traumatismo que pudiera explicarlas.
- Retraso en buscar ayuda médica para las lesiones importantes.
- El niño o el padre dan al personal sanitario una explicación incoherente con la gravedad del cuadro clínico, como en el caso de un bebé con lesiones cerebrales por contragolpe (síndrome del niño maltratado) que los padres justifican diciendo que se ha caído del sofá.
- Incoherencias, inconsistencias o cambios en lo que cuentan el niño o los padres durante la valoración.
- Lesiones inusuales para la edad y la fase del desarrollo evolutivo del niño, como lesiones de fémur en un niño de 2 meses de edad o dislocación del hombro en un niño de 2 años.
- Incidencia elevada de infecciones del aparato urinario, de enrojecimiento, hematomas e hinchazón en los órganos genitales y de desgarros de la vagina, el ano o el recto.
- Indicios de lesiones antiguas de las que los padres no han informado, como cicatrices, fracturas no tratadas y hematomas en proceso de curación que los padres o el cuidador no pueden explicar de forma convincente.

### Tratamiento e intervención

El primer paso en el tratamiento del niño que ha sido o está siendo víctima de maltrato consiste en garantizar su seguridad y bienestar (Bernet, 2005). Para ello, puede que sea necesario sacar al niño de la casa en la que vive con sus padres, lo que también puede resultar traumático. Dado que el riesgo de problemas psicológicos es elevado, está indicada una evaluación psiquiátrica exhaustiva. Es muy importante establecer de inicio una relación de confianza entre el menor y el psicoterapeuta, lo que contribuirá a que el niño pueda afrontar el trauma provocado por el maltrato. Según la gravedad y la duración del maltrato, y la respuesta del niño, la psicoterapia puede estar indicada durante un

período muy prolongado.

Generalmente, en el tratamiento a largo plazo de los niños que han sufrido maltrato intervienen profesionales de diversas disciplinas, como psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales. Los niños muy pequeños se comunican mejor mediante la psicoterapia basada en el juego, en la que pueden dibujar o representar situaciones, sentimientos y emociones a través de muñecos o marionetas, en vez de expresarlos verbalmente. Los servicios sociales determinarán si es conveniente que el niño regrese a la casa de los progenitores. Esta decisión dependerá de hasta qué punto se considera que los padres pueden desempeñar un papel positivo en el proceso terapéutico. La terapia de familia puede estar indicada en los casos en los que es posible reunir a la familia. Los padres pueden necesitar tratamiento psiquiátrico (p. ej., para tratar las toxicomanías o adicciones al alcohol u otras drogas). Si no es posible o conveniente que el niño regrese a su casa, puede estar indicado su ingreso en un centro de acogida a corto o a largo plazo.

### **MALTRATO A PERSONAS MAYORES**

El **maltrato a personas mayores** consiste en malos tratos físicos y psicológicos y el abandono a los ancianos en el seno de la familia o en una residencia o institución similar. También se considera maltrato a los mayores la explotación laboral o económica, la negativa a prestarles una atención médica adecuada, los abusos sexuales y el descuido de sí mismo (autoabandono). Se sabe que las personas mayores de 65 años son maltratadas física o psicológicamente, explotadas económicamente o desatendidas por los cuidadores, y que sólo se denuncia 1 de cada 14 casos ([Muehlbauer y Crane, 2006](#)). Casi el 60 % de los agresores son el marido o la mujer de la víctima, el 20 % los hijos adultos y el 20 % restantes otras personas, como hermanos, nietos y huéspedes o inquilinos.

La mayoría de las víctimas tienen 75 años o más, y entre el 60 y el 65% son mujeres. Hay más probabilidad de que se produzca maltrato cuando el anciano sufre múltiples enfermedades médicas y mentales de carácter crónico o depende de otras personas para comer, para ir al médico y para realizar el resto de actividades de la vida diaria.

Los maltratadores casi siempre son las personas que cuidan al anciano o de las que éste depende de algún modo, y la mayoría de los casos ocurren cuando el marido o la mujer mayor cuida del cónyuge. Este tipo de maltrato en la pareja generalmente se extiende durante años y empieza cuando uno de los miembros de la pareja queda imposibilitado de cuidar de sí mismo debido a la discapacidad producida por un traumatismo, una enfermedad médica o una demencia. Cuando el agresor es uno de los hijos de la víctima, hay el doble de probabilidad de que se trate de un hombre en vez de una mujer. Los trastornos mentales o los problemas con el alcohol u otras drogas pueden agravar el maltrato que sufren las personas mayores ([Goldstein, 2005](#)).



### Maltrato a las personas mayores.

Los ancianos suelen ser reacios a denunciar el maltrato, incluso en los casos en los que pueden hacerlo. Esto se debe a que el maltratador suele ser un miembro de la familia y la víctima quiere protegerlo. Otras veces, la víctima no denuncia al maltratador porque lo necesita para sobrevivir o porque tiene miedo de que lo lleven a una residencia.

En Estados Unidos no existen datos estadísticos sobre los malos tratos a las personas mayores que viven en residencias e instituciones similares. No obstante, en 1978 se aprobó una ley federal que permite al defensor del pueblo visitar las residencias para asegurarse de que se les trata adecuadamente. El informe del defensor del pueblo indica que los malos tratos a las ancianos son frecuentes (Goldstein, 2005).



### CASO CLÍNICO: MALTRATO A PERSONAS MAYORES

Josephine es una anciana que se ha ido a vivir con su hijo, su nuera y sus dos nietos después de la

muerte de su marido. La familia reside en la planta baja de un edificio y Josephine dispone de su propia habitación y cuarto de baño. Las fricciones con la nuera empezaron cuando Josephine intentó ayudar en las tareas de la casa. Luego empezó a hacer comentarios sobre la mala educación y las ropas extravagantes de sus nietos adolescentes. Cuando su nuera está cocinando, Josephine se dedica a añadir especias y condimentos a la comida y hace comentarios sobre lo tarde que sus nietos vuelven a casa, sobre los amigos que tienen y sobre lo mucho que trabaja su hijo. Todo esto resulta molesto, pero soportable, a los demás miembros de la familia.

La nuera empieza a impacientarse y comenta a su marido que ella es la única que «tiene que aguantar todo el santo día a su madre». Un día, cuando Josephine se permite hacer otra crítica sobre uno de los miembros de la familia, la nuera le da un bofetón y le ordena que se vaya a su habitación y que no salga de allí hasta que ella se lo ordene. En ese momento, un amigo de Josephine llama por teléfono y la nuera miente y le dice que está durmiendo.

Josephine pasa la mayor parte del tiempo sola en su habitación. Cada vez está más aislada y deprimida, y come y duerme mal. Teme que la lleven a una residencia para personas mayores si no obedece a su nuera. Su hijo parece estar demasiado ocupado con el trabajo para darse cuenta de lo que está sucediendo en su casa, y Josephine no quiere decirle lo que está pasando porque teme que no la crea o que se ponga de parte de su mujer. Sus amigos han ido dejando de llamar por teléfono y no tiene a nadie a quien contar lo triste que se siente. Pasa la mayor parte del día sola sin tener contacto con nadie.

## Cuadro clínico

La víctima puede presentar hematomas o fracturas. En muchos casos, no lleva las gafas que necesita para ver o el audífono. Puede que el maltratador le niegue la comida, los líquidos o la medicación, o puede obligarle a que pase todo el día sentado en un sillón o acostado en la cama. El maltratador puede usar los recursos económicos de la víctima en su propio beneficio, mientras que la persona mayor no tiene suficientes recursos económicos para comer o pagar los medicamentos. También hay casos en los que el maltratador no permite que el anciano con una enfermedad aguda o crónica reciba atención médica. El autoabandono o descuido de sí mismo, denominado también síndrome de dejadez senil, aparece cuando la discapacidad física, la demencia u otro trastorno mental incapacitan al anciano para cuidar de sí mismo y éste es incapaz de realizar incluso las tareas de cuidado personal más elementales.

## Valoración

Para detectar un caso de maltrato a las personas mayores, es necesario valorar exhaustivamente al anciano y las relaciones que mantiene con las personas que lo cuidan. A menudo es difícil determinar si el estado en el que se encuentra es consecuencia del maltrato o del deterioro asociado con una enfermedad crónica. No obstante, hay varios signos que pueden ser indicativos de que el anciano puede haber sido o está siendo objeto de malos tratos ([cuadro 11-4](#)). Cuando se observa alguno de estos indicadores, hay que realizar una valoración más profunda y detallada. Sin embargo, estos signos por sí mismos no indican que se hayan producido malos tratos o abandono.

El profesional de la enfermería debe sospechar cuando las lesiones ha permanecido escondidas, no han sido tratadas oportunamente o son incompatibles con la explicación proporcionada por el anciano o el cuidador. Estas lesiones pueden ser laceraciones, desgarros, heridas punzantes, contusiones, hematomas o quemaduras. Las quemaduras

pueden haber sido infligidas con un cigarrillo, un ácido o cualquier otra sustancia cáustica, o pueden ser escaldaduras (quemaduras producidas por agua u otros líquidos muy calientes). Asimismo, puede haber quemaduras por fricción en las muñecas o en los tobillos producidas por cuerdas, cadenas o prendas de vestir que se han utilizado para inmovilizar a la víctima. Los signos indicativos de desatención son el olor constante a orina, heces o suciedad, las lesiones cutáneas provocadas por la falta de higiene, las úlceras de decúbito, la presencia de piojos y la ropa inadecuada para la época del año o la talla de la persona. La desnutrición y la deshidratación también son indicadores de desatención cuando no son consecuencia de una enfermedad específica.

Los indicadores de maltrato psicológico son reticencia o miedo a hablar con sinceridad con el personal de enfermería, retracción en las relaciones sociales y tristeza, desesperanza y otros signos indicativos de depresión. La víctima puede estar iracunda o agitada sin razón aparente, o negar algún problema, incluso cuando los hechos indican lo contrario.

Los indicadores de autoabandono (también denominado síndrome de dejadez senil) son la incapacidad para gestionar el dinero (p. ej., el anciano, guarda mucho dinero en casa o lo derrocha, pero no paga las facturas de las cosas más necesarias, como el agua, el gas y la luz), incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria (higiene personal, limpieza de la casa, hacer la compra, preparar la comida), alteraciones del funcionamiento intelectual (confusión, desorientación, respuestas inadecuadas, pérdida de memoria y aislamiento social). Son también indicadores de autoabandono la malnutrición o la deshidratación, las lesiones cutáneas indicativas de mala higiene personal, las úlceras en la piel, el olor a suciedad, a orina o a heces y no acudir a las citas con el médico. El diagnóstico de autoabandono debe realizarse después de valorar que el anciano es incapaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria y de cuidar de sí mismo. No puede hacerse a partir de la creencia de los miembros de la familia de que el anciano no puede gestionar su dinero. Si así fuese, se diagnosticaría autoabandono en una persona sólo por el hecho, por ejemplo, de que dona grandes cantidades de dinero a una institución dedicada a la caridad o invierte en una empresa en contra del parecer de la familia.

Los signos que indican explotación económica del anciano pueden ser la existencia de numerosas facturas impagadas a pesar de que el paciente tiene dinero suficiente, actividad inusual en las cuentas bancarias, cheques firmados por un persona distinta al paciente y cambios recientes en el testamento o en los poderes notariales en casos en los que el anciano no es capaz de tomar estas decisiones. A veces, el paciente carece de bienes que por su situación económica podría permitirse, como un televisor, ropa y otros objetos de uso personal. En algunos casos, el anciano puede informar de que ha perdido objetos valiosos o el contacto con parientes o amigos.

El profesional de enfermería también puede detectar signos de maltrato a partir de lo que hace y dice el cuidador. Por ejemplo, éste puede quejarse de lo difícil que es cuidar al anciano, de la incontinencia fecal o urinaria, de las dificultades para alimentarle o del coste excesivo de los medicamentos. También puede mostrarse enfadado o indiferente



hacia el anciano y dificultar un encuentro a solas entre el profesional y el paciente. La probabilidad de que exista maltrato aumenta cuando el cuidador tiene antecedentes de violencia doméstica o problemas con el alcohol u otras drogas.

Los 50 estados de Estados Unidos, así como los distritos de Columbia, Guam, Puerto Rico y las Islas Vírgenes, disponen de servicios dedicados a la protección de las personas mayores. Estos servicios se dedican a velar por sus derechos y en la mayoría de los estados incluyen también a cualquier persona adulta considerada dependiente o discapacitada que dependa de otras personas para satisfacer sus necesidades básicas. Están amparados por leyes que establecen la forma de determinar, notificar e investigar el maltrato a los ancianos y adultos dependientes, así como los servicios que han de proporcionarse a las víctimas. Sin embargo, la declaración obligatoria de los malos tratos a los ancianos o personas adultas dependientes no existe en todos los estados. El personal de enfermería debe conocer las leyes y normas administrativas vigentes sobre la declaración obligatoria del maltrato en el lugar donde ejerce su profesión. Muchos casos no se declaran. Los organismos públicos encargados de las personas mayores pueden proporcionar al personal sanitario información sobre las normas legales referentes a la declaración obligatoria de los casos de malos tratos a los ancianos.

### **Tratamiento e intervención**

Los malos tratos a las personas mayores pueden ser un proceso lento y gradual. A menudo siguen un curso progresivo conforme el cuidador va viéndose desbordado y las obligaciones de atender al anciano empiezan a superar su capacidad física y emocional. Aliviar el estrés del cuidador y proporcionarle suficientes recursos puede servir para mejorar, incluso prevenir, este tipo de situaciones y, por tanto, preservar la buena relación entre el anciano y el cuidador. Sin embargo, en otros casos el maltrato es claramente deliberado y está pensado para conseguir una ventaja o beneficio personal a costa del anciano, como el acceso a las cuentas bancarias de la víctima. En estos casos, es necesario separar al cuidador de la víctima.

## **Cuadro 11-4. Indicadores de posible maltrato a personas mayores**

### **INDICADORES DE POSIBLES MALOS TRATOS FÍSICOS**

- Presencia frecuente de lesiones injustificadas que se acompañan de la costumbre de buscar ayuda médica en distintos centros sanitarios o poblaciones.
- Reticencia a buscar ayuda médica para el tratamiento de las lesiones o negativa a aceptar que las lesiones existen.
- Desorientación o somnolencia (el anciano está como «atontado») claramente indicativas de que está haciéndose un mal uso de los medicamentos.
- Miedo, nerviosismo o tensión en presencia de un miembro de la familia o del cuidador.

### **INDICADORES DE POSIBLES MALOS TRATOS PSICOSOCIALES**

- Cambios en el estado de ánimo o en la conducta habitual del anciano.
- Aislamiento de sus antiguos amigos y de algunos familiares.
- Pérdida del contacto repentina e inexplicada con las personas ajenas al círculo en el que vive el anciano.

- Sensación de indefensión.
- Miedo o vacilación de hablar sinceramente con el personal.
- Ira o agitación.
- Actitud retraída en las relaciones sociales o depresión.

### **INDICADORES DE POSIBLE EXPLOTACIÓN ECONÓMICA**

- Facturas impagadas.
- Nivel de vida inferior a los recursos económicos del anciano.
- Venta repentina de propiedades o posesiones del anciano.
- Actividad inusual o inapropiada en las cuentas bancarias.
- Cheques que presentan una firma distinta a la del anciano.
- Cambios recientes en el testamento o en los poderes notariales cuando el anciano no es capaz de tomar estas decisiones.
- Pérdida de pertenencias valiosas que el anciano recuerda dónde las guardaba.
- Carencia de bienes como televisores, ropa y otros objetos de uso personal que el anciano puede permitirse.
- Interés inusual del cuidador por los costes de la atención sanitaria que va a recibir el anciano, a pesar de que no va ser el cuidador el que abone los gastos.

### **INDICADORES DE POSIBLE ABANDONO**

- Mala higiene personal.
- El anciano no dispone de los medicamentos o los tratamientos que necesita.
- Olor a orina, heces o suciedad o presencia de otros factores de riesgo en el entorno en el que vive el anciano.
- Lesiones cutáneas por falta de higiene, úlceras de decúbito o piojos.
- Enfermedades médicas sin tratar, desnutrición o deshidratación sin relación con una enfermedad específica.
- Objetos de uso personal inadecuados, por ejemplo ropa, sábanas, mantas, mobiliario y televisión.

### **INDICADORES DE POSIBLE AUTOABANDONO (SÍNDROME DE DEJADEZ SENIL)**

- Incapacidad para manejar el dinero (p. ej., el anciano acumula mucho dinero en casa, lo despilfarra o lo regala sin ninguna razón, pero no paga el alquiler o las facturas del agua, la luz, etc.).
- Incapacidad para cumplir las actividades de la vida diaria (higiene personal, hacer la compra, hacer las labores domésticas, etc.).
- Vagabundeo, negativa a recibir asistencia médica, aislamiento social, consumo excesivo de alcohol u otras drogas.
- No acudir a las citas con el médico.
- Confusión, pérdida de memoria o falta de respuesta a estímulos.
- Ausencia de un cuarto de baño adecuado o vivienda en un edificio o zona de la ciudad infestado de ratas, insectos u otros animales.

### **INDICADORES PROCEDENTES DE LA OBSERVACIÓN DEL CUIDADOR**

- No deja hablar al anciano delante del personal sanitario, no le permite que tenga visitas o hable con otras personas sin que el cuidador esté presente.
- Actitud de enfado, odio o indiferencia hacia el anciano.
- Acusa o insulta al anciano por sus enfermedades o limitaciones.
- Se pone a la defensiva.
- Aporta información contradictoria sobre las capacidades, limitaciones y problemas del anciano.
- Tiene antecedentes de haber infligido malos tratos o problemas con el alcohol u otras drogas.

## VIOLACIÓN Y AGRESIONES SEXUALES

La **violación** es un delito en el cual el delincuente inflige dolor y humillación a la víctima vulnerando su libertad sexual. Legalmente se define como la realización del acto sexual con penetración con una mujer en contra de su voluntad y sin su consentimiento, ya sea ejerciendo la fuerza, amenazándola, drogándola o intoxicándola mediante cualquier otro medio. También se consideran violación las relaciones sexuales con penetración con una mujer incapaz de tomar decisiones debido a retraso mental, demencia o cualquier otro trastorno mental, así como las relaciones sexuales con penetración con una menor de edad (la edad de inicio permitido para decidir mantener relaciones sexuales varía entre países; en Estados Unidos es de entre 14 y 18 años, según el estado; [van der Kolk, 2005](#)). El delito de violación sólo requiere que se haya producido una penetración superficial en la vulva; no es necesario que el agresor haya tenido una erección completa ni que eyacule. En la legislación estadounidense, la felación forzada y la penetración anal sin consentimiento, aunque suelen acompañar a la violación, no se consideran un delito de violación, sino de sodomía. A menudo la víctima de violación es golpeada y puede terminar con lesiones físicas importantes.

La violación puede ocurrir entre extraños, entre conocidos, entre marido y mujer y entre personas del mismo sexo, si bien en siete estados se excluye de la definición de violencia en la pareja a las personas del mismo sexo. Casi dos terceras partes de las violaciones son cometidas por un conocido de la víctima ([RAINN, 2009](#)). Dentro de las violaciones por un conocido se observa el fenómeno denominado «**violación por acompañante**», que puede ocurrir en una primera cita, cuando se conduce a casa a una mujer que se ha conocido en una fiesta o cuando dos personas llevan un tiempo saliendo juntas o se conocen desde hace tiempo. Este tipo de violación es más prevalente en los ambientes universitarios. La tasa de lesiones graves de las víctimas de una violación por acompañante aumenta conforme se incrementa el consumo de alcohol tanto de la víctima como del violador.



### CASO CLÍNICO: VIOLACIÓN

**Cynthia es una estudiante universitaria de 22 años.** Un sábado por la tarde estuvo con un grupo de amigos viendo jugar al equipo de fútbol americano de su universidad. Después del partido, estuvieron en algunas fiestas que organizaban los estudiantes para celebrar el triunfo del equipo. En estas fiestas el alcohol estaba disponible sin límite. En una de estas fiestas, Cynthia se separó un momento de sus amigos y se puso a hablar con Ron, un chico al que había visto antes en un curso de literatura inglesa. Pasaron la tarde juntos charlando, bebiendo y bailando. Cynthia había bebido más de lo habitual porque Ron le llenaba el vaso cada vez que se le quedaba vacío. Cuando la chica dijo que quería irse a casa, Ron se ofreció a llevarla en el coche. Los amigos de Cynthia querían quedarse más tiempo en la fiesta.

Cuando Ron y Cynthia llegaron al apartamento de la chica, los compañeros de piso de ella aún no habían vuelto, así que Cynthia invitó a Ron a entrar. La chica se sentía un poco achispada y se pusieron a besarse. Cynthia se dio cuenta de que Ron estaba muy excitado. El chico empezó a intentar quitarle la

falda, pero ella le dijo que no quería e intentó separarse de él. Ron le preguntó si era una estrecha o una mojugata. Cynthia le dijo que se lo había pasado muy bien, pero que no quería ir más lejos, a lo que Ron respondió que ella había estado toda la noche coqueteando con él y que ahora tenía tantas ganas de «hacerlo» como él, por lo que no le iba servir de nada hacerse «la estrecha». Ron se tumbó con violencia sobre Cynthia, le apretó el cuello y la violó.

Cuando los compañeros de apartamentos volvieron, aproximadamente una hora después, Cynthia estaba acurrucada en un rincón de su habitación, aturdida y llorando sin consuelo. Se sentía mareada y confusa. Se preguntaba si había hecho algo que no debería haber hecho. No paraba de pensar que todo hubiese sido muy diferente si no hubiese bebido tanto en la fiesta. No sabía qué hacer ni qué pensar.

El delito de **violación** se denuncia en muy pocas ocasiones. Sólo se denuncia una de cada 4-10 violaciones, lo que se atribuye a los sentimientos de la víctima: miedo, vergüenza y culpabilidad, y a la sensación que tienen las mujeres de que no sirve de nada denunciar porque el sistema judicial no suele hacer gran cosa en estos casos. La víctima puede tener cualquier edad. Así, se han informado casos entre los 15 meses y los 82 años. La incidencia más elevada se da entre los 16 y 24 años. En un 61 % de los casos de violación denunciados, la víctima tiene menos de 18 años ([van der Kolk, 2005](#)).

La mayoría de las violaciones ocurren en la zona en la que vive la víctima, muchas veces cerca o en el interior de su casa y la mayoría son premeditadas. Los extraños violan en un 43 % de los casos, los maridos, novios y parejas en un 19 %, y los parientes de la víctima distintos al marido, en un 38 %. Sólo un 10 % de las violaciones terminan en embarazo ([van der Kolk, 2005](#)).

Las violaciones con un hombre como víctima apenas se denuncian. Puede ocurrir en las parejas homosexuales, pero en muchos casos el violador es un extraño. No obstante, se dan en su mayoría en instituciones como prisiones y hospitales penitenciarios. Se calcula que entre el 2 % y el 5 % de los hombres reclusos han sido agredidos sexualmente al menos una vez, pero la cifra puede ser mucho mayor. Es un tipo de violación especialmente violenta, pero la dinámica de la dominación y del control es la misma que en la violación heterosexual.

### **Dinámica de la violación**

Los violadores suelen tener entre 25 y 44 años. El 51 % son caucásicos y tienden a elegir una víctima caucásica y el 47 %, afroamericanos, y tienden a elegir a una víctima afroamericana; un 2 % tiene otros orígenes. El alcohol está implicado en el 34 % de los casos. A menudo la violación se acompaña de otro delito. Casi el 75 % de los violadores detenidos por la policía tienen antecedentes penales por otros delitos, como agresión sexual, violación, robo y homicidio ([van der Kolk, 2005](#)).

Investigaciones recientes permiten clasificar a los violadores de sexo masculino en cuatro categorías ([van der Kolk, 2005](#)):

- Sádicos sexuales, que se excitan con el dolor de la víctima.
- Explotadores-depredadores, que utilizan a la víctima para obtener gratificación sexual.
- Hombres que se sienten incapaces de conseguir que una mujer acepte voluntariamente

tener relaciones con ellos y que están obsesionados con fantasías sexuales.

- Hombres en los que la violación es una expresión desplazada de la ira y la rabia.

La teoría feminista explica que, durante la historia, las mujeres han sido objeto de la agresión masculina, refiriéndose a la época en la que las mujeres (y los niños) eran legalmente propiedad del hombre. En 1982 se dictó por primera vez una sentencia condenatoria contra un hombre casado por violación de su esposa. Esta sentencia es histórica porque terminó con la idea de que la mujer no tenía derecho a negarse a las relaciones sexuales dentro del matrimonio.

Para una mujer, la violación a menudo supone verse implicada en una situación que pone en peligro su vida. En estas circunstancias, el objetivo principal de la víctima es lograr salir con vida. A veces, los intentos de resistirse y de hacer frente al violador son eficaces, pero en otros casos sólo sirven para que la víctima sufra lesiones más graves e incluso para que pierda la vida. El grado de indefensión es mucho mayor cuando el violador tiene un arma, como una pistola o una navaja. Además de la penetración forzada, los violadores más violentos pueden llegar a orinar o defecar sobre la víctima o a introducirle objetos en la vagina y el recto.

El traumatismo físico y el trauma psicológico de las víctimas de una violación pueden ser muy graves. Los problemas médicos más frecuentes son lesiones, enfermedades de transmisión sexual, embarazo y secuelas de tipo médico. En un estudio transversal se observó que las mujeres violadas que habían requerido asistencia médica se consideraban a sí mismas personas con mala salud, y además iban al médico con el doble de frecuencia y generaban el doble de gasto sanitario que las mujeres que no habían sido violadas. Asimismo, se observó que el grado de violencia empleado durante la violación era un predictor muy fiable de la víctima de los servicios sanitarios. Muchas víctimas sienten miedo, impotencia, conmoción e incredulidad, culpabilidad, humillación y vergüenza. Además, pueden presentar conductas evitativas, como no pasar nunca por el lugar en el que tuvo lugar la violación o evitar las circunstancias en las que se produjo, lo que las obliga a renunciar a numerosas actividades anteriormente placenteras. La depresión, la ansiedad, el TEPT, las disfunciones sexuales, el insomnio, los trastornos amnésicos y la ideación suicida también son frecuentes (RAINN, 2009).

### Cuadro 11-5. Principales mitos sobre la violación

- La violación tiene que ver con las relaciones sexuales.
- Cuando a una mujer la violan es porque en realidad lo quiere.
- Las mujeres que visten provocativamente están pidiendo a gritos que las violen.
- A algunas mujeres les gusta el sexo salvaje y luego dicen que las han violado.
- Cuando un hombre se siente excitado por una mujer, ya no puede parar.
- Andar sola por la noche es una invitación a que te violen.
- La violación no es posible entre dos persona que están casadas.
- A algunas mujeres las excita que las violen.
- La violación se produce sólo entre personas heterosexuales.

- Si la mujer ha tenido un orgasmo, no ha habido violación.
- El violador suele ser un extraño.
- La violación tiene que ver con la pasión.
- La violación ocurre de forma espontánea.

Hasta hace poco, no se tenían en cuenta ni se respetaban los derechos de las personas violadas. Por ejemplo, cuando la víctima denunciaba la violación en una comisaría podía encontrarse con que los policías de sexo masculino no la creían o dudaban de su versión de los hechos; podían incluso ser sometidas a todo tipo de preguntas embarazosas. Por su parte, los jueces no prestaban la debida atención a los derechos de la víctima; por ejemplo, admitían como prueba la conducta y los hábitos sexuales de ésta, pero no se tenían en cuenta los antecedentes delictivos del violador. Por fortuna, desde mediados de la década de 1980 todos los estados han ido aprobando leyes para poner fin a esta situación.

Si bien el tratamiento de las víctimas y la persecución policial y judicial de los violadores han mejorado considerablemente en las dos últimas décadas, todavía hay muchas personas que creen que la víctima provoca al violador con su forma de vestir o su comportamiento, por lo que es en parte responsable de la violación. En el [cuadro 11-5](#) se presentan los mitos e ideas erróneas más frecuentes sobre la violación.

### **Valoración**

Para preservar las pruebas judiciales, la exploración física se realizará antes de que la víctima se ha haya duchado, cepillado los dientes y el pelo, lavado la vulva, la vagina y el recto y cambiado la ropa. Tampoco debe beber nada antes de la exploración. A veces, esto no es posible porque la víctima ya ha hecho algunas de estas cosas antes de acudir al médico. Si la mujer informa de que no ha habido sexo oral, puede enjuagarse la boca con un colutorio y beber líquidos inmediatamente.

Para evaluar el estado físico de la víctima, el profesional de enfermería le pedirá que le explique lo que ha pasado. Si la mujer no puede hacerlo, el profesional le hará preguntas con suavidad y cuidado. La mayoría de los servicios de urgencia de los centros sanitarios disponen de instrumental y de protocolos específicos para los casos de violación que permiten recoger las pruebas necesarias para el juicio. El médico es el profesional responsable de esta fase de la valoración.

### **Tratamiento e intervención**

Las víctimas se desenvuelven mejor cuando reciben atención inmediata y pueden expresar el miedo y la rabia a la familia, los médicos, los profesionales de la enfermería, la policía y los jueces, siempre y cuando se las escuche con atención y no se ponga en duda la veracidad de lo que cuentan. La educación y formación sobre la violación y las necesidades de las víctimas es una obligación permanente de los profesionales, de la policía, de los jueces y de la sociedad en su conjunto.

En el [cuadro 11-6](#) figuran los signos de que una relación puede degenerar en violencia física. Esta lista se utiliza en la [State University of Buffalo \(2008\)](#) para informar a los



alumnos sobre el peligro de violación por un conocido y a las alumnas de las características de los hombres con riesgo de cometer actos violentos cuando tienen una cita con una mujer. Algunos ejemplos son: hacer comentarios negativos sobre las mujeres, actuar con dureza o decir groserías, consumir alcohol en exceso, mostrarse celoso, ridiculizar a la mujer con la que ha quedado, hacer comentarios que denotan enfado u odio hacia las mujeres en general y e intimidar.

Los centros para el tratamiento de las víctimas de la violación son servicios de urgencia en los que trabajan de forma coordinada psiquiatras, ginecólogos y traumatólogos en estrecha colaboración con policías, jueces y fiscales. Estos centros resultan muy útiles. En el contexto de la atención de urgencias, el personal de enfermería es parte esencial del equipo multidisciplinario, y su función principal es de apoyo emocional a la víctima. Éste debe dejar que la víctima siga su propio ritmo y nunca debe presionarla ni agobiarla con entrevistas y procedimientos diagnósticos.

Es importante permitir que la víctima tenga el máximo control posible de la situación. Esto se logra dejando que decida (siempre que sea posible) a quién debe llamar por teléfono, qué va a hacer cuando salga del centro sanitario, de qué forma le gustaría que se la ayudase, etc. La decisión de denunciar y testificar contra el violador corresponde sólo a la víctima. Ésta mujer firmará un formulario de consentimiento informado antes de tomarle fotografías y recoger muestras de su pelo y uñas con vistas a las pruebas que se presentarán ante el juez.

Siempre se ofrece a la víctima tratamiento profiláctico para las enfermedades de transmisión sexual, como la infección por *Chlamydia* y la gonorrea. Esta profilaxis ha demostrado su rentabilidad, porque muchas mujeres violadas vuelven al centro médico para conocer el resultado de los análisis. Es aconsejable realizar las pruebas para el VIH cada cierto tiempo porque la seroconversión no se produce inmediatamente. Asimismo, se aconseja a la víctima tomar medidas de precaución en las relaciones sexuales hasta que se disponga de los resultados de las pruebas para el VIH. También puede ofrecérsele profilaxis con etinilestradiol y norgestrel para prevenir el embarazo. Algunas mujeres prefieren esperar hasta que se confirme que están embarazadas o tener una falta del período.

### **Cuadro 11-6. Signos indicativos de que una relación puede volverse físicamente violenta**

- Te maltrata psicológicamente (te insulta, te humilla, hace comentarios para ridiculizarte) y tiene tendencia a enfadarse o a ponerse de mal humor cuando tienes una idea o una iniciativa.
- Te dice de quién debes ser amigo y de quién no y qué ropa debes ponerte, e intenta controlar otros aspectos de tu vida.
- Habla mal de las mujeres en general.
- Se pone celoso sin razón alguna.
- Bebe mucho, toma drogas o intenta emborracharte.
- Actúa de forma intimidatoria, invade tu espacio personal, se coloca muy cerca de ti y te toca a pesar de que le has dicho que no te apetece.

- No es capaz de manejar las frustraciones sexuales o emocionales sin enfadarse.
- No te ve como a un igual, se considera más inteligente que tú y socialmente superior.
- Defiende su masculinidad comportándose con dureza y tosquedad.
- Se enfada o te amenaza hasta el punto de que te ves obligada a cambiar tu forma de ser o de comportarte para que no se enfade.
- Cambia continuamente de actitud o de humor, pasando de ser encantador a ser muy cruel.
- Te riñe cuando no te emborrachas, cuando no estás animada o cuando no quieres hacer el amor.
- Es físicamente agresivo, te coge con fuerza del brazo, te abraza con dureza, te empuja o te zarandea.

Adaptado de State University of New York at Buffalo Counseling Center (2008). Disponible en: <http://ub-counseling.buffalo.edu/warnings.php>.

Los centros de atención a situaciones de crisis, los grupos de defensa de las mujeres y otros servicios y recursos proporcionan orientación y consejo, y sus miembros se prestan voluntariamente a acompañar a la víctima desde el momento en el que llega al servicio de urgencias hasta que finaliza el seguimiento a largo plazo de las lesiones y las secuelas psicológicas. Estos voluntarios ofrecen a la víctima apoyo emocional y la ayudan a tramitar los asuntos policiales y legales. Este tipo de apoyo integral e incondicional a menudo desempeña un papel clave en la recuperación de las mujeres violadas.

La intervención psicoterapéutica suele ser de apoyo y se centra en restablecer la sensación de control de la víctima, disminuir los sentimientos de indefensión y de dependencia y la ideación obsesiva por la agresión que suelen observarse en las mujeres violadas, recuperar la confianza en los demás, mejorar el funcionamiento diario, encontrar apoyo social y tratar los sentimientos de culpabilidad, vergüenza y odio. La psicoterapia de grupo con otras mujeres víctimas de una violación es una modalidad de tratamiento especialmente eficaz. En algunos casos, el tratamiento consiste en psicoterapia de grupo y psicoterapia individual al mismo tiempo.

La víctima suele tardar al menos 1 año en recuperar el nivel de funcionamiento previo a la violación. A veces sufren secuelas a largo plazo, como TEPT (v. más adelante)

## **VIOLENCIA EN LA SOCIEDAD**

El National Center for Education Statistics (NCES), el Institute of Education Sciences (IES) y la Bureau of Justice de Estados Unidos publican conjuntamente un informe anual sobre la violencia en los centros educativos y la seguridad. Los datos más recientes corresponden al curso 2005-2006, período en el que se produjeron 14 homicidios y 3 suicidios en los colegios en niños de entre 5 y 18 años; es decir, una muerte violenta por cada 3,2 millones de alumnos. Además, hubo 1,5 millones de delitos sin resultado de muerte entre los adolescentes de 12 a 18 años, como robos y violencia. El 80 % de los alumnos informa haber sido víctima de uno o más incidentes violentos graves, robo u otros delitos contra la propiedad, lo que da como resultado una tasa de 46 delitos por cada 1 000 alumnos. En los institutos de enseñanza media, el 14 % de los alumnos informan haber tenido que pelearse alguna vez para que no les robasen, el 13 % va a clase armado, el 4 % consume bebidas alcohólicas en el centro educativo y el 5 %

consume cannabis (NCES, 2008).

Para luchar contra la violencia en los centros educativos, los CDC llevan ya tiempo trabajando para introducir en los programas educativos contenidos transversales sobre la solución no violenta de problemas y resolución de conflictos, el manejo del odio y el desarrollo de habilidades sociales. Además, se han puesto en marcha programas dirigidos a los padres para reforzar los lazos entre progenitores, niños y adolescentes, y mejorar las habilidades de padres e hijos para la resolución de conflictos. También se han creado programas de tutoría para alumnos conflictivos, que están dando buenos resultados respecto a la violencia en los centros educativos. A algunos niños y adolescentes con comportamientos violentos en el ámbito escolar se les ha diagnosticado un trastorno mental, generalmente un trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador (v. cap. 20). Sin embargo, muchas veces, este tipo de violencia se debe más bien a la marginación social, la falta de respeto a los demás y la escasa preocupación por la propia seguridad.

Otro problema es el del acoso escolar, entendido como agresiones físicas y verbales, que pueden ir desde un insulto o un empujón hasta romperle un hueso a un compañero de clase. Suelen estar dirigidas a un determinado alumno al que se le hace el vacío o se le aísla. El ciberacoso escolar consiste en enviar a la víctima mensajes de correo electrónico o de móvil insultantes, amenazadores o humillantes o publicar sus fotos en Internet sin su permiso (McGuinness, 2007). En Estados Unidos, casi una tercera parte de los estudiantes reconocen haber participado en actos de acoso escolar, como agresor o como víctima. Más del 16 % dicen haber sido objeto de acoso escolar al menos en una ocasión, mientras que el 8 % informa haber sido víctima al menos una vez a la semana. La incidencia más elevada de acoso escolar se da en el sexto, séptimo y octavo grado (según el sistema educativo de Estados Unidos). Los niños víctimas de acoso escolar suelen sentirse solos y tienen más dificultad para hacer amigos, mientras que los agresores suelen tener malas notas, repetir curso y consumir alcohol y tabaco. El acoso escolar se da con más frecuencia en niños cuya salud tiene necesidades especiales. Los que presentan problemas psicológicos o conductuales crónicos o alteraciones del desarrollo evolutivo tienen un riesgo mayor tanto de ser víctimas del acoso como de ser agresores (van Cleave y Davis, 2006).

Las novatadas (ritos de iniciación) son muy frecuentes tanto en los institutos de enseñanza media como en las universidades. El 48 % de los alumnos de enseñanza afirma pertenecer a grupos que se dedican a organizar novatadas a los compañeros y el 43 % informa haber sido víctima de algún acto humillante. El 30 % dice haber sufrido alguna novatada en la que se cometieron actos ilegales. El 71 % de los alumnos que han sufrido una novatada afirma que el acto tuvo consecuencias negativas como peleas, lesiones a la víctima o a otras personas, mal rendimiento en los estudios, alteraciones de la conducta alimentaria y del sueño, dificultad para concentrarse y sentimientos de confusión, odio, vergüenza o culpabilidad (Lipkins, 2006).

La exposición a la violencia en la comunidad afecta de forma muy negativa a los niños, adolescentes y jóvenes. Cuando los niños son testigos de actos violentos, presentan

síntomas relacionados con el estrés, que aumentan en intensidad y gravedad conforme se incrementa la violencia que presencian. Además, ser testigo puede producir problemas que se manifestarán en el futuro, como agresividad, depresión, malas relaciones con los demás y consumo excesivo de alcohol y otras drogas. Resolver el problema de la exposición durante la infancia y la adolescencia puede contribuir a solucionar el ciclo de la disfunción y del aumento de la violencia.

La violencia a gran escala, como los atentados terroristas de Nueva York, Washington DC y Pensilvania del 11 de septiembre de 2001, tiene también efectos muy profundos y duraderos en la población. A los pocos días de producirse estos atentados, se observó que muchos niños no querían ir al colegio porque tenían miedo, y muchos perdieron a uno o a ambos padres por diferentes razones. Los adultos tenían miedo de ir a trabajar, salir de casa, utilizar el transporte público o coger un avión. Un año después, 1 de cada 10 residentes en el área metropolitana de Nueva York sufría estrés y depresión crónicos, y se notificaron 532 240 casos de TEPT en esta misma área. Además, se ha informado de tasas mayores de lo normal de recidiva de los trastornos de ansiedad y de depresión. Sin embargo, no ha aumentado la incidencia del TEPT en todo el país en las personas que vieron los atentados y las noticias y reportajes por televisión como se temía en un principio. Tres años después de los atentados, en 2004, la tasa de prevalencia del TEPT era del 12,6 % entre los habitantes de Manhattan que vivían cerca del World Trade Center. Los factores de riesgo de TEPT entre estas personas son: haber resultado herido, haber sido testigo de hechos espantosos, haber estado expuesto a la nube de polvo y haber participado en las tareas de rescate y evacuación y en los trabajos de recuperación de la zona (DiGrande et al., 2008).

La intervención y el tratamiento precoces son fundamentales para la recuperación de las víctimas de violencia. En varios casos de muertes por arma de fuego en el entorno escolar o laboral, se han puesto en marcha inmediatamente programas de psicoterapia, de derivaciones a centros sanitarios y profesionales y de tratamiento continuo para ayudar a las personas afectadas directa o indirectamente en estos hechos. Desde los atentados terroristas de 2001, numerosos equipos formados por médicos, psicólogos y otros profesionales (algunos pertenecientes a universidades y centros sanitarios) han estado trabajando con los supervivientes, los familiares y otras personas afectadas. A pesar del enorme esfuerzo realizado, muchas personas seguirán sufriendo problemas psicológicos graves a largo plazo (v. apartado siguiente).

## **TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS RELACIONADOS CON LOS MALOS TRATOS Y LA VIOLENCIA**

### **Trastorno por estrés postraumático**

El **trastorno por estrés postraumático (TEPT)** es un conjunto de síntomas indicativos de una alteración del comportamiento que se observa en algunas personas que han sido **Trastorno por estrés postraumático**. víctimas de hechos traumáticos como desastres naturales, atentados terroristas, acciones militares o agresiones físicas. La persona que sufre el trastorno ha estado expuesta a un acontecimiento que puso en peligro su vida o le

causó lesiones graves y respondió con miedo intenso o sensación de indefensión. Los síntomas del TEPT se agrupan en tres categorías: relacionados con el intento de superar el trauma, relacionados con las conductas evitativas y relacionados con la *hipervigilancia* y el exceso de activación. El paciente no puede evitar que la situación traumática le venga a la memoria una y otra vez, y la revive (reviviscencias) o sueña con ella (pesadillas). Los recuerdos desagradables suelen desencadenarse por la exposición a algún estímulo externo que le recuerda la situación al paciente, por lo que éste hace todo lo posible por evitar cualquier estímulo directa o indirectamente relacionado con el trauma. El paciente presenta embotamiento emocional y signos de sobreestimulación e hipervigilancia, y presenta irritabilidad o episodios explosivos de llanto o de rabia. Suelen referir que sienten que han perdido la conexión con su vida y el control de la misma. En el TEPT los síntomas suelen aparecer 3 meses o más después de la **experiencia traumática**, y ésta es la característica que permite distinguir el TEPT del trastorno por estrés agudo (TEA). El diagnóstico de TEA del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4.<sup>a</sup> edición, texto revisado (DSM-IV-TR; [American Psychiatric Association \[APA\], 2000](#)) se establece cuando los síntomas aparecen dentro del primer mes después del acontecimiento traumático y no duran más de 4 meses.

El TEPT puede aparecer a cualquier edad, incluso durante la infancia. Se calcula que el 60 % de las personas con factores de riesgo, como los combatientes, las víctimas de violencia y las personas que han sufrido desastres naturales, presentan síntomas del TEPT. Aproximadamente el 50 % de los pacientes se recuperan completamente dentro de los tres primeros meses después del diagnóstico. La gravedad y duración del trauma y la proximidad de la persona al acontecimiento traumático son los factores más importantes que afectan a la probabilidad de sufrir un TEPT ([APA, 2000](#)). Un 25 % de las personas que son víctimas de una agresión física desarrollan el trastorno. Las víctimas de una violación tienen una de las tasas más elevadas de TEPT (un 70 %) ([van der Kolk, 2005](#)).



**Trastorno por estrés postraumático.**



### **CASO CLÍNICO: TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

**Julie se despierta sobresaltada** y se queda sentada en la cama. El corazón le late muy deprisa, suda profusamente y siente que no puede respirar. Se esfuerza para que el aire le entre en los pulmones y siente una fuerte presión en la garganta. Tiene muy vívida en su mente la imagen de aquella figura oscura que la golpeaba mientras ella estaba en el suelo y le apretaba el cuello con las manos. Su corazón late cada vez más deprisa. Una vez más está reviviendo todo lo que le pasó, el terror y el dolor de aquella noche. Ya habían pasado 2 años desde que la atacaron y la violaron en el parque mientras hacía jogging, pero lo recuerda todo como si hubiese sido ayer. Casi todas las noches tiene pesadillas horribles y se despierta angustiada. Está convencida de que nunca va a superar lo que pasó.

Tiempo después, el temor a las pesadillas hizo que Julie empezara a temer quedarse dormida, por lo que dormía muy pocas horas y estaba agotada. Nunca le apetecía comer y estaba quedándose muy delgada. La terrible experiencia que había vivido estaba arruinando su vida. Faltaba al trabajo cada vez con más frecuencia. Incluso cuando estaba en el trabajo sentía una sensación de miedo abrumadora. No sólo por la noche, también durante el día, le invadían los recuerdos y las imágenes de aquella noche.

Sus amigos ya no la llamaban ni la invitaban a salir porque estaba siempre de mal humor y no sabían



qué hacer para animarla. Durante los primeros 6 meses la habían ayudado mucho, pero ya habían pasado 2 años desde la violación. Antes de eso, Julie estaba siempre dispuesta a ir a fiestas, a salir a cenar o al cine con sus amigos, pero ahora lo único que le apetece es quedarse en casa. Está cansada de que su madre y sus amigos estén siempre diciéndole que tiene que salir y divertirse. Nadie entiende la situación que está pasando ni cómo se siente. Desde la violación, Julie ha tenido varios novios, pero ninguna de estas relaciones ha funcionado. Siempre está malhumorada y se deprime o se angustia sin razón, por lo que en el último minuto llama a su novio para anular la cita. Todos los que la conocen están hartos de su mal humor, pero Julie no puede hacer nada por controlar su estado de ánimo.

## Trastornos disociativos

La **disociación** es un mecanismo de defensa inconsciente que ayuda a la persona a mantenerse protegida de los efectos de algún acontecimiento terrorífico o traumático. Permite olvidar el acontecimiento traumático o reprimirlo. Este mecanismo de defensa puede activarse durante el acontecimiento o después. Al igual que ocurre con cualquier otra estrategia de afrontamiento de carácter defensivo, la disociación se produce más fácilmente cuando se utiliza de forma repetida.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR: Síntomas más importantes del trastorno por estrés postraumático

- Recuerdos angustiantes, intrusivos y recurrentes del acontecimiento traumático.
- Pesadillas.
- Reviviscencia (sensación de revivir el acontecimiento).
- Conductas evitativas de los pensamientos, sentimientos y de las conversaciones asociados con la experiencia traumática.
- Conductas evitativas de las actividades, lugares o personas que hacen recordar la experiencia traumática.
- Incapacidad para recordar aspectos importantes de la experiencia traumática.
- Disminución importante del interés o de la participación en actividades sociales que antes interesaban al paciente.
- Sensación de desapego o alejamiento de los demás.
- Restricción de la vida afectiva.
- Sensación de un futuro desolador.
- Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- Irritabilidad o episodios de rabia incontrolable.
- Dificultad para concentrarse.
- Hipervigilancia.
- Respuestas exageradas al sobresalto.

Adaptado de *DSM-IV-TR* (2000).

La característica esencial de los **trastornos disociativos** es la alteración de la función de integración de la consciencia, de la memoria, de la identidad o de la percepción del entorno. En la mayoría de los casos, esta alteración afecta a las relaciones interpersonales del paciente, a su capacidad de funcionar normalmente en las actividades de la vida diaria y a la capacidad de afrontar de forma eficaz la situación traumática. La intensidad de los

síntomas varía mucho de un paciente a otro. El inicio del trastorno puede ser repentino o gradual, y el curso puede ser transitorio o crónico. En los pacientes con TEPT se observan también síntomas disociativos.

El DSM-IV-TR recoge cuatro tipos de trastorno disociativo:

- *Amnesia disociativa*: el paciente no recuerda información importante de carácter personal (generalmente de carácter traumático o estresante).
- *Fuga disociativa*: el paciente presenta episodios en los que de repente sale de casa o del lugar de trabajo sin avisar a nadie ni dar ninguna explicación, viaja a otra ciudad y no es capaz de recordar su pasado ni su verdadera identidad, por lo que asume una nueva identidad.
- *Trastorno de identidad disociativo (anteriormente trastorno de personalidad múltiple)*: el paciente presenta dos o más identidades o personalidades que se van alternando a la hora de controlar el comportamiento del paciente. Se acompaña de incapacidad de recordar información importante de carácter personal.
- *Trastorno de despersonalización*: el paciente tiene la sensación permanente o recurrente de estar separado de sus propios procesos mentales o de su cuerpo. El sentido de la realidad está intacto, es decir, el paciente no es un psicótico e interpreta la realidad correctamente.

Los trastornos disociativos son relativamente raros en la población general. La prevalencia es mucho más elevada entre los adultos que han sufrido malos tratos o abuso sexual durante la infancia. Algunos autores consideran que el aumento del diagnóstico de trastorno disociativo que se ha producido en los últimos años en Estados Unidos se debe a un mejor conocimiento de estos trastornos por parte de los profesionales de la salud mental (APA, 2000).

Los medios de comunicación prestan mucha atención a la teoría de los **recuerdos reprimidos** de las víctimas de maltrato y de abusos sexuales. Muchos profesionales de la salud mental opinan que los recuerdos de las personas adultas que sufrieron malos tratos o abuso sexual cuando eran niños pueden estar profundamente enterrados en el inconsciente o reprimidos debido a que son demasiado dolorosos para reconocerlos, y que es posible ayudar a la víctima a recuperarlos. Esto se da especialmente en personas con problemas graves en las relaciones interpersonales, síntomas de TEPT o reviviscencias relacionados con los malos tratos o abusos sexuales. Sin embargo, algunos profesionales consideran que la psicoterapia tiene el peligro de inducir falsos recuerdos de malos tratos o abusos sexuales durante la infancia (Rubin y Berndtson, 2007). Esto se denomina *síndrome de falsos recuerdos* y ha creado muchos problemas en las familias cuando el paciente ha acusado a sus padres de forma infundada de malos tratos o de abusos sexuales. Sin embargo, también existe el riesgo de que las personas adultas que han sufrido estas situaciones traumáticas durante la infancia sean reacias a hablar con el profesional sobre los problemas que tuvieron que sufrir cuando eran niños porque temen que el profesional no les crea, ya que tienen experiencia de que otras personas no les han

creído cuando lo han contado. También hay psicoterapeutas que consideran que los pacientes diagnosticados de un trastorno de identidad disociativo sufren ansiedad, miedos e ideación obsesiva, por lo que necesitan ayuda y el psicoterapeuta tiene que ser prudente acerca del diagnóstico y no partir de la idea preconcebida de que sufren necesariamente un trastorno de este tipo.

### **Tratamiento e intervenciones**

Los pacientes que han sufrido malos tratos o abusos sexuales o han sido víctimas de un acontecimiento traumático y presentan síntomas de TEPT o de un trastorno disociativo en muchos casos se someten a psicoterapia individual o de grupo ambulatoria para mejorar los efectos a largo plazo de las experiencias que han vivido. La terapia cognitivo-conductual es eficaz para el tratamiento de los pensamientos, los sentimientos y las conductas desadaptativas asociadas con el trauma. El tratamiento de los pacientes con trastorno disociativo se centra en la reasociación, es decir, en las técnicas dirigidas a recuperar la consciencia y reestructurar los recuerdos. Tanto la paroxetina como la sertralina se utilizan para tratar el TEPT, y hasta la fecha, han demostrado ser eficaces. El tratamiento de los pacientes con trastorno disociativo puede ser sintomático, es decir, con medicación para tratar la ansiedad o la depresión o ambas cuando estos síntomas son predominantes.

#### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR:**

##### **Síntomas más importantes del trastorno de identidad disociativo**

- Presencia de dos o más identidades o personalidades.
- Presencia de al menos dos identidades que se van alternando en el control del comportamiento del paciente.
- Incapacidad de recordar información importante de carácter personal que no puede explicarse sólo a partir del olvido normal.
- Los síntomas no están relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas ni con alguna enfermedad médica.

Adaptado de *DSM-IV-TR* (2000).

En todos los contextos de atención a la salud mental se encuentran pacientes con TEPT y trastornos disociativos, desde los grandes hospitales hasta los ambulatorios, pasando por las clínicas pequeñas. No obstante, lo más probable es que el profesional se encuentre con estos pacientes en las unidades de agudos, sobre todo cuando existe riesgo de que se autolesionen o dañen a los demás o cuando la sintomatología aguda se ha vuelto muy intensa y hay que estabilizar al paciente. El tratamiento en las unidades de agudos suele ser breve y el paciente recibe el alta lo antes posible y sigue el tratamiento en el ambulatorio o en las consultas externas del hospital.

### **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA**

#### **Valoración**

El examen de los antecedentes revela que el paciente ha sufrido malos tratos, abusos sexuales o un acontecimiento traumático. El maltrato ha podido producirse durante la infancia, pero también en una relación actual o reciente. Generalmente no es necesario ni deseable pedir al paciente que relate de forma detallada los malos tratos, los abusos sexuales u otras experiencias traumáticas. Los detalles se reservan para las sesiones de psicoterapia, durante las que es conveniente que el paciente relate los hechos que están en el origen de los síntomas que presenta.

### *Aspecto general y comportamiento motor*

El profesional debe evaluar el aspecto general y el comportamiento motor. Es habitual que el paciente se muestre hipervigilante y reaccione con sobresalto incluso a los ruidos más mínimos del entorno. Puede sentirse incómodo si el profesional se acerca demasiado durante la evaluación, por lo que es posible que necesite una distancia y un espacio personal mayores que los de la mayoría de las personas. Asimismo, puede presentar ansiedad o agitación, con la consiguiente dificultad para sentarse o permanecer sentado. En estos casos, el paciente necesita moverse de un lado para otro de la habitación; sin embargo, en algunos casos, puede que se siente y permanezca rígido, inclinado hacia delante, con los brazos cerca de la rodilla.

### *Estado de ánimo y afectos*

Al evaluar el estado de ánimo y los afectos, el profesional debe recordar que existe un conjunto muy amplio de emociones, desde la total pasividad hasta la ira. El paciente puede mostrarse asustado, aterrorizado, agitado u hostil, según la experiencia que haya vivido. Cuando aparece una reviviscencia, se mostrará muy asustado y puede llorar, gritar o intentar huir o esconderse. Cuando el paciente está disociando, puede que hable en un tono de voz y con una entonación diferente o puede mostrarse emocionalmente embotado con la mirada perdida. Puede referir rabia u odio intenso, sensación de estar muerto interiormente o incapacidad para reconocer sus propios sentimientos y emociones.

### *Proceso y contenido del pensamiento*

Para la evaluación del proceso y contenido del pensamiento, el profesional tiene que hacer preguntas al paciente. Las personas que han sufrido malos tratos, abusos sexuales o experiencias traumáticas suelen referir que reviven el trauma, generalmente mediante pesadillas o reviviscencias. Los pensamientos intrusivos de carácter recurrente sobre el trauma interfieren en la capacidad del paciente de pensar en otras cosas y de concentrarse en las actividades de la vida diaria. Algunos pacientes refieren alucinaciones o la presencia de voces en la cabeza que resuenan como un zumbido. Los pensamientos e impulsos autodestructivos, así como la ideación suicida, también son frecuentes. Algunos pacientes refieren fantasías en las que se vengan de las personas que los han maltratado o han abusado sexualmente de ellos.



## Diagnóstico de enfermería

**Síndrome de estrés postraumático:** respuesta persistente desadaptativa a una experiencia traumática.

### DATOS DE LA VALORACIÓN

- Revisiscencias o tendencia a revivir la experiencia traumática.
- Pesadillas o sueños recurrentes sobre la experiencia traumática o sobre otros traumas.
- Alteraciones del sueño (p. ej., insomnio, despertarse antes de lo habitual o llorando o gritando).
- Depresión.
- Negación de los sentimientos o embotamiento emocional.
- Proyección de los sentimientos.
- Dificultad para expresar los sentimientos.
- Ira (puede permanecer oculta).
- Sentimientos de culpabilidad o de remordimiento.
- Baja autoestima.
- Frustración e irritabilidad.
- Ansiedad, crisis de angustia o ansiedad por separación.
- Miedos desplazados o generalizados (p. ej., miedo a los hombres en el caso de las mujeres violadas).
- Disminución de la concentración.
- Dificultad para expresar amor o empatía.
- Dificultad para experimentar placer.
- Dificultad en las relaciones interpersonales, problemas con el cónyuge o la pareja y divorcio.
- Maltrato en las relaciones.
- Problemas sexuales.
- Consumo excesivo de alcohol y otras drogas.
- Problemas laborales.
- Síntomas físicos.

### RESULTADOS ESPERABLES

#### Inmediato

*El paciente*

- Será capaz de identificar la experiencia o experiencias traumáticas.
- Tendrá menos síntomas físicos.
- Expresará verbalmente la necesidad de hacer duelo por las pérdidas sufridas.
- Establecerá un equilibrio adecuado entre el descanso, el sueño y la actividad.
- Presentará una disminución de la ansiedad, el miedo, la culpabilidad, etc.
- Participará en programas de tratamiento, por ejemplo, actividades grupales o conversaciones con el personal sanitario durante un mínimo de 30 min dos veces al día hasta una fecha preestablecida.

#### Estabilización

*El paciente*

- Iniciará el proceso de duelo.
- Expresará sus sentimientos de forma sincera, directa y no destructiva.
- Identificará de forma realista sus puntos fuertes y débiles.
- Aumentará su capacidad para afrontar el estrés.
- Dejará de beber o de consumir otras drogas.
- Expresará verbalmente sus conocimientos sobre el plan de tratamiento y sobre el uso de la medicación (si se le hubiere prescrito algún medicamento).

#### Después del alta hospitalaria

*El paciente*

- Demostrará que ha empezado a integrar la experiencia traumática en su vida fuera del hospital.
- Identificará los sistemas de apoyo social de los que puede disponer (p. ej., familiares, amigos, grupos de apoyo).
- Cumplirá con el plan de seguimiento y continuará con el tratamiento, si está indicado (p. ej., antes del alta, buscar un psicoterapeuta y acordar una primera cita).

### PUESTA EN PRÁCTICA

**Intervenciones de enfermería** (\*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)

Cuando se dirija al paciente, actúe siempre de forma tranquila y profesional.

Inicialmente, si es posible, asigne siempre el mismo personal al paciente; respete siempre los miedos y sentimientos del paciente. Vaya aumentando de forma gradual el número de profesionales que interactúan con el paciente.

#### Justificación

Los miedos del paciente pueden ser activados por las figuras de autoridad que tienen características distintas a las que el paciente está acostumbrado (p. ej., sexo o grupo étnico).

Limitar al principio el número de profesionales sanitarios que interactúan con el paciente facilita la familiaridad y la confianza. El paciente puede sentir temor o desconfianza si trabaja con profesionales sanitarios que tienen ciertas características. Estos sentimientos pueden haber sido reforzados en encuentros anteriores con los profesionales y pueden interferir en la relación terapéutica.



\*Averigüe todo lo que le sea posible sobre la experiencia vivida por el paciente y sobre las conductas postraumáticas.

Examine y sea siempre consciente de sus propios sentimientos sobre la experiencia vivida por el paciente, sus sentimientos y conductas. Hable con los compañeros de trabajo para clarificar sus propios sentimientos.

No haga juicios de valor cuando interactúe con el paciente.

Sea coherente con el paciente, muéstrelle respeto como persona y estabilidad y mantenga los límites respecto al comportamiento.

\*Evalue los antecedentes del paciente con respecto al consumo de alcohol y otras drogas (la información proporcionada por las personas que le conocen bien puede ser muy útil).

Compruebe si el paciente consume alcohol u otras drogas. Establezca los límites y las consecuencias de esta conducta; puede ser útil pedir al paciente o al grupo que opine y comente esta cuestión.

\*Si el consumo de alcohol u otras drogas constituye un problema importante, derive al paciente a un programa de tratamiento de toxicomanías.

Anime y motive al paciente para que hable sobre su experiencia traumática, acepte lo que el paciente dice y no haga juicios de valor sobre las creencias y percepciones que muestra.

Anime y motive al paciente a expresar sus sentimientos verbalmente a través de la escritura, mediante el llanto o de cualquier otra forma que le resulte cómoda.

Anime y motive al paciente a expresar especialmente la ira, el odio y la culpabilidad.

Transmita aceptación al paciente cuando exprese sus sentimientos y comparta sus experiencias, manténgase atento para no emitir juicios sobre lo que éste piensa o dice.

\*Explique al paciente, a los familiares y a las demás personas allegadas qué es el comportamiento postraumático y en qué consiste el tratamiento.

\*Ayude al paciente a aprender y a practicar las técnicas para el control del estrés, así como las técnicas de relajación, de comunicación asertiva y de autodefensa y cualquier otra técnica que se consideren adecuadas o necesarias.

\*Anime y motive al paciente a compartir sus experiencias y sentimientos en la psicoterapia de grupo o, informalmente, con otros pacientes, siempre y cuando pueda tolerarlo.

Aprender a partir de las experiencias del paciente contribuye a que el personal de enfermería entienda mejor la dinámica de las experiencias traumáticas y del comportamiento postraumático.

Las experiencias traumáticas provocan fuertes sentimientos en los demás y estos sentimientos pueden ser muy amenazadores. El paciente y la experiencia que ha vivido pueden recordarle a usted una experiencia similar o su propia vulnerabilidad o temas relacionados con la sexualidad, la moralidad, la seguridad o el bienestar. Es muy importante que en todo momento sea consciente de sus propios sentimientos con el fin de no proyectarlos inconscientemente, lo que podría hacer que evitara ciertos temas con el cliente o que tuviera una actitud no terapéutica.

Es importante no contribuir a reforzar la culpabilidad que el cliente podría haber internalizado respecto a la experiencia traumática. El paciente puede intentar poner a prueba los límites o la relación terapéutica. En estos pacientes se observan con mucha frecuencia problemas relacionados con la aceptación de los demás, con la confianza en los demás y con la relación con las figuras de autoridad.

Estos pacientes suelen utilizar el alcohol u otras drogas para reprimir (o liberar) las emociones.

El consumo de alcohol u otras drogas puede afectar negativamente al tratamiento y deteriorar aún más la salud del paciente. Permitir que el paciente o el grupo terapéutico opinen sobre estos temas puede servir para disminuir la lucha por el poder entre el paciente y los profesionales sanitarios.

El tema del consumo de alcohol y otras drogas debe abordarse durante el tratamiento porque puede afectar a todos los demás aspectos de la vida del paciente.

Relatar de nuevo la experiencia vivida puede servir para que el paciente identifique de forma más realista lo que ocurrió y contribuye a analizar y elaborar los sentimientos con respecto a lo sucedido.

La identificación y expresión de los sentimientos desempeña un papel fundamental en el proceso de duelo.

A menudo estos sentimientos se observan en pacientes que han vivido una experiencia traumática. El paciente puede sentir la culpabilidad típica de los supervivientes (¿por qué he sobrevivido yo cuando otros han fallecido?) o sentirse culpable por los medios que utilizó para poder sobrevivir (matar a otros en el campo de batalla, dejarse violar o no haber salvado a otras personas cuando quizás podría haberlo hecho).

El paciente puede tener la sensación de que está fastidiando o agobiando a los demás con sus problemas. Es importante no reforzar la culpa que puede haber internalizado.

El conocimiento sobre el comportamiento postraumático puede contribuir a reducir la ansiedad y la culpabilidad y a aumentar la esperanza en la recuperación.

La experiencia traumática vivida por el paciente puede haber producido la pérdida o la disminución de la confianza en sí mismo, de la sensación de seguridad o de la capacidad para manejar el estrés.

El paciente debe saber que sus sentimientos son aceptables para los demás y que puede compartirlos con otras personas. Los grupos de apoyo o de autoayuda pueden ofrecer al paciente comprensión, apoyo y la oportunidad de compartir experiencias.



\*Si el paciente tiene una orientación religiosa o espiritual, derívelo al sacerdote del centro sanitario o a cualquier otro sacerdote o guía espiritual o religioso que el paciente considere adecuado.

Anime y motive al paciente a hacer planes realistas para el futuro, integrando la experiencia traumática.

\*Ayude al paciente a aprender y practicar habilidades para el uso del tiempo libre o, si lo considera necesario, derívelo a un especialista en la planificación y uso del tiempo libre y del ocio.

\*Hable con el paciente sobre el empleo, el estrés asociado con el trabajo y otros temas relacionados. Derive al paciente a un orientador laboral si lo considera necesario.

\*Ayude al paciente a organizar el plan de seguimiento y, si es necesario, a continuar con el tratamiento después del alta.

Para algunos pacientes, la culpa y el perdón tienen que ver con la religiosidad o la espiritualidad. Integrar la experiencia traumática y hacer planes de futuro son pasos muy importantes que forman parte del proceso de duelo.

Integrar las experiencias traumáticas y hacer planes para el futuro son pasos importantes para avanzar en el proceso de duelo.

El aislamiento social y la falta de interés en las actividades recreativas son problemas muy frecuentes en los pacientes que han vivido una experiencia traumática.

No es infrecuente que estos pacientes tengan problemas laborales.

El tratamiento de seguimiento sirve para seguir apoyando al paciente durante el largo proceso de recuperación.

Adaptado de Schultz JM y Videbeck SL (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8.ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

### ***Nivel de consciencia y procesos cognitivos***

Durante la evaluación del nivel de consciencia y de los procesos cognitivos, el profesional observa que el paciente está bien orientado con respecto a la realidad, excepto cuando sufre una reviviscencia o un episodio disociativo, en cuyo caso puede que no responda al profesional o sea totalmente incapaz de comunicarse. En ocasiones los pacientes que han sufrido malos tratos, abuso sexual u otras experiencias traumáticas presentan lagunas de memoria (períodos de los que no tienen ningún tipo de recuerdo). Estas lagunas pueden ser breves o extensas y suelen estar relacionados con el tiempo en el que se produjeron los malos tratos, el abuso sexual u otra experiencia traumática. Los pensamientos intrusivos y recurrentes o la ideación autolesiva afectan en muchos casos a la capacidad del paciente de concentrarse o de prestar atención.

### ***Sentido de la realidad y capacidad de introspección***

La capacidad de introspección del paciente suele estar relacionada con la duración del problema (TEPT o trastorno disociativo). En la primera entrevista o al principio del tratamiento, es posible que el paciente tenga una idea muy vaga sobre la relación entre la experiencia traumática acaecida en el pasado y los síntomas y problemas actuales. Sin embargo, hay pacientes que tienen una idea clara sobre esta relación, sobre todo cuando el tratamiento va progresando. La capacidad de tomar decisiones o de solucionar problemas puede estar alterada.

### ***Concepto de sí mismo***

Probablemente, la evaluación demostrará que estos pacientes tienen baja autoestima. Pueden pensar que son malas personas que de alguna manera merecen o provocan el maltrato. Muchos pacientes consideran que son personas indignas debido a las experiencias que han sufrido o que estas experiencias les han provocado algún tipo de daño psíquico o moral que hace que ya nunca vayan a ser los mismos. Otros creen que se han vuelto locos o que se van a volver locos y que están fuera de control sin posibilidad de volver a controlar su propia vida nunca más. Todos suelen percibirse a sí mismos como personas poco valiosas, desesperanzadas e indefensas.

### ***Roles y relaciones interpersonales***

El paciente suele quejarse de lo difícil que le resulta mantener cualquier tipo de relación con otra persona. Los problemas con las figuras de autoridad provocan conflictos frecuentes en el trabajo, como no permitir que otros les supervisen o les den instrucciones. Las relaciones íntimas y de amistad son prácticamente imposibles, porque la capacidad que tiene el paciente de confiar en los demás está muy afectada. En muchos casos, al paciente le han despedido del trabajo o se ha ido él mismo y no suele mantener relaciones con sus familiares. Los pensamientos intrusivos y recurrentes, las reviviscencias o los episodios disociativos pueden afectar negativamente a la capacidad del paciente de socializar con la familia o con los amigos, y las conductas evitativas hacen que se abstenga de participar en fiestas y reuniones familiares o sociales.

### ***Problemas fisiológicos***

La mayoría de los pacientes refieren dificultad para dormir debido a las pesadillas o a la ansiedad anticipatoria provocada por el miedo a tener pesadillas. Es frecuente la falta de apetito o la ingesta excesiva de alimentos. Estos pacientes suelen consumir un exceso de alcohol u otras drogas para intentar suprimir o «quitarse de la cabeza» los recuerdos y pensamientos intrusivos y recurrentes.

### **Análisis de los datos**

Los diagnósticos de enfermería más frecuentes en el trabajo con pacientes agudos con TEPT o trastorno disociativo relacionado con una experiencia traumática son:

- Riesgo de automutilación.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Reacción postraumática.
- Baja autoestima crónica.
- Sensación de impotencia.

Además, existen otros diagnósticos de enfermería que pueden ser adecuados en algunos pacientes durante el curso del trastorno:

- Alteración del patrón del sueño.
- Disfunción sexual.
- Síndrome postraumático relacionado con la violación.
- Malestar espiritual.
- Aislamiento social.

### **Identificación de los resultados**

Los resultados del tratamiento de los pacientes que han sufrido malos tratos, abusos sexuales u otra experiencia traumática pueden ser los siguientes:

1. No existirá riesgo para la seguridad física del paciente.

2. El paciente aprenderá a detectar las ideas e impulsos autolesivos y tomará las medidas oportunas para afrontarlos.
3. El paciente utilizará estrategias de afrontamiento del estrés sanas y eficaces.
4. El paciente expresará las emociones de forma constructiva.
5. El paciente logrará establecer un sistema de apoyo social.

## Intervención

### *Promover la seguridad del paciente*

La seguridad del paciente siempre es una prioridad. El profesional de la enfermería debe evaluar el riesgo de que se auto-lesione o se suicide y tomar las medidas oportunas de acuerdo con el resultado de la valoración. El personal de enfermería y los demás miembros del equipo multidisciplinario deben velar por la seguridad del paciente cuando éste no es capaz de hacerlo por sí mismo (v. caps. 10 y 15). Para alimentar la sensación de control sobre sí mismo y sobre su propia vida, tiene que empezar a hacerse cargo de su seguridad lo antes posible. El profesional puede hablar con el paciente sobre la diferencia entre tener pensamientos autolesivos y obedecer dichos pensamientos: pensar en algo no significa que necesariamente tengamos que llevarlo a la práctica. Poco a poco, el profesional puede ayudar al paciente a tolerar estos pensamientos hasta que su frecuencia e intensidad disminuyan.

El profesional puede enseñar al paciente a dirigirse a un lugar seguro cuando tenga pensamientos o impulsos autodestructivos y a permanecer en ese lugar hasta que se calme. Inicialmente esto puede consistir en sentarse junto al profesional o en una habitación o pasillo en el que haya otras personas. Más adelante, puede que el paciente encuentre el lugar de la casa en el que se encuentra más seguro, como una habitación pequeña. Puede que quiera llevarse una manta o una almohada para sentirse más cómodo o fotografías, dibujos o una cinta magnetofónica que le recuerde el presente.

### *Ayudar al paciente a afrontar el estrés y las emociones*

Las **técnicas de reorientación (grounding)** son útiles en el tratamiento de los pacientes que sufren episodios disociativos o reviviscencias. Estas técnicas sirven para recordarle que se encuentra en el presente, que es una persona adulta y que está a salvo de cualquier peligro. Es importante conocer lo que el paciente piensa cuando sufre un episodio disociativo o una reviviscencia: «Sé que está asustado, pero aquí no le va a pasar nada». Además, el profesional puede ayudar al paciente a aumentar el contacto con la realidad y disminuir la intensidad del episodio disociativo enseñándole a concentrarse en lo que está experimentando a través de los sentidos:

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

### *Promover la seguridad del paciente*

- Hablar sobre los pensamientos autolesivos.
- Ayudar al paciente a elaborar un plan para disponer de un lugar tranquilo al que pueda ir cuando tenga pensamientos o impulsos destructivos.

### *Ayudar al paciente a afrontar el estrés y las emociones*

---

- Utilizar las técnicas de reorientación para ayudar a los pacientes que sufren episodios disociativos o reviviscencias.
- Tranquilizar al paciente con respecto a sus miedos y sentimientos, pero intentar aumentar su contacto con la realidad.
- Durante los episodios disociativos y las reviviscencias, ayudar al paciente a cambiar de posición, pero no agarrarle o forzarle para que se levante, se incorpore o se mueva.
- Utilizar el contacto físico con finalidad terapéutica si el paciente responde bien a esta técnica.
- Enseñar al paciente técnicas de relajación y de respiración profunda.
- Enseñar al paciente a utilizar técnicas de distracción como hacer ejercicio físico, escuchar música, hablar con otras personas o realizar cualquier actividad que le resulte agradable.
- Ayudar al paciente a elaborar una lista de actividades que puede utilizar como distracción y decirle que debe tener siempre a mano el material para llevar a cabo estas actividades.

### *Promover la autoestima del paciente*

---

- Referirse al paciente como si fuese un «superviviente», no como una «víctima».
- Establecer un sistema social de apoyo.
- Hacer una lista de personas, grupos e instituciones con los que el paciente pueda ponerse en contacto cuando lo necesite.

- «¿Qué siente?».
- «¿Oye algo?».
- «¿Está tocando algo?».
- «¿Puede verme a mí y la habitación en la que estamos ahora?».
- «¿Siente los pies apoyados en el suelo?».
- «¿Siente los brazos?».
- «¿Siente el reloj en la muñeca?».

En el caso de los pacientes que presentan síntomas disociativos, el profesional puede utilizar las técnicas de reorientación para conectarlo con el presente. Por ejemplo, se acerca al paciente y le habla con un tono suave y tranquilizador. En primer lugar, el profesional llama al paciente por su nombre de pila y luego se presenta, indicando la función que desempeña en el centro médico. Si la habitación está oscura, hay que encender la luz. A continuación se procede a reorientar al paciente:



*«Hola, soy Sheila Parker, la enfermera que está trabajando hoy con usted. Hoy es jueves, 8 de febrero de 2010». «Hola Janet. Estoy aquí con usted. Me llamo Sheila Parker. Estamos en el hospital. Esta es su habitación. ¿Podría abrir los ojos y mirarme? Janet, mi nombre es Sheila Parker.»*

El profesional repetirá la información de reorientación todas las veces que sea necesario. Pedir al paciente que recorra toda la habitación con la mirada sirve para que mueva los ojos y no se quede aturdido y paralizado en una reviviscencia.

Tan pronto como sea posible, el profesional pedirá al paciente que cambie de posición. Muchas veces, durante la reviviscencia el paciente se encoge y adopta una posición

defensiva. Hacer que se levante y ande por la habitación contribuye a disipar el episodio disociativo o la reviviscencia. Mientras anda por la habitación, se pide al paciente que se concentre en los pies o en el balanceo de los brazos al andar. En ningún momento hay que agarrar al paciente ni intentar obligarle a que se levante o se mueva, porque puede responder de forma defensiva, incluso agresiva (sin descartar la posibilidad de que golpee al profesional), si en ese momento está sufriendo una reviviscencia. Lo ideal es preguntarle al paciente cómo se siente cuando alguien le toca durante un episodio disociativo o una reviviscencia en un momento en el que no esté experimentando ninguno de estos fenómenos; de esta forma, el profesional puede saber si el contacto físico con el paciente resulta o no de ayuda. Asimismo, se le puede pedir al paciente que toque el brazo del profesional. Si puede hacerlo sin ningún problema, hay que concluir que el contacto físico de apoyo tiene una función terapéutica.

Muchos pacientes tienen dificultad para reconocer y evaluar la intensidad de sus emociones y algunos refieren que las emociones más intensas aparecen de repente, sin previo aviso. El profesional puede ayudar al paciente a aprender a detectar y cuantificar sus propias emociones mediante un registro o diario. Al principio, el paciente puede utilizar una «lista de sentimientos» en la que tiene que hacer una marca en el sentimiento que más se aproxima a lo que siente. Se le animará a anotar sus sentimientos durante todo el día a intervalos preestablecidos (p. ej., cada 30 min). Una vez que ha aprendido a detectar e identificar los sentimientos, se le ayudará a evaluar la intensidad de los mismos; por ejemplo, puede puntuarse la intensidad de cada sentimiento en una escala de 1 a 10. Este procedimiento contribuye a que el paciente adquiera una consciencia cada vez mayor de sus propios sentimientos y de la intensidad de cada uno de ellos, lo que es muy importante para aprender a manejar mejor la expresión de las emociones.

Después de haber aprendido a identificar los sentimientos y a evaluar su intensidad, el paciente tiene que aprender a identificar los activadores o sentimientos que preceden a las reviviscencias o a los episodios disociativos. Para ello, se utilizan técnicas de reorientación, que sirven para prevenir estos episodios o disminuir su intensidad. Se enseñarán al paciente técnicas de relajación y de respiración profunda, así como a concentrarse en los estímulos del entorno y a distraer la atención de forma positiva hasta que el activador o sentimiento desaparezca. Las técnicas de distracción pueden consistir en hacer ejercicio físico, escuchar música, hablar con alguien o ponerse a hacer cualquier otra actividad que le resulte agradable. Cada paciente debe encontrar la distracción que funciona en su caso. Para ello, le pediremos que haga una lista con las distracciones que le resultan más eficaces y que tenga siempre a mano el material necesario para llevarlas a cabo. Cuando el paciente empieza a experimentar un sentimiento demasiado intenso, mira la lista y realiza alguna de las actividades que figuran en ella, como coger un libro y ponerse a leer o a ver las imágenes, escuchar música o dibujar.

### *Ayudar al paciente a mejorar su autoestima*

Puede ser mejor considerar al paciente una persona que ha **sobrevivido** a una experiencia traumática en vez de considerarlo una víctima. Muchas víctimas que han vivido experiencias límites se consideran a sí mismos personas poco valiosas, incapaces o

impotentes, que tienen poco o ningún control sobre el mundo que les rodea y sobre su propia vida. El hacerles ver que no son víctimas sino supervivientes; es decir, personas que han tenido la fuerza suficiente para sobrevivir a una situación muy adversa, les ayuda a sentirse más fuertes y tomar conciencia de que, si han llegado hasta aquí, ha sido gracias a su propia determinación. La palabra «víctima» tiene una connotación negativa que no tiene la palabra «superviviente».

### *Establecer un sistema de apoyo en la comunidad*

Es necesario que estos pacientes encuentren un sistema de apoyo social en la comunidad. El profesional puede ayudar al paciente a confeccionar una lista de las personas que pueden ayudarle. Por otro lado, dado el estrés al que están sometidos, estos pacientes tienen pocas habilidades para la solución de problemas, por lo que una lista de personas puede contribuir a reducir la confusión y el estrés. En la lista, además de personas, hay que incluir el número de teléfono de llamada gratuita de los centros de intervención en crisis a los que el paciente puede llamar cuando tiene pensamientos o impulsos autolesivos. Si no se siente capaz de llamar, puede pedir a un familiar o a un amigo que llame por él. Estas líneas también son útiles cuando el paciente se siente solo o deprimido. También hay que ayudar al paciente a entrar en contacto con grupos que organizan actividades sociales para que salga de casa, se entretenga y haga nuevas amistades. El sistema de apoyo social sirve además para disminuir la dependencia del paciente de los profesionales sanitarios.

Los grupos de apoyo pueden encontrarse llamando a los servicios de salud mental o a las autoridades sanitarias locales o, en el caso de España, provinciales o de la comunidad autónoma. Además, en Internet se puede encontrar un buen número de grupos de apoyo que trabajan bien de forma presencial o bien a través del teléfono.

### **Valoración**

Los resultados del tratamiento de víctimas del maltrato, abusos sexuales u otra experiencia traumática pueden tardar mucho en aparecer. El progreso terapéutico en estos pacientes suele ser gradual y, en muchos casos, lento. Tiene que aprender a protegerse a sí mismos, a manejar con eficacia el estrés y las emociones y a valerse por sí mismos en la vida diaria. Incluso cuando aprenden a manejar las emociones y las reacciones, los efectos negativos de la experiencia traumática pueden seguir subsistiendo, a veces, durante toda la vida.

### **TEMAS DE AUTOCONCIENCIA**



Algunos profesionales pueden ser reacios a preguntar a las pacientes sobre los malos tratos. Esto se debe a que algunos profesionales creen los mitos que circulan sobre el maltrato a la mujer. Otros temen que hacer preguntas a la paciente sobre la posibilidad de que esté sufriendo malos tratos puede ofenderla, o que una intervención incorrecta por parte del profesional pueda agravar aún más la situación. Incluso algunos profesionales piensan que una mujer que sufre malos tratos de su marido, novio o pareja y aun así continúa



con ese hombre, merece los malos tratos, incluso puede que disfrute de ellos. Otros consideran que la violencia en la pareja es un asunto privado que sólo interesa a los miembros de la pareja. También se da el caso de los profesionales que creen que los malos tratos y el abuso sexual son asuntos sociales o legales y nada tienen que ver con la asistencia sanitaria.

Escuchar casos de familias violentas o de violaciones es difícil para el personal de enfermería, porque, es lógico, este tipo de historias produce horror y rechazo. Hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones el paciente está pendiente de la reacción del profesional, por lo que es importante que éste controle sus emociones y se centre en las necesidades del paciente. El profesional debe estar preparado para escuchar lo que el paciente le cuenta, con independencia del horror, asco o indignación que le produzca. Asimismo, tiene que mostrar empatía por el paciente y comprobar cuáles pueden ser sus sentimientos en ese momento. Para ello, es útil hacer comentarios como: «debe haber sido terrible para usted» o «me pa rece que temía usted por su vida». El profesional debería transmitir comprensión, aceptación y respeto. Esto hace que el paciente sienta que, a pesar de las circunstancias en las que se encuentra, es una persona digna y valiosa. Es habitual que estos pacientes tengan una autoestima muy baja y que se sientan culpables. Deben aprender a aceptar y a afrontar lo que ha ocurrido. Si el paciente se da cuenta de que el profesional le acepta y le respeta como persona después de haber escuchado lo que ha sucedido, le será más fácil aceptarse a sí mismo. Si bien la mayor parte de las veces esta aceptación es lenta y dolorosa, es un componente esencial de la curación. El profesional debe recordar en todo momento que no tiene la capacidad de cambiar o arreglar la situación, y que su función consiste en escuchar, aceptar y apoyar al paciente.

Los profesionales que hayan sufrido o sufran malos tratos, abusos sexuales u otras experiencias traumáticas deben buscar ayuda profesional para tratar el problema antes de ponerse a trabajar con estos pacientes. Pueden prestar mucha ayuda a víctimas de experiencias traumáticas y dolorosas, pero sólo después de que ellos mismos, gracias al trabajo terapéutico, hayan comprendido y aceptado su propio trauma.

### **Consideraciones a tener en cuenta cuando se trabaja con pacientes maltratados o traumatizados**

- Este tipo de pacientes tienen muchos puntos fuertes y es posible que no sean conscientes de ello. El profesional puede ayudarles a que dejen de considerarse víctimas para considerarse supervivientes.
- Los profesionales de la enfermería deben preguntar a todas las pacientes por los malos tratos y el abuso sexual. Algunas pacientes se ofenderán y se enfadarán con el profesional, pero merece la pena porque lo importante es no pasar por alto ningún caso en los que la mujer, de haberle preguntado, hubiese respondido: «Sí. ¿Pueden ayudarme?»
- El profesional debe ayudar al paciente a centrarse en el presente y no en las experiencias horribles del pasado.

- A los profesionales les suele resultar más fácil trabajar sólo con el paciente o el agresor, mientras que emocionalmente les cuesta trabajar con ambos.

## *P*reguntas de razonamiento crítico

1. ¿Considera que azotar a un niño o niña es una forma aceptable de disciplina? ¿Qué determina la idoneidad de un método para lograr inculcar disciplina? ¿Quién debería tomar estas decisiones? ¿Por qué?
2. Un paciente informa al profesional de enfermería que en alguna ocasión perdió los estribos y pegó a su hijo. ¿Qué debería responder el profesional y qué factores debe tener en cuenta para dicha respuesta?

## PUNTOS CLAVE



- El Department of Health and Human Services de Estados Unidos considera que la violencia, los malos tratos y los abusos sexuales son un problema de salud pública prioritario.
  - Las víctimas de la violencia, los malos tratos y los abusos sexuales suelen ser las mujeres y los niños.
- Las características principales de las familias violentas son el proceso de transmisión intergeneracional, el aislamiento social, las relaciones de poder y control y el consumo excesivo de alcohol y otras drogas.
- La violencia en la pareja se denomina violencia de género cuando afecta a la mujer; puede ser física, psicológica o sexual, aunque pueden producirse los tres tipos a la vez.
- A las mujeres les cuesta trabajo librarse de las relaciones violentas debido a la dependencia emocional y económica que tienen de su agresor y al miedo de que se agraven los malos tratos o a perder la vida si dejan al agresor.
- El profesional puede detectar casos de violencia de género en diferentes contextos de atención y tratamiento. Para ello, hay que preguntar a todas las pacientes sobre su relación con el marido, novio o pareja. Actualmente en muchas clínicas y hospitales se pregunta a las pacientes sobre sus relaciones de pareja en la entrevista inicial.
- La violación es un delito violento en el que el agresor humilla y maltrata física y psicológicamente a la víctima mediante el sexo. En la mitad de los casos de violación que llegan a denunciarse a la policía, el violador es una persona a la que la víctima conocía.
- El maltrato infantil incluye los malos tratos físicos y psicológicos, los abusos sexuales y el abandono. En Estados Unidos afecta a tres millones de niños.
- El maltrato a los ancianos consiste en malos tratos físicos y psicológicos, abusos sexuales, abandono y explotación económica. En las residencias y otros centros de atención sanitaria, hay personal que maltrata a los ancianos.

- Las víctimas de malos tratos, abusos sexuales, abandono y otras experiencias traumáticas a menudo sufren sentimientos de culpabilidad, vergüenza y baja autoestima, y a veces consumen alcohol y otras drogas en exceso, están deprimidas o presentan un TEPT o un trastorno disociativo.
- El TEPT es una respuesta a una experiencia traumática. Los síntomas principales son reviviscencias, pesadillas, insomnio, desconfianza hacia los demás, conductas evitativas y malestar psicológico muy intenso.
- La disociación es un mecanismo de defensa inconsciente que protege de las emociones demasiado intensas asociadas con el trauma durante y después de la experiencia traumática.



## RECURSOS DE INTERNET

### RECURSOS

- Plan de seguridad para la violencia doméstica
- Teléfono gratuito para las víctimas de la violencia de género
- Violencia doméstica
- Maltrato infantil
- National Center on Elder Abuse

### DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.aardvarc.org/dv/plan.shtml>

<http://www.ndvh.org>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/domesticviolence.html>

<http://www.childabuse.com>

[http://www.ncea.aoa.gov/NCEAroot/Main\\_Site/Index.aspx](http://www.ncea.aoa.gov/NCEAroot/Main_Site/Index.aspx)

\*Todas estas páginas disponen de numerosos enlaces a otras páginas relacionadas con el mismo tema.

- La característica principal de los trastornos disociativos es la alteración de la función integradora de la consciencia, la memoria, la identidad y la percepción del entorno. Existen cuatro tipos de trastorno disociativo: la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativo y el trastorno de despersonalización.
- Las víctimas de malos tratos, abusos sexuales o cualquier otra experiencia traumática pueden ser hospitalizados para garantizar su seguridad o proceder a su estabilización cuando los síntomas son muy intensos (p. ej., reviviscencias y episodios disociativos).
- El profesional puede ayudar al paciente a disminuir la intensidad y frecuencia de los episodios disociativos y de las reviviscencias mediante las técnicas de reorientación (*grounding*).
- En estos pacientes, las intervenciones de enfermería importantes son la protección de su

seguridad y la ayuda para que aprendan a manejar el estrés y las emociones, mejorar su autoestima y establecer un sistema de apoyo social.

- Los temas de autoconciencia más importantes para los profesionales de la enfermería son el control de sus propios sentimientos y reacciones respecto a los malos tratos, el abuso sexual y la violación, y reconocer y tratar mediante ayuda profesional cualquier problema de malos tratos, abusos sexuales o abandono que el propio profesional haya sufrido o esté sufriendo.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2006). A qualitative exploration of the nature of domestic violence in pregnancy. *Violence Against Women, 12*(6), 558–604.
- Basile, K. C., Swahn, M. H., Chen, J., & Saltzman, L. E. (2006). Stalking in the United States: Recent national prevalence rates. *American Journal of Preventative Medicine, 31*(2), 172–175.
- Bernet, W. (2005). Child maltreatment. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 8th ed., pp. 3412–3424). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bureau of Justice Statistics. (2007). Available at: <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs>.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2008). Available at: <http://www.cdc.gov/cdc.html>.
- Childhelp. (2008). *National child abuse statistics*. Retrieved January 10, 2009, from <http://www.childhelp.org/resources/learning-center/statistics>.
- Child Welfare Information Gateway. (2008). *Child abuse and neglect*. Retrieved January 10, 2009, from <http://www.childwelfare.gov/can/index.cfm>.
- DiGrande, L., Perrin, M. A., Thorpe, L. E., Thjalji, L., Murphy, J., Wu, D., et al. (2008). Posttraumatic stress symptoms, PTSD, and risk factors among lower Manhattan residents 2–3 years after the September 11, 2001 terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress, 21*(3), 264–273.
- Goldstein, M. Z. (2005). Elder abuse, neglect, and exploitation. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 8th ed., pp. 3828–3834). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Harris, W. W., Lieberman, A. F., & Marans, S. (2007). In the best interests of society. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(3–4), 392–411.
- Koepsell, J. K., Kernic, M. K., & Holt, V. L. (2006). Factors that influence battered women to leave their abusive relationships. *Violence and Victims, 21*(2), 131–147.
- Lipkins, S. (2006). *How parents, teachers, and coaches can stop the violence, harassment, and humiliation*. San Francisco: Guilford Press.
- Marin Institute. (2008). *Fact sheet: Violence and alcohol*. Retrieved January 5, 2009, from <http://www.marininstitute.org/>.
- McCloskey, L. A., Williams, C. M., Lichter, E., Gerber, M., Ganz, M. L., & Sege, R. (2006). Assessing intimate partner violence in health care settings leads to women's receipt of interventions and improved health. *Public Health Reports, 121*(14), 435–444.
- McGuinness, T. M. (2007). Dispelling the myths of bullying. *Journal of Psychosocial Nursing, 45*(10), 19–22.
- Muehlbauer, M., & Crane, P. A. (2006). Elder abuse and neglect. *Journal of Psychosocial Nursing, 44*(11), 43–48.
- National Center for Education Statistics (NCES). (2008). *Indicators of school crime and safety: 2007*. Retrieved January 15, 2009, from <http://www.nces.ed.gov/crimeindicators/crimeindicators2007>.
- RAINN (Rape, Abuse, & Incest National Network). (2009). *Who are the victims? The offenders*. Retrieved January 19, 2009, from <http://www.rainn.org>.
- Rubin, D. C., & Berndtson, D. (2007). People believe it is plausible to have forgotten memories of childhood sexual abuse. *Psychonomic Bulletin & Review, 14*(4), 776–778.

- State University of New York at Buffalo Counseling Center. (2008). Available at: <http://ub-counseling.buffalo.edu/warnings.php>.
- Van Cleave, J., & Davis M. M. (2006). Bullying and peer victimization among children with special health care needs. *Pediatrics*, *118*(4), e1212–e1219.
- van der Kolk, B. A. (2005). Physical and sexual abuse of adults. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 8th ed., pp. 2393–2398). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Burgess, A. W., Mahoney, M., Visk, J., & Morgenbesser, L. (2008). Cyber child sexual exploitation. *Journal of Psychosocial Nursing*, *46*(9), 38–44.
- Carretta, C. M. (2008). Domestic violence: A worldwide exploration. *Journal of Psychosocial Nursing*, *46*(3), 26–34.
- Johnson, D. M., & Zlotnick, C. (2006). A cognitive–behavioral treatment for battered women with PTSD in shelters: Findings from a pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, *19*(4), 559–564.
- McGuinness, T. M., & Schneider, K. (2007). Poverty, child maltreatment, and foster care. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *13*(5), 296–301.

## Autoevaluación

### PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. ¿Cuál de las siguientes acciones es la mejor en el caso de un profesional que está evaluando a un niño que podría haber sufrido maltrato?
  - a. Confrontar a los padres con los hechos y preguntarles qué ha ocurrido.
  - b. Consultar con otro profesional del equipo multidisciplinario sobre la posibilidad de interponer una denuncia.
  - c. Preguntar al niño cuál de los dos padres le ha provocado la lesión.
  - d. No decir ni hacer nada porque el profesional sólo tiene sospechas, no tiene pruebas.
2. ¿Cuál de las siguientes intervenciones sería más apropiada en el caso de un paciente que padece un trastorno disociativo y tiene dificultades para expresar sus sentimientos?
  - a. Técnicas de distracción.
  - b. Técnicas de orientación en la realidad.
  - c. Llevar un diario.
  - d. Técnicas de reorientación (*grounding*).

3. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta con respecto al contacto físico con un paciente que está sufriendo una reviviscencia?
  - a. El profesional debe colocarse de pie delante del cliente antes de tocarlo.
  - b. El profesional nunca debe tocar a un paciente que está sufriendo una reviviscencia.
  - c. El profesional tocará al paciente sólo si el paciente le autoriza.
  - d. El profesional tocará al paciente para aumentar su sensación de seguridad.
  
4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta sobre la violencia en las parejas homosexuales?
  - a. Es menos frecuente que la de las parejas heterosexuales.
  - b. La frecuencia y la intensidad de la violencia son mayores que en las parejas heterosexuales.
  - c. La tasa de violencia es aproximadamente la misma que en las parejas heterosexuales.
  - d. Ninguna de estas afirmaciones es cierta.
  
5. Un profesional de la enfermería que está trabajando con un paciente durante una reviviscencia dice: «Sé que está usted asustado, pero ahora se encuentra en un lugar seguro. ¿Ve la cama? Estamos en su habitación. ¿Nota la silla en la que está sentado?». ¿Cuál de las siguientes técnicas está utilizando?
  - a. Técnicas de distracción.
  - b. Técnicas de orientación en la realidad.
  - c. Técnicas de relajación.
  - d. Técnicas de reorientación (*grounding*).
  
6. ¿Cuál de los siguientes hallazgos de la valoración pueden indicar que el anciano al que se está evaluando sufre autoabandono (síndrome de dejadez senil)?
  - a. Dudas a la hora de hablar de forma franca y directa con el profesional de la enfermería.
  - b. Incapacidad para manejar los asuntos relacionados con el dinero.
  - c. Pérdida de objetos valiosos que el paciente guarda en el lugar adecuado.
  - d. Explicación inusual de la causa de las lesiones.
  
7. ¿Qué tipo de maltrato infantil puede ser más difícil de tratar con eficacia?
  - a. Malos tratos psicológicos.
  - b. Abandono.
  - c. Malos tratos físicos.



- d. Abuso sexual.
8. Muchas veces las mujeres que son víctimas de la violencia de género siguen manteniendo la relación debido a la existencia de creencias falsas o incorrectas. ¿Cuál de las siguientes creencias es cierta?
- a. Si intenta dejar al agresor, aumenta el riesgo de que la violencia sea más intensa.
  - b. Si fuese capaz de satisfacer las necesidades de su pareja, la violencia desaparecería.
  - c. Además del agresor, ninguna otra persona aguantaría a una mujer tan dependiente.
  - d. Ella misma a veces hace cosas que sirven para desencadenar la violencia.

---

## **PREGUNTAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE**

*Puede elegir más de una respuesta en cada pregunta.*

1. ¿Qué debería esperar encontrar el profesional que evalúe a un paciente con un trastorno por estrés postraumático?
  - a. Incapacidad para relajarse.
  - b. Aumento del consumo de alcohol.
  - c. Insomnio incluso cuando está muy cansado.
  - d. Desconfianza hacia los extraños.
  - e. Habla de sus problemas con los amigos.
  - f. Le gustaría pasarse todo el día durmiendo.
2. Una mujer llega al servicio de urgencias de un hospital y dice: «Acaban de violarme». ¿Qué debe hacer el profesional de la enfermería?
  - a. Permitir a la paciente que hable todo lo que desee.
  - b. Preguntarle si quiere que llamen a un familiar o a un amigo.
  - c. Ofrecerle café, té o cualquier otra bebida.
  - d. Hacer a la paciente una exploración completa rápidamente para disminuir los efectos de la experiencia traumática.
  - e. Proporcionar intimidad a la paciente, dejarla que vaya a un habitación para que pueda llamar por teléfono.
  - f. Quedarse con ella hasta que llegue al servicio de urgencias un familiar o un amigo.



# 12

## Pérdida y duelo

### Términos clave

- aculturación
- aflicción (por la muerte de un ser querido)
- añoranza (anhelo)
- conductas de apego
- desorganización
- duelo
- duelo anticipatorio
- duelo complicado
- duelo oculto
- espiritualidad
- homeostasis
- llorar hacia fuera
- luto
- negación adaptativa
- presencia atenta
- proceso de duelo
- recuperación
- reorganización
- tareas del proceso de duelo
- teorías sobre el proceso de duelo

### Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Citar los tipos de pérdida que conducen al duelo.
2. Explicar las distintas teorías sobre del proceso de duelo.

3. Describir las cinco dimensiones del proceso de duelo.
4. Explicar los ritos y rituales culturales, tanto universales como específicos de cada cultura, asociados con el dolor por la pérdida de un ser querido.
5. Explicar el concepto de duelo oculto.
6. Enumerar los factores que aumentan el riesgo de complicaciones durante el proceso de duelo.
7. Citar los principales factores que influyen en la integración de la pérdida.
8. Aplicar el proceso de enfermería para facilitar el duelo de los pacientes y las familias.

**LAS EXPERIENCIAS DE PÉRDIDA SON NORMALES** y es una parte inseparable de la vida. Dejar ira, renunciar y seguir adelante son componentes inevitables de todas las etapas del crecimiento y maduración del ser humano. Es habitual vernos obligados a despedirnos de personas, lugares, sueños y objetos con los que hemos mantenido una relación intensa. Ejemplos de las pérdidas inevitables que acompañan al ser humano en su desarrollo evolutivo son el abandono de nuestra manta o juguete favorito, la despedida de la profesora de primer curso de primaria y la renuncia del deseo adolescente de convertirse en una estrella de rock. La pérdida obliga a las personas a cambiar, madurar y buscar su potencial humano innato. Puede tratarse de una pérdida planificada o esperada, pero también puede ser una pérdida repentina e inesperada. Aunque a veces es muy difícil de sobrellevar, la pérdida puede ser beneficiosa para la persona. En otros casos, los efectos de la pérdida son devastadores y pueden minar nuestra salud física y mental.

El **duelo** es un conjunto de emociones y afectos que constituyen la reacción normal a la experiencia de la pérdida. El proceso de duelo es el conjunto de cambios y alteraciones que se van produciendo a lo largo del tiempo en la persona que ha sufrido una pérdida. El duelo tiene dos dimensiones: el contenido (lo que se piensa, se dice y se siente) y la forma (cómo se piensa, cómo se dice y cómo se siente). Todas las personas pasan por el proceso de duelo cuando hay cambios y pérdidas en su vida. En muchos casos, el del duelo es uno de los procesos más difíciles y arduos de la existencia humana, y nunca nos consuela ni nos agrada. El proceso de **duelo anticipado** es aquél en el que una persona se ve afectada por una pérdida inminente o en futuro cercano. Se trata de una anticipación mental a lo que se espera o se teme que ocurra (Ziemba y LynchSauer, 2005). El luto es la expresión exterior más visible del duelo. Los rituales del luto varían de una cultura a otra; por ejemplo, el velatorio, la celebración del Shiva y los diferentes tipos de ceremonias religiosas y de funerales.

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.



## **Duelo.**

Este capítulo trata de la experiencia humana de la pérdida y del proceso por el cual las personas superan la aflicción por la pérdida y la integran en su vida. Para ayudar y atender a un paciente en proceso de duelo, el personal de enfermería necesita comprender dicho proceso y conocer la influencia de la cultura en las reacciones frente a la pérdida. A veces, el duelo es la razón principal del tratamiento. En el apartado del proceso de enfermería se explica el papel del profesional en el proceso de duelo y se proporcionan orientaciones y directrices para ayudar a los pacientes y enseñarles a afrontar la pérdida. Asimismo, se explica la importancia de la autoconciencia y de la competencia profesional para ayudar al paciente y a su familia durante el período del duelo.

## **TIPOS DE PÉRDIDA**

Un marco teórico muy útil para analizar los diferentes tipos de pérdida es la jerarquía de

las necesidades humanas de Abraham Maslow. Según Maslow (1954), el comportamiento de los seres humanos está motivado por la necesidad de satisfacer una serie de necesidades que se organizan de forma jerarquizada: en primer lugar están las necesidades fisiológicas (alimento, aire, agua, sueño), las siguientes necesidades están relacionadas con la seguridad (un lugar seguro para vivir y trabajar), y, por último, la necesidad de estabilidad y pertenencia (relaciones interpersonales satisfactorias). Hay otras necesidades de orden más elevado, como la necesidad de autoestima, que está asociada con la confianza en sí mismo y con el convencimiento de que se es una persona capaz y útil para los demás, y la necesidad de autorrealización, que es la más elevada y se satisface cuando podemos desarrollar y poner en práctica todo nuestro potencial innato. Cuando por cualquier razón, no es posible satisfacer algunas de estas necesidades, experimentamos una pérdida. A continuación se exponen algunos ejemplos de pérdida organizados desde el punto de vista de la teoría de Maslow:

- *Pérdida fisiológica*: la amputación de un miembro, una mastectomía, una histerectomía, la pérdida de movilidad total o parcial del cuerpo.
- *Pérdida de la seguridad*: la pérdida de un entorno seguro es evidente en los casos de violencia de género, maltrato infantil o violencia en los espacios públicos. Los seres humanos necesitamos percibir nuestro hogar como una fortaleza segura y confiar en que las personas que viven bajo nuestro mismo techo nos proporcionarán protección y seguridad, y no dolor y violencia. Instituciones públicas como la escuela y las iglesias también suelen asociarse con la seguridad. Cuando se produce violencia en los espacios públicos, como en los colegios, las universidades y los lugares de culto, nuestra sensación de seguridad disminuye considerablemente.
- *Pérdida de la estabilidad y del sentido de pertenencia*: la pérdida de un ser querido afecta a nuestra necesidad de amar y al sentimiento de ser amados. Las alteraciones de las relaciones entre las personas, como los nacimientos, las bodas, los divorcios, las enfermedades y la muerte, suelen acompañarse de sentimientos de pérdida. La razón es que estos cambios modifican la asignación de las funciones dentro de la familia o del grupo de referencia, y abandonar la función que veníamos desempeñando se vive como una pérdida.
- *Pérdida de la autoestima*: un cambio en la forma en que los demás valoran a una persona por su trabajo o sus relaciones sociales puede amenazar la autoestima. La forma en que los demás nos perciben y valoran influye mucho en la percepción y valoración que tenemos de nosotros mismos. Puede ser un cambio real, pero en otros casos, lo que ha cambiado es nuestro sistema de valores o el de los demás, con el resultado de que ni los demás nos perciben como antes ni nosotros nos percibimos de la misma forma. Ejemplos de cambios que constituyen una pérdida y pueden desembocar en una amenaza para nuestra autoestima son la muerte de una persona querida, la ruptura de una relación, la pérdida de un empleo y la jubilación.
- *Pérdida relacionada con la autorrealización*: una crisis, interna o externa, que bloquea o inhibe los esfuerzos hacia la realización personal amenaza los objetivos personales y el potencial individual. Una persona que deseaba estudiar en la universidad, escribir



libros y ser profesor universitario, llega a un punto de su vida en que comprende que esos planes nunca se materializarán, o bien pierde las esperanzas de encontrar una pareja y tener hijos. Estas pérdidas también dan lugar a un proceso de duelo.

La satisfacción de las necesidades humanas nos lleva a vivir a través de un proceso dinámico y a actuar en todos los niveles de la jerarquía de Maslow. La satisfacción simultánea de las necesidades en las áreas de la integridad fisiológica, la seguridad, la estabilidad, el sentido de pertenencia, la autoestima y la autorrealización es un trabajo arduo y nos exige ser flexibles y centrarnos en lo que es importante en cada momento. Hay momentos en los que lo prioritario es centrarse en la seguridad, por encima de los objetivos profesionales o de autorrealización personal. Toda pérdida conlleva un proceso de duelo que en ocasiones pone a prueba nuestra capacidad para satisfacer todos los niveles de la jerarquía de las necesidades.

## **PROCESO DE DUELO**

El personal de enfermería interactúa con los pacientes respondiendo a las innumerables pérdidas que éstos han ido sufriendo durante su vida. Las consecuencias de estas pérdidas se sitúan en un continuo que va de la salud a la enfermedad. Independientemente del tipo de pérdida, el profesional necesita tener un conocimiento básico de los retos que conlleva el proceso de duelo. Al comprender el dolor, los sentimientos y las emociones que el paciente experimenta durante el proceso del duelo, puede favorecerse la expresión verbal y la liberación del dolor emocional y físico durante dicho proceso. Apoyar al paciente en este proceso significa contribuir a la satisfacción de sus necesidades físicas y psicológicas.

Las técnicas de relación con el paciente y de comunicación terapéutica (p. ej., la escucha activa) son de importancia fundamental para trabajar en el proceso de duelo (v. caps. 5 y 6). Reconocer el contenido de la comunicación verbal y no verbal del paciente en las diferentes etapas del duelo ayuda al profesional a aplicar las intervenciones más útiles para satisfacer las necesidades físicas y psicológicas del paciente.

### **Teorías del proceso de duelo**

Entre las teorías más conocidas sobre el proceso de duelo están las de Elizabeth Kubler-Ross, John Bowlby, George Engel y Mardi Horowitz.

#### ***Etapas del proceso de aceptación de la muerte de Kubler-Ross***

Elisabeth Kubler-Ross (1969) sentó las bases para comprender cómo la muerte inminente afecta a los seres humanos. Mientras trataba a pacientes terminales, tomó conciencia del proceso psicológico de los pacientes moribundos. Gracias a sus observaciones de los pacientes y sus familiares, Kubler-Ross pudo elaborar un modelo de cinco etapas que explica lo que experimentan las personas cuando el médico les comunica que van a morir en poco tiempo:

1. *Negación*: el shock psíquico hace que la persona no pueda creer que va a morir.
2. *Ira*: se dirige contra Dios, los familiares, los amigos o los profesionales de la salud.
3. *Negociación*: la persona pide a Dios o al destino que no se produzca la muerte o que

ésta se retrase.

4. *Depresión*: aparece cuando de repente se toma consciencia de que se va a morir.

5. *Aceptación*: en esta fase la persona da muestras de reconciliación con la muerte.

Este modelo llegó a ser muy utilizado en su momento por todos los profesionales sanitarios que trabajan con pacientes moribundos para comprenderles y ayudarles en los meses o días anteriores a la muerte.

### *Fases del proceso de duelo de Bowlby*

El psicoanalista británico John Bowlby propuso la teoría de que los seres humanos establecen y mantienen instintivamente lazos afectivos con sus seres queridos mediante **conductas de apego**. Estas conductas son cruciales para desarrollar el sentido de la estabilidad y la supervivencia. Sentimos las emociones más intensas cuando establecemos el apego con otra personas: por ejemplo, cuando nos enamoramos, pero también cuando mantenemos el apego (p. ej., cuando nos casamos), cuando éste se rompe (divorcio, muerte de uno de los cónyuges) y cuando se reestablece o se renueva (p. ej., al resolver un conflicto o reanudar una relación) (Bowlby, 1980). Cuando el apego perdura en el tiempo es fuente de seguridad y estabilidad y, cuando se renueva es fuente de felicidad. Sin embargo, cuando el vínculo se ve amenazado o se rompe, la persona responde con ansiedad, tristeza o enfado.

Bowlby describió cuatro fases del proceso de duelo:

1. Entumecimiento emocional y negación de la pérdida.
2. Añoranza por la persona amada y protesta por la inevitabilidad de la pérdida.
3. Desorganización cognitiva y emocional, y dificultad para desenvolverse en la vida diaria.
4. Reorganización y reconstrucción del sentido de sí mismo, lo que permite la reestructuración de la vida de la persona que sufre.

### *Etapas del proceso de duelo de Engel*

George Engel (1964) describió las siguientes cinco etapas del proceso de duelo:

1. *Shock e incredulidad*: la reacción inicial a una pérdida es un sentimiento de aturdimiento y entumecimiento emocional y rechazo a reconocer la realidad de la pérdida en un intento de protegerse de un malestar insoportable.
2. *Desarrollo de la consciencia de pérdida*: a medida que la persona comienza a darse cuenta de la pérdida, llora y tiene sentimientos de desamparo, frustración, desesperanza e ira hacia sí mismo y hacia los demás, incluido Dios y la persona que ha muerto.
3. *Restitución*: participación en los rituales de la muerte, como el velatorio, el funeral, las reuniones familiares y otras ceremonias religiosas que ayudan a aceptar la realidad de la pérdida y a comenzar el proceso de recuperación.
4. *Resolución de la pérdida*: la persona está atribulada por la pérdida, idealiza a la persona perdida, llega incluso a imitarla. Con el tiempo la preocupación disminuye, por lo general alrededor de 1 año (aunque a veces más).

5. *Recuperación*: la tribulación y las obsesiones de la fase anterior desaparecen y la persona puede proseguir con su vida una vez que ha incorporado la pérdida en ella.

**Estadios de la pérdida y de la adaptación de Horowitz**

Mardi Horowitz (2001) divide el duelo normal en cuatro estadios de pérdida y adaptación:

1. *Llorar hacia fuera*: es el momento en el que la persona se da cuenta de la pérdida. La reacción emocional se expresa hacia fuera y por medio de gritos, alaridos, llanto muy intenso o desmayos. En ocasiones, se reprime la expresión de los sentimientos y se intenta mantener el control emocional, en cuyo caso la persona nos parece estoica. En cualquier caso, los sentimientos iniciales producen un gran gasto de energía, por lo que suelen ser de poca duración.
2. *Negación e intrusión*: durante este estadio, la persona se debate entre la negación y la intromisión. En el período de negación, se distrae y se implica a fondo en actividades de todo tipo, de tal forma que muchas veces no piensa en la pérdida. En otras ocasiones, la pérdida y todo lo que ésta representa se entromete en cada momento y actividad, por lo que los sentimientos vuelven a intensificarse.
3. *Elaboración*: a medida que pasa el tiempo, la persona pasa menos tiempo debatiéndose entre la negación y la intrusión, y las emociones ya no son tan intensas y abrumadoras. Aún piensa en la pérdida, pero al mismo tiempo comienza a descubrir nuevas formas de reorientar su vida.

Tabla 12-1. Etapas del proceso de duelo: comparación entre los diferentes modelos teóricos				
Autor	Fase I	Fase II	Fase III	Fase IV
Kubler-Ross (1969)	Negación (fase I)	Ira (fase II)	Depresión (fase IV)	Aceptación (fase V)
Bowlby (1980)	Entumecimiento emocional, negación de la pérdida	Negociación (fase III) Añoranza de la persona amada, protesta por la pérdida	Desorganización cognitiva y emocional, desesperanza, dificultad para desenvolverse en la vida diaria	Reorganización cognitiva, reconstrucción del sentido de sí mismo
Engel (1964)	Shock e incredulidad	Desarrollo de la consciencia de pérdida: llanto, frustración, ira	Restitución: rituales de la muerte	Resolución: tribulación por la pérdida
Horowitz (2001)	Llorar hacia fuera: los sentimientos se expresan o se reprimen	Negación e intrusión: la persona fluctúa entre no pensar en la pérdida y sumergirse del todo en ella	Elaboración: la persona comienza a descubrir nuevas formas de reorientar su vida	Finalización: la vida vuelve a parecer normal, pero diferente después de la pérdida que se ha sufrido

4. *Finalización*: la vida comienza a parecer de nuevo «normal», a la vez que diferente después de la pérdida que se ha sufrido. Los recuerdos son menos dolorosos y ya no interfieren constantemente en las actividades cotidianas. Aún hay sentimientos intensos, especialmente al acercarse el cumpleaños o la fecha del aniversario de la muerte, pero son de naturaleza transitoria.

En la [tabla 12-1](#) se comparan las diferentes teorías sobre las etapas del duelo.

**Tareas del proceso de duelo**

Las **tareas del proceso de duelo** que debe realizar la persona afligida requieren su participación activa, no pasiva. A veces, estas tareas se denominan «elaboración del duelo» porque resultan difíciles y exigen mucho esfuerzo y energía.

[Rando \(1984\)](#) describe las tareas inherentes al proceso de duelo y las llama las «seis R»:

1. *Reconocer*: experimentar la pérdida y comprender que es real, que ha sucedido.
2. *Reaccionar*: responder emocionalmente a la pérdida, sentir los sentimientos correspondientes.
3. *Recordar y reexperimentar*: revisar y revivir los recuerdos.
4. *Resignarse*: aceptar que el mundo ha cambiado como consecuencia de la pérdida y que no hay vuelta atrás.
5. *Reorientarse*: comenzar el regreso a la vida diaria; los sentimientos de pérdida parecen menos agudos y abrumadores.
6. *Reinvertidura*: aceptar los cambios que se han producido, volver a formar parte del mundo, entablar nuevas relaciones y aceptar nuevos compromisos.

Por su parte, [Worden \(2008\)](#) concibe las tareas del proceso de duelo del siguiente modo:

1. Aceptar la realidad de la pérdida: es habitual que al principio se niegue lo que ha ocurrido porque resulta demasiado doloroso aceptarlo por completo. Con el tiempo, se oscila entre la aceptación y la negación. Para algunas personas son útiles los rituales tradicionales como los funerales y los velatorios.
2. Elaborar el dolor por la pérdida: una pérdida provoca dolor físico y emocional, que es necesario reconocer y tratar. Intentar evitar o suprimir el dolor suele retrasar o prolongar el proceso de duelo. La intensidad del dolor y la forma en que se experimenta varían de una persona a otra, pero siempre para poder avanzar el dolor tiene que aflorar.
3. Adaptarse a un entorno que ha cambiado debido a la pérdida: pueden pasar meses hasta que la persona se dé cuenta de cómo va a ser la vida después de la pérdida sufrida. Cuando fallece un ser querido, cambia la asignación o el desempeño del rol. Algunas relaciones desaparecen o cambian, y es posible que cambien también los hábitos, las costumbres y la forma de vida. Además, no es infrecuente que se afecten gravemente la propia identidad y la autoestima. A veces, aparecen sentimientos de fracaso, de insuficiencia o de desamparo. Se requieren nuevas capacidades para afrontar las circunstancias, adaptarse a un entorno en el que se han producido modificaciones, encontrar significado a su nueva vida y recuperar el control de sí mismo y de su existencia para poder seguir creciendo. De lo contrario, la persona puede caer en un estado de detención o fijación del desarrollo y quedarse anclada en el duelo.
4. Resituarse emocionalmente lo que se ha perdido y seguir adelante: la persona que llora la pérdida de un ser querido puede encontrar un espacio especial dentro de sí mismo para ese ser y para los recuerdos que le unen a él. La persona o la relación perdida no

se olvida ni disminuye su importancia: más bien cambia de lugar en la mente del doliente, lo que le permite entablar nuevas relaciones, iniciar nuevos proyectos, cumplir con los rituales cotidianos y, en definitiva, seguir adelante.

## **DIMENSIONES DEL DUELO**

Las reacciones a una pérdida son abundantes y muy diversas. La aflicción se expresa por medio de pensamientos, palabras, sentimientos y acciones, pero también mediante reacciones, incluidas las fisiológicas. Por tanto, el personal de enfermería partirá de un modelo de duelo integral que recoja las dimensiones cognitiva, emocional, espiritual y fisiológica del duelo (Lobb et al., 2006).

### **Reacciones cognitivas al duelo**

En algunos aspectos, el dolor que acompaña al duelo tiene su origen en la alteración producida en las creencias de la persona. La pérdida interrumpe, y en ocasiones destruye, los supuestos básicos sobre el significado y el propósito de la vida. A menudo el proceso de duelo cambia las creencias sobre uno mismo y el mundo, por ejemplo, la percepción de la benevolencia del mundo, de la justicia y del destino. Otros cambios en el pensamiento y la actitud son que la persona doliente puede revisar y reordenar sus valores, y en consecuencia, volverse más prudente, descartar las ilusiones anteriores sobre la inmortalidad, contemplar el mundo con una mirada más realista y replantearse sus creencias religiosas o espirituales (Zisook y Zisook, 2005).

### ***Cuestionamiento e intento de encontrar sentido a la pérdida***

La persona en proceso de duelo necesita encontrar sentido a la pérdida que ha sufrido. Para ello, se somete a un autocuestionamiento y se pregunta sobre su forma de pensar. La pérdida pone en duda todas las suposiciones que se tenían sobre la vida. Por ejemplo, cuando fallece prematuramente una persona amada, el que la llora suele cuestionar las creencias según las cuales «la vida es justa» o «controlamos nuestra vida y nuestro destino» y busca respuestas a por qué ha ocurrido lo que ha ocurrido. El objetivo de la búsqueda es dotar de significado y sentido a la pérdida. Con toda seguridad el profesional de enfermería oirá muchas veces estas preguntas:

- «¿Por qué ha tenido que pasar esto? ¡Se cuidaba tanto!»
- «¿Por qué ha tenido que morir una persona tan joven?»
- «¡Era tan buena persona! ¿Por qué le ha tenido que ocurrir precisamente a él?»

Quizás el cuestionamiento contribuya a que la persona acepte la realidad de la pérdida. Por ejemplo, es posible que el fallecimiento haya tenido que ver con los hábitos de salud de la persona fallecida: quizás no se cuidaba, no iba al médico de forma regular para hacerse un chequeo, etc. El cuestionamiento puede contribuir a que la persona se dé cuenta de que la pérdida y la muerte son realidades que todos tenemos que afrontar un día u otro. Otras personas descubren explicaciones y sentido, e incluso pueden obtener consuelo, en una idea religiosa o espiritual, como creer que la persona fallecida está ahora con Dios y en paz (Neimeyer et al., 2006).

### ***Intento de mantener presente a la persona perdida***

La creencia en la vida después de la muerte y la idea de que la persona difunta se ha convertido en nuestro guía personal para que podamos andar por el mundo sin contratiempos son reacciones cognitivas, es decir, creencias, que sirven para mantener presente a la persona que se ha ido. Un ejemplo de esto es el diálogo interior con la persona amada mientras se está realizando cualquier tarea de la vida diaria: «querido mío, me pregunto qué harías tú en mi caso, en una situación así. Quisiera que estuvieras aquí para aconsejarme. A veces, pienso que tú seguramente...». Este método para mantener la presencia de la persona querida puede suavizar el efecto de la pérdida mientras concluye el proceso de asimilación de la realidad.

### **Reacciones emocionales al duelo**

Las reacciones emocionales más habituales ante la pérdida son la ira, la tristeza y la angustia. A veces, la persona inmersa en el proceso de duelo dirige su ira y resentimiento hacia el fallecido y sus malos hábitos de cuidado de la salud o hacia los familiares, los profesionales de la salud y las instituciones sanitarias. No es infrecuente que el personal de enfermería oiga frases como éstas:

- «Si hubiese dejado de fumar cuando se lo dijimos».
- «Esto no habría ocurrido si la hubiesen llevado antes al médico».
- «No me explico por qué el médico tardó tanto tiempo en diagnosticar la enfermedad».

Otra emoción dolorosa es la culpa por lo que no se hizo en su momento con la persona que se ha ido o por lo que no se le dijo y ahora se considera que se le debía haber dicho. Cuando la muerte ha sido el resultado de circunstancias extremas, como el suicidio, un asesinato o la guerra, son habituales los sentimientos de odio y venganza (Zisook y Zisook, 2005). Además de desesperación e ira, algunas personas experimentan sentimientos de pérdida del control, de excesiva dependencia de otros e incluso de angustia ante la propia muerte.

Las reacciones emocionales son evidentes durante todo el proceso de duelo. La reacción inicial ante la noticia de la pérdida de un ser querido suele ser el aturdimiento, como si la realidad nos fuese extraña y ajena. Más tarde, la frecuencia e intensidad de las emociones varían. La persona se desempeña bien, de forma un tanto automática, en aparente calma, y de repente, se siente abrumada por la angustia. La expresión airada de la emoción suele consistir en llantos y gritos, pero puede reprimirse la expresión de las emociones y sentimientos y mostrar un rostro impasible.

Finalmente la realidad comienza a imponerse. A menudo, la persona regresa a las conductas de la infancia, y actúa como un niño que se ha perdido en unos grandes almacenes o un parque. La persona inmersa en el proceso de duelo puede mostrar irritabilidad, amargura y hostilidad hacia los sacerdotes, los médicos y el personal de enfermería, pero también hacia los familiares y amigos que intentan consolarla, e incluso, hacia la persona fallecida. El deseo sin esperanza, pero intenso, de restituir el lazo con la persona perdida obliga a buscarla y recuperarla. Durante el proceso de duelo se interpretan los sonidos, las imágenes y los olores de la persona fallecida como signos de su presencia, lo que proporciona cierto consuelo intermitente y alienta la esperanza del



reencuentro. Por ejemplo, el hecho de que suene el teléfono en un momento del día en que el fallecido solía llamar desencadenará la emoción de pensar que se va a oír su voz. O el olor del perfume que usaba su esposa impulsará al marido a explorar la habitación en busca de su rostro sonriente. A medida que va disminuyendo la esperanza de que el ser amado regrese, la tristeza y la sensación de soledad se vuelven constantes. Este tumulto emocional suele durar meses, y parece necesario para que la persona comience a reconocer la pérdida como algo permanente.

A medida que la persona afligida va comprendiendo que la pérdida es definitiva, empieza a reconocer que los patrones de pensamientos, sentimientos y conductas ligados a la vida en común con el fallecido tienen que cambiar. Cuando abandone toda esperanza de recuperar al ser querido, inevitablemente experimentará momentos de depresión, apatía o desesperación. El dolor profundo y agudo que sintió al principio se hará menos intenso y menos frecuente de forma progresiva.

Por fin, la persona afligida comienza a restablecer el sentido de su identidad personal, su orientación y su propósito para vivir. Recobra la independencia y la seguridad. Surgen nuevas maneras de gestionar la vida, se establecen nuevas relaciones. La persona se reorganiza y parece estar “normal” nuevamente, aunque ahora es diferente a como era antes de la pérdida. Aún añora al fallecido, pero pensar en él ya no provoca sentimientos de dolor.



## CASO CLÍNICO: DUELO

«Si hubiera sabido lo que es el proceso de duelo, nunca me habría casado, o habría rezado todos los días de mi vida de casada para pedir que fuese yo la primera en morir», dice Margaret, 9 años después de la muerte de su marido.

Recuerda su actitud inicial: negar y reconocer simultáneamente la realidad cuando a James le diagnosticaron un mieloma múltiple en octubre de 1987: «es un error médico (...), pero yo sé que no es un error».

Durante 2 años y medio Margaret y James siguieron de forma muy estricta el régimen de tratamiento prescrito por el especialista, pero seguían trabajando y disfrutando del tiempo libre con normalidad. Querían disfrutar de la vida al máximo. «No seamos melodramáticos. Esto es lo que hay y tenemos que enfrentarnos a ello», se dijeron.

Para Margaret fue una experiencia muy dura que algunos amigos que siempre habían estado dispuestos a acudir a las reuniones y fiestas que organizaban ya no estaban disponibles. Los pensamientos de Margaret empezaron a cambiar: «Empiezas a replantearte la idea que tienes de los demás. Me preguntaba quién iba a estar dispuesto a ayudarme y dudaba que nuestros amigos lo fuesen de verdad. Es muy doloroso darse cuenta de que aquéllos a quienes consideras tus amigos no lo son realidad, pero al final, es una liberación porque dejas que se vayan y ya no te preocupas más».

Cuando su marido murió, Margaret «mantuvo la cabeza fría y no se descompuso», hasta que de repente un día se dio cuenta de que estaba «agotada». Mientras hacía la compra notó un gran cansancio, como si el dolor fuese una losa muy pesada que había llevado a costas sin apenas darse cuenta. Sintió deseos de gritar: «¿es que nadie se ha dado cuenta de que acabo de perder a mi marido?». Uno de los

momentos más duros fue cuando al volver de acompañar a su hermana al aeropuerto, se dio cuenta de que «la casa estaba vacía». Entonces tomó conciencia de su pérdida por primera vez. Su cuerpo parecía estar «cargado de electricidad». Le parecía estar «nada más que cumpliendo con las formalidades», con las tareas habituales, como ir al supermercado o echar gasolina al coche. Se sentía aletargada.

Las crisis de llanto duraron 6 meses. Estaba «cansada de estar de duelo» y se preguntaba cuándo mejoraría la situación. También se sentía «enfadada con James; le recriminaba no haberse hecho el chequeo de todos los años. Quizás no hubiese muerto tan pronto».

Al cabo de unos meses, en pleno proceso de duelo, Margaret supo que tenía que «hacer algo constructivo». Y lo hizo. Recurrió a grupos de apoyo, viajó y participó en las actividades que se organizaban en una iglesia situada cerca de su casa.

Casi una década después de la muerte de James, Margaret ve el proceso de duelo como una profunda y punzante «búsqueda del sentido de la vida». «Si él no se hubiera ido, yo no habría llegado hasta aquí. Estoy tranquila, confiada y feliz porque la vida tiene sentido a pesar de todo.» Aun así, el sentimiento de la presencia de James sigue con ella cuando lo recuerda tal y como era antes de enfermar, y dice: «recordarlo así me hace bien».

## Reacciones espirituales al duelo

Los valores personales profundamente arraigados que dan sentido y propósito a la vida están estrechamente relacionados con las dimensiones cognitivas y emocionales del duelo. Estos valores y los sistemas de creencias que los sostienen son componentes fundamentales de la espiritualidad y de la reacción espiritual ante el duelo. Dentro de la dimensión espiritual de la experiencia humana está la idea de que durante el proceso de duelo, el afligido puede sentirse consolado o desolado. También pertenece a la dimensión espiritual la idea de que el proceso de duelo representa una prueba o reto para la persona. Durante el duelo, a veces se está desilusionado o incluso enfadado con Dios, con otras figuras de la religión o con un sacerdote que nos guía y aconseja. La angustia provocada por el abandono y la pérdida de esperanza o del sentido de la vida provocan confusión y dolor.

Es fundamental que el profesional de la enfermería preste atención a las necesidades espirituales de los pacientes afligidos. Las reacciones emocionales se entremezclan con las cognitivas y con las espirituales. Al detectar y comprender esta imbricación, el profesional puede ayudar al paciente considerablemente. Dar oportunidad a los pacientes de compartir su sufrimiento les ayuda a realizar la transformación psicológica y espiritual durante el proceso de duelo. Si el paciente encuentra una explicación y un sentido gracias a sus creencias religiosas o espirituales, podrá identificar los aspectos positivos del proceso de duelo. Las personas que pasan por este proceso también pueden experimentar la pérdida como una oportunidad que se les ofrece para su maduración y crecimiento personal.

## Reacciones conductuales al duelo

Por lo general, las reacciones conductuales al duelo son las más fáciles de observar. La persona en proceso de duelo funciona «automáticamente», es decir, de la forma habitual, pero sin pensar demasiado en lo que hace y por qué lo hace. Esto es un signo indicativo de que se siente embotada o aturdida y de que aún no ha asumido la realidad de la

pérdida. Los sollozos, el llanto incontrolable, la inquietud y la sensación de que el paciente está buscando algo permanentemente son conductas muy habituales durante el duelo. Es posible que la persona llame en voz alta al fallecido o que explore la habitación con la mirada como si estuviese buscándolo. La irritabilidad y la hostilidad hacia los demás se deben a la ira y a la frustración que acompañan al proceso. Tanto buscar como evitar los lugares y las actividades que una vez se compartieron con la persona que se ha perdido, así como el deseo de guardar o de tirar los objetos que pertenecían al fallecido, son un reflejo de la continua fluctuación de los sentimientos, y a la vez, re-presentan la esperanza de la conexión con él.

Después de la desorganización que provoca el duelo y durante la etapa de elaboración es fundamental, redefinir la propia identidad, aunque sea difícil. Aunque son superficiales y poco consistentes al principio, los esfuerzos que la persona doliente realiza para reintegrarse a las actividades sociales y laborales son una forma de compensar los vaivenes cognitivos y emocionales. El consumo excesivo de alcohol u otras drogas es una reacción conductual a la pérdida e indica que el paciente aún no se ha adaptado a la nueva realidad. Es también indicativo de la pérdida de esperanza y, en algunos casos, de la crisis espiritual que está viviendo el paciente. Los intentos de suicidio y de asesinato son reacciones extremas que indican que la persona es incapaz de avanzar en el proceso de duelo.



### **Síntomas fisiológicos.**

En la fase de reorganización o recuperación, el doliente empieza a participar en actividades que le resultan significativas y satisfactorias. Redefinir el sentido de la vida, así como descubrir nuevas actividades y relaciones sociales, devuelve a la persona la sensación de que la vida puede ser algo que merece la pena.

### **Reacciones fisiológicas al duelo**

Los síntomas fisiológicos y los problemas médicos asociados con el duelo suelen ser fuente de ansiedad y preocupación para el doliente, para sus familiares y sus amigos. Con frecuencia sufren insomnio, cefaleas, alteraciones del apetito, pérdida de peso, falta de energía, palpitaciones o dispepsia. Pueden aparecer también alteraciones inmunitarias y endocrinas. Los síntomas más frecuentes y persistentes relacionados con la pérdida de un ser querido son los asociados con los trastornos del sueño (Zisook y Zisook, 2005).

## **ASPECTOS CULTURALES**

### **Reacciones universales a la pérdida**

Aun cuando todas las personas lloran la pérdida de sus seres queridos, las costumbres y los rituales de la muerte varían entre culturas. Cada una define cuándo, cómo y por quién se debe guardar luto y cómo y dónde hemos de manifestar nuestra tristeza o integrar la pérdida sufrida durante el proceso de duelo. Estas normas constituyen el contexto del duelo y son coherentes con las creencias de cada cultura sobre la vida, la muerte y la vida después de la muerte. Algunos aspectos de la experiencia y la manifestación de la pérdida son más importantes que otros en las distintas culturas.

No obstante, la reacción inicial de shock y aturdimiento, la desorientación, los intentos de mantener la relación con el fallecido, la ira hacia quienes se considera responsables de la muerte del ser querido y la necesidad de tiempo para llorar la pérdida son comunes a todas las culturas. Sin embargo, cada cultura establece qué formas de expresar el aturdimiento, la desorientación, la tristeza y la ira son aceptables. Conocer todos estos rituales del duelo puede ayudar a los profesionales de la enfermería a comprender mejor la conducta del paciente y su familia.

### **Rituales propios de cada cultura**

Al emigrar a Estados Unidos o Canadá, muchas personas pueden perder sus ricas raíces étnicas y culturales durante el proceso de adaptación denominado aculturación (cambios en los propios valores, creencias y conductas culturales para adaptarse a los de otro país). Por ejemplo, en Estados Unidos, en algunas empresas funerarias pueden disuadir de la celebración de determinados ritos de paso que celebran o lamentan la pérdida de los seres queridos, o se muestran reacios a permitir que se realicen ciertos rituales que les resultan incómodos. Muchos de estos ritos, creencias y expresiones están ligados a la cultura de origen de la persona que está viviendo el proceso de duelo, por lo que los profesionales sanitarios tienen que conocerlas. Por ejemplo, los hmong, pueblo de una región montañosa del sudeste de Asia, creen que la persona fallecida entra en su nueva vida con el mismo aspecto que tenía en el momento de la muerte. Por esta razón, es posible que los familiares pidan al personal sanitario que al moribundo se le quiten las agujas, las vías, las sondas y cualquier otro «objeto extraño» antes de que mueran.

Debido a que los ritos, rituales, expresiones y creencias culturales relacionados con la aflicción por la muerte de un ser querido tienen sus raíces en algunas de las religiones más importantes del mundo (es decir, el budismo, el cristianismo, el hinduismo, el islamismo y el judaísmo), son muchas veces las creencias y prácticas religiosas o espirituales relacionadas con la muerte las que guían el proceso de luto. En Estados Unidos existen diferentes rituales y prácticas relacionadas con el luto por la pérdida de un ser querido. A continuación, resumimos algunas de las más importantes.

### ***Afroamericanos***

La mayoría de los antepasados de los afroamericanos actuales llegaron a Estados Unidos como esclavos y vivieron bajo la influencia de las prácticas religiosas cristianas, es decir, euro-peas y estadounidenses. Por ello, muchos de sus rituales están relacionados con las tradiciones cristianas. En los oficios religiosos católico y episcopaliano se cantan himnos, se lee poesía y se expresa un panegírico, mientras que en la confesión bautista y del

movimiento de la santidad (variante de la iglesia metodista), los rituales durante los oficios religiosos son menos formales y pueden incorporar cantos, danzas y la práctica de la glosolalia, que consiste en hablar en lenguas extranjeras o inventadas. Lo habitual es exponer al fallecido en la iglesia antes de trasladarlo al cementerio. El lamento también se expresa mediante rezos y plegarias, vistiendo de negro (guardar luto) y limitando las actividades sociales. El luto puede durar desde algunas semanas hasta varios años.

### *Estadounidenses musulmanes*

La religión islámica no permite la incineración. Para los practicantes de esta religión es muy importante seguir estrictamente los cinco pasos del procedimiento de la inhumación con el fin de lavar el cuerpo del fallecido, vestirlo y colocarlo en una determinada posición. El primer paso es el lavado del cuerpo, que practica de la forma tradicional un musulmán del mismo sexo que el fallecido ([Facing bereavement, 2009](#)).

### *Estadounidenses de origen haitiano*

Algunos estadounidenses de origen haitiano practican el *vodun* (vudú), también llamado «medicina de las raíces». El vudú proviene de una mezcla de rituales católicos y de prácticas tradicionales de las culturas de África occidental (Benín y Togo) y de Sudán. Se convoca a un grupo de espíritus con los que periódicamente se hacen las paces cuando ocurren determinados acontecimientos. Uno de estos hechos es la muerte de una persona amada. El vudú se practica aún en varios estados (Alabama, Louisiana, Florida, Carolina del Norte, Carolina del Sur y Virginia) y en algunos barrios de la ciudad de Nueva York.

### *Estadounidenses de origen chino*

La población de origen asiático más numerosa en Estados Unidos es la china. Tienen normas muy estrictas sobre la forma de anunciar la muerte de un ser querido, de preparar el cuerpo, de organizar el funeral, de proceder al entierro y el luto una vez que se le ha enterrado. La quema de incienso y la lectura de textos especiales son para los chinos una forma de ayudar al espíritu del fallecido a concluir felizmente su viaje y alcanzar el más allá. Si el fallecido y su familia son budistas, es importante la meditación ante un altar que se monta en la habitación del difunto. Durante el año posterior a la muerte, la familia deposita alimentos sobre una mesa para el espíritu de fallecido.

### *Estadounidenses de origen japonés*

Los estadounidenses de origen japonés que practican el budismo consideran que la muerte es una etapa de la vida. Los familiares más cercanos del difunto bañan el cuerpo con agua tibia y lo visten con un kimono blanco tras someterlo a unos ritos de purificación. Durante dos días, familiares y amigos visitan a los deudos, les ofrecen regalos (a veces también dinero para el fallecido), se dicen plegarias y se quema incienso.

### *Estadounidenses de origen filipino*

La mayoría las personas de origen filipino que viven en Estados Unidos son católicas y, según la proximidad de cada persona con el fallecido, es costumbre que durante el período de luto se vistan ropas oscuras o un brazalete de color negro. La familia y los amigos hacen ofrendas florales sobre el ataúd y cuelgan una gran tela negra en la casa del fallecido. Es habitual que los familiares publiquen esquelas en los periódicos de la



localidad, en las que solicitan oraciones y bendiciones por el alma del difunto.

### *Estadounidenses de origen vietnamita*

Los estadounidenses de origen vietnamita son predominantemente budistas, por lo que bañan y visten con ropa negra el cuerpo de la persona fallecida. También le depositan unos granos de arroz en la boca y le colocan algunas monedas sobre el cuerpo para que pueda comprarse una bebida mientras transita por el más allá. A veces se expone el cuerpo en la casa del fallecido antes de la inhumación. Cuando entran amigos en la casa, se toca música para avisar al muerto de que han llegado.

### *Estadounidenses de origen hispano*

Los estadounidenses de origen hispano provienen en su mayoría de México, Cuba, Puerto Rico y la República Dominicana, y son mayoritariamente católicos. Acostumbran a rezar una novena (es decir, oraciones que se rezan durante 9 días) por el alma del fallecido, y también el rosario. Manifiestan el *luto* vistiendo ropa negra o negra y blanca durante un período que varía según las costumbres de cada familia. El respeto hacia el fallecido suele demostrarse dejando de ver la televisión, de escuchar la radio, de ir al cine y de participar en fiestas, bailes y reuniones sociales durante algún tiempo. Los familiares y amigos del fallecido depositan flores y cruces en su tumba.

Los estadounidenses de origen guatemalteco pueden llevar una banda de música en la procesión y el entierro. En Guatemala, es práctica habitual encender velas y bendecir al fallecido mientras se le vela en casa.

### *Estadounidenses de origen indígena (nativos norteamericanos)*

Las más de quinientas tribus de estadounidenses de origen indígena siguen teniendo sus propias creencias y practicando ritos ancestrales, aunque en la actualidad muchos de ellos son cristianos. Su guía espiritual más importante es el curandero o sanador de la tribu, que posee atributos sacerdotales. El curandero ayuda a la familia y amigos de la persona fallecida a recobrar el equilibrio espiritual. La ceremonia en la que se bautiza al espíritu del fallecido parece que ayuda a aliviar la depresión de los dolientes. Las percepciones acerca del significado de la muerte y de sus efectos sobre la familia y los amigos son tan diversas como la variedad de grupos tribales.

La muerte suele considerarse un estado de amor incondicional en el que el espíritu del muerto permanece presente, consuela a la tribu y alienta a los que se han quedado en este mundo a mantener el sentido de la existencia, a ser felices y a vivir en armonía con la naturaleza y las demás personas. Otro rasgo característico de las culturas aborígenes de Estados Unidos es la creencia y el temor a los fantasmas. En algunas de estas culturas, se considera que la muerte es el final de todo lo bueno, pero en otras la muerte se percibe como el tránsito a una vida mejor en la llamada «tierra de los espíritus». Es fundamental llorar adecuadamente al fallecido, no sólo para beneficio de su alma, sino también para proteger a los demás integrantes de la tribu. Para indicar que el duelo ha terminado, se lleva a cabo una ceremonia en el lugar en el que se ha enterrado al fallecido, durante la cual se cubre la tumba con una manta o con una tela para hacer mantas. Después se entrega esa pieza a una persona de la tribu. La ceremonia se

completa con una comida, en la que hay cánticos y discursos y se recoge dinero.

### ***Estadounidenses judíos ortodoxos***

Una de las costumbres de los judíos ortodoxos es la norma según la cual siempre tiene que haber un familiar acompañando al moribundo para que el alma no deje el cuerpo mien-tras la persona está sola. Dejar solo el cuerpo del fallecido se considera una falta de respeto. Los miembros de la familia suelen pedir que se cubra el cuerpo con una sábana. Los ojos del fallecido deben estar cerrados y el cuerpo permanecerá cubierto e intacto hasta que la familia, el rabino o una persona de religión judía experto en funerales inicie los ritos. Aunque la donación de órganos está permitida, la autopsia sólo se permite cuando lo exige la ley. El entierro tendrá lugar en las 24 h siguientes, siempre y cuando no haya que retrasarlo debido a la celebración del *Sabbath*. La *shivah* es un período de 7 días que comienza el día del entierro, y representa el tiempo en que los deudos deben dejar de lado las tareas cotidianas y reflexionar sobre el cambio que se ha producido en su vida (Weinstein, 2003).

### **Papel del personal de enfermería**

La enorme diversidad cultural de Estados Unidos ofrece a los profesionales de la enfermería la oportunidad de personalizar la atención al paciente afligido y adaptarla a sus orígenes culturales y a las características de la familia. En las familias extensas, las expresiones de pesar y las reacciones a la pérdida de un ser querido suelen ser muy variables y dependen del grado de aculturación respecto a la cultura dominante en Estados Unidos. En vez de dar por sentado que conoce la conducta de una determinada cultura en relación con la muerte, el profesional tiene que motivar y animar a los pacientes para que descubran y apliquen las acciones más eficaces y significativas para ellos. Por ejemplo, puede preguntar a un paciente hispano católico practicante si le gustaría rezar por la persona fallecida. Si acaba de morir un judío ortodoxo, el profesional puede ofrecerse a quedarse acompañando el cuerpo mientras el paciente notifica el fallecimiento a los familiares.

Es posible que la aculturación sea la causa de que algunas personas pierdan, modifiquen o rechacen los rituales propios de su cultura. Sin embargo, muchos estadounidenses han adquirido en los últimos tiempos una conciencia renovada y más profunda sobre el luto gracias a los rituales. Ejemplos de esta conciencia es la creación del edredón del sida y la colocación de la bandera de Estados Unidos en las ruinas de la Zona Cero inmediatamente después de los atentados terroristas del World Trade Center en septiembre de 2001. A medida que se recuperaban y trasladaban los cuerpos de las personas fallecidas en la Zona Cero, la afectuosa diligencia y atenta presencia de los ciudadanos particulares que ofrecieron su vehículo privado sirvió para dar continuidad al ritual de colocar la bandera, que se convirtió así en un rito de paso. Gracias a los medios de comunicación, toda la nación, así como la mayoría de países del mundo, se unieron al duelo. En abril de 2000 se inauguró un monumento conmemorativo dedicado a las 168 personas que murieron en el atentado con bomba del edificio federal Alfred P. Murrah en la ciudad de Oklahoma. En el curso de la ceremonia, un sacerdote envió a las afligidas

familias y a los amigos de las víctimas el siguiente mensaje: «hay que vivir el presente y soñar el futuro». Las ceremonias conmemorativas y los oficios religiosos públicos cumplen una función muy importante en el proceso que ha de concluir con la cicatrización de la pérdida.

## **DUELO OCULTO**

El **duelo oculto** es el duelo por una pérdida que no se reconoce o que no puede reconocerse abiertamente. Por tanto, el afligido no es capaz de expresar su dolor en público y los demás no pueden o no están dispuestos a ayudarlo. Las circunstancias que llevan al duelo oculto son:

- La relación ilegítima con una persona.
- La falta de reconocimiento de la pérdida.
- El no reconocimiento de la persona afligida.
- La pérdida implica el estigma social.

En cada una de estas situaciones existe una relación con una persona seguida de una pérdida que inicia el proceso del duelo, que en estos casos es más complejo porque no se dispone de los apoyos habituales que lo facilitan y que contribuyen a aliviar la pena (Schultz y Videbeck, 2009).

En la cultura estadounidense, en caso de fallecimiento de una persona, son las relaciones de parentesco las que reciben mayor atención. Las relaciones entre amantes, amigos, vecinos, padres adoptivos, colegas y cuidadores pueden ser intensas y de larga duración, pero es posible que las personas que sufren una pérdida en estas relaciones no puedan llorarlas públicamente, o al menos, no contarán con el mismo reconocimiento y apoyo social que en el caso de la pérdida de un familiar. Además, hay relaciones que no suelen reconocerse públicamente o se sancionan socialmente. Un ejemplo son las relaciones amorosas entre homosexuales (Smolinski y Colon, 2006), vivir en pareja sin haberse casado y las aventuras extramatrimoniales.

Otras pérdidas no se reconocen o se ven como socialmente insignificantes, y por tanto, no se reconoce ni se apoya el proceso de duelo que las acompaña. Los ejemplos de esta categoría son la muerte del feto antes de nacer, el aborto, dar un niño en adopción y la muerte de un animal de compañía (Kaufman y Kaufman, 2006). Otras pérdidas no guardan relación con la muerte; es el caso de la pérdida de empleo, las separaciones, los divorcios y cuando los hijos dejan la casa familiar. Aunque son pérdidas que pueden causar una pena muy intensa a quienes las padecen, probablemente los demás las perciben como de poca importancia (Schultz y Videbeck, 2009).

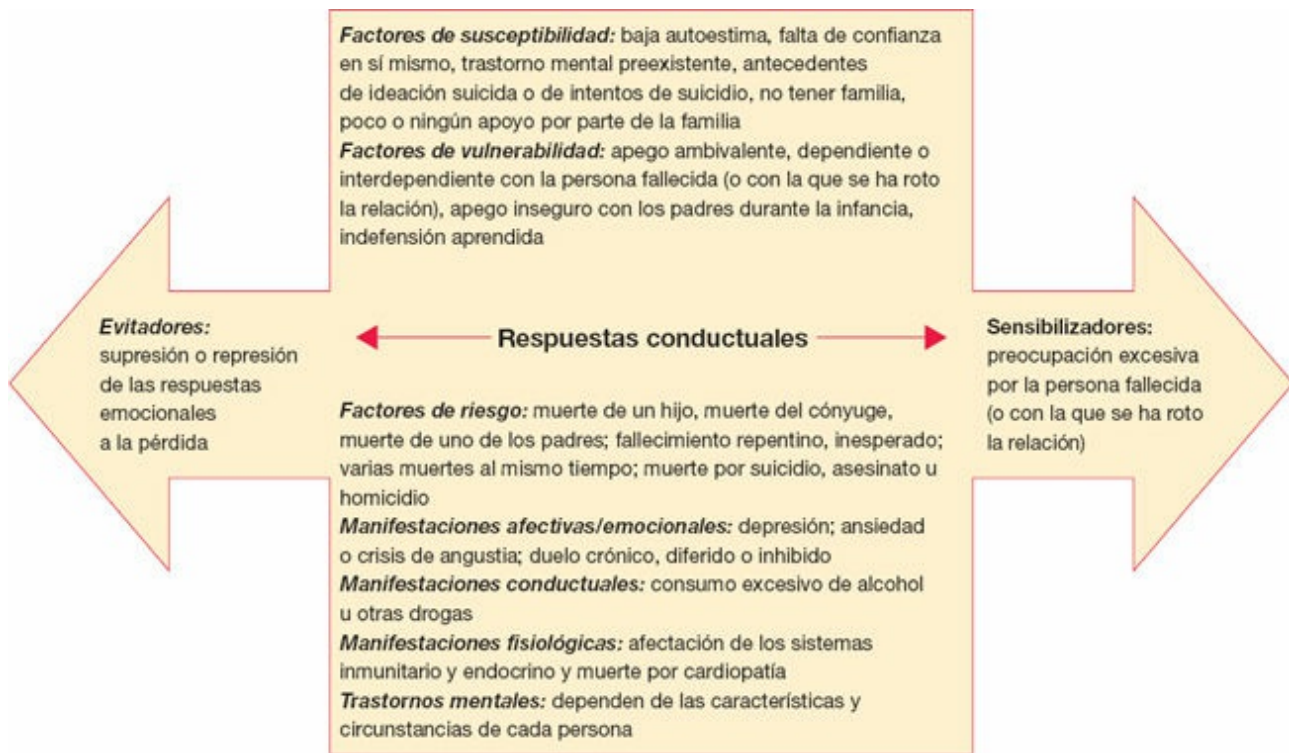
Hay personas que sufren una pérdida pero no se las reconoce ni se las apoya como cabría esperar. Por ejemplo, los ancianos y los niños gozan de poco reconocimiento social sus pérdidas y procesos de duelo. A medida que las personas envejecen, se supone que «tendrían que hacerse a la idea» de que mueran otras personas de su edad. Muchos adultos creen que los niños «no entienden o no captan» la pérdida, y debido a esto suponen erróneamente que la pena de sus hijos no existe o es mínima. Los niños sufren la pérdida de las figuras protectoras debido a la muerte, el divorcio o la desestructuración

familiar provocada por problemas como el alcoholismo o la violencia intrafamiliar. Estas pérdidas son muy importantes para ellos, y sin embargo, es posible que los adultos no las reconozcan. La muerte de alguien que está en la cárcel y la ejecución de una persona condenada a muerte conllevan un estigma social que muchas veces hace que los familiares no puedan llorarlos o no reciban el apoyo de los demás por la pérdida sufrida (Beck y Jones, 2008).

También los profesionales de la enfermería y, en general, los profesionales sanitarios, sufren el duelo oculto cuando no se reconoce su necesidad de realizar el proceso de duelo. Por ejemplo, los profesionales que desempeñan tareas de gestión de las donaciones y el transporte de órganos están en contacto permanente y muy cercano con la muerte de pacientes que pueden ser donantes de sus órganos para el beneficio de otra persona. La intensa y continua relación con los pacientes y las familias crea lazos muy fuertes, por lo que el fallecimiento del paciente es para los profesionales una pérdida importante. Sin embargo, en muy pocos casos existen un lugar y un tiempo socialmente aceptados para procesar el duelo, por lo que la soledad en la que transcurre el proceso de duelo proporciona poco o ningún consuelo (Doka, 2006).

### **DUELO COMPLICADO**

El proceso de **duelo complicado** es una reacción que escapa a la norma o una ausencia de emociones de la persona, o por el contrario, una muestra de emociones desproporcionadas con respecto a la pérdida, o un proceso de duelo excesivamente prolongado. Hay personas que reprimen sus emociones frente a la pérdida o se preocupan obsesivamente por el fallecido o el objeto perdido. Otros sufren una verdadera depresión clínica cuando no pueden avanzar en el proceso de duelo (Zhang, El-Jawahri y Prigerson, 2006). En la [figura 12-1](#) se describe el proceso del duelo complicado.



**Figura 12-1.** Dinámica del duelo complicado. (Adaptado de Groot, Keijser y Neeleman, 2006; Zhang, El-Jawahri, Prigerson, 2006; Zisook y Zisook, 2005.)

Los trastornos mentales preexistentes también suelen complicar el proceso de duelo, por lo que el personal de enfermería debe estar especialmente atento a los pacientes que han sufrido una pérdida y padecen un trastorno mental diagnosticado. El duelo puede precipitar la aparición de un trastorno depresivo mayor, sobre todo en las personas con antecedentes de este trastorno. Estos pacientes pueden experimentar también una sensación de pérdida cuando descubren que se han hecho cambios en el entorno del tratamiento, en los hábitos del personal sanitario e, incluso, en el propio personal (médicos, enfermeros y psicólogos).

Aunque el personal de enfermería tiene que conocer las complicaciones que pueden surgir durante el proceso de duelo, debe ser consciente de que este proceso es siempre único e irrepetible en cada persona y presenta siempre un carácter dinámico. La variedad de factores de índole cultural que influyen en cómo las personas expresan la experiencia del duelo es amplísima, pero también existen numerosos factores individuales que determinan el tipo de reacción emocional, la intensidad del dolor y el tiempo necesario para reconocer, asimilar e integrar la pérdida en la vida del afligido.

### **Factores de susceptibilidad y vulnerabilidad**

En algunas personas los efectos de la pérdida son especialmente devastadores porque su personalidad, su estado emocional o su situación personal las hacen susceptibles a complicaciones durante el proceso de duelo. Algunas de las siguientes características pueden predisponer a un proceso de duelo complicado:

Baja autoestima.

Poca confianza en los demás.

Trastorno psiquiátrico preexistente.

Antecedentes de ideación o de intento de suicidio. Ausencia de la familia o falta de apoyo de los familiares.

Apego ambivalente, dependiente o inseguro con la persona fallecida o con la que se ha roto la relación.

- Cuando el *apego es ambivalente*, al menos uno de los miembros de la pareja no tiene claro si ama al otro o si es amado por él. Por ejemplo, cuando una mujer no está segura de querer abortar y siente que los demás la presionan para hacerlo, experimenta un apego ambivalente hacia su hijo no nacido.
- En una *relación dependiente*, uno de los integrantes de la pareja depende del otro en lo que se refiere a la satisfacción de sus necesidades, pero esto no le lleva necesariamente a satisfacer de forma recíproca las necesidades de su pareja.
- El *apego inseguro* suele establecerse durante la infancia, especialmente cuando el niño experimenta miedo o desamparo (intimidación, maltrato o exceso de control por los padres).

La percepción que la persona tiene de la realidad es otro factor de susceptibilidad al duelo complicado. La percepción que tenemos de una situación o lo que pensamos o sentimos sobre ella no siempre se corresponde con la realidad. Al morir un ser querido, podemos creer que no seremos capaces de seguir adelante y que la situación en la que nos encontramos es una gran desventaja. En estos casos, aumenta la posibilidad de que el afligido sienta cada vez más tristeza, se deprima y no coma ni duerma. Esto, a su vez, constituye un factor de riesgo de ideación suicida.

### **Factores de riesgo**

Zhang, El-Jawahri, Prigerson (2006) y Zisook y Zisook (2005) identificaron las experiencias que aumentan el riesgo de duelo complicado, especialmente en las personas con uno o más factores de susceptibilidad y vulnerabilidad. Estas experiencias se relacionan con hechos traumáticos o con la percepción que tiene la persona de su propia vulnerabilidad:

- Muerte de un hijo o del cónyuge.
- Muerte del padre o de la madre (especialmente durante la infancia y la adolescencia).
- Muerte repentina, inesperada o prematura.
- Varias muertes simultáneas.
- Muerte por suicidio o asesinato.

Teniendo esto en cuenta, quienes perdieron a un ser querido en los atentados terroristas de Nueva York del 11 de septiembre de 2001 deben considerarse personas con un riesgo elevado de duelo complicado.

### **Proceso de duelo complicado como experiencia singular**



La persona que pasa por un proceso de duelo complicado puede sufrir también reacciones fisiológicas y emocionales. Las reacciones fisiológicas pueden estar relacionadas con la afectación del sistema inmunitario o endocrino (p. ej., incremento de la actividad corticosuprarrenal, aumento de las concentraciones séricas de la prolactina y de la hormona del crecimiento), trastornos psicósomáticos y mayor mortalidad por causa cardíaca. Las reacciones emocionales características son la depresión, la ansiedad, las crisis de angustia, el duelo diferido o inhibido y el duelo crónico (Zisook y Zisook, 2005).



#### **Crisis de angustia.**

Puesto que el proceso de duelo tiene características únicas e irrepetibles en cada persona, el profesional tiene que evaluar el grado de deterioro del paciente en el contexto de su situación y experiencias particulares. Así, por ejemplo, hay que evaluar las estrategias y el estilo de afrontamiento que el paciente utiliza para enfrentarse al problema y compararlos con las utilizadas en experiencias anteriores. Asimismo, hay que determinar si el paciente ha adquirido conductas desadaptativas, como el consumo excesivo de alcohol u otras drogas para afrontar la experiencia dolorosa.

## APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Debido a que el fuerte apego emocional que se crea en una relación interpersonal significativa no se rompe fácilmente, la pérdida de la persona amada constituye una crisis vital que tiene consecuencias trascendentales. En un trabajo sobre intervención en crisis, [Aguilera y Messick \(1982\)](#) proponen un modelo de evaluación e intervención. La crisis da lugar a un estado de desequilibrio que provoca gran consternación y obliga a la persona a recuperar la **homeostasis**, es decir, el estado de estabilidad o equilibrio. Los factores que influyen favorablemente en la recuperación de la homeostasis son una percepción correcta de la situación, el apoyo interpersonal y social adecuado y las estrategias correctas de afrontamiento de los problemas. Estos factores ayudan al paciente a recobrar el equilibrio y a volver al nivel anterior de funcionamiento o, incluso, a convertir la crisis en una oportunidad favorable para el crecimiento personal. Puesto que toda pérdida se percibe como una crisis personal, parece adecuado que el personal de enfermería aplique las técnicas de intervención en crisis.

Para que los profesionales de enfermería puedan apoyar y facilitar el proceso de duelo de los pacientes, deben observar y prestar mucha atención a las reacciones cognitivas, emocionales, espirituales, conductuales y fisiológicas. Aunque el profesional necesita conocer las fases del proceso de duelo, así como las tareas y las dimensiones de la reacción humana a la pérdida, no puede olvidar que cada paciente es único e irrepetible. La clave para la evaluación y la intervención es la comunicación eficaz con el paciente.

Para satisfacer adecuadamente las necesidades del paciente, tenemos que examinar sus propias actitudes, mantenernos siempre atentos y crear un entorno psicológicamente acogedor y seguro en el que el paciente pueda compartir su dolor. El profesional debe ser consciente de sus propias creencias y actitudes con el fin de no intentar imponérselas al paciente. Mantenerse atento significa acompañar al paciente y centrarse sólo en la comunicación y en la comprensión. Las técnicas de comunicación correctas facilitan esta **presencia atenta**, por ejemplo, un lenguaje corporal receptivo, manteniéndose de pie o sentado con los brazos bajos, de cara al paciente y manteniendo un contacto visual moderado, sobre todo cuando el paciente está hablando. La creación de un entorno psicológicamente acogedor consiste en garantizar la confidencialidad al paciente, evitar los juicios de valor o los consejos concretos y permitir que el paciente exprese sus pensamientos y sentimientos con libertad.

### Valoración

Una valoración eficaz es la que permite observar todas las dimensiones de la reacción del paciente: qué está pensando (dimensión cognitiva), cómo se siente (dimensión emocional), cuáles son sus valores y creencias (dimensión espiritual), cómo actúa (dimensión conductual) y qué pasa en su organismo (dimensión fisiológica) ([cuadro 12-1](#)). La comunicación eficaz durante la valoración puede ayudar al paciente a comprender mejor la experiencia que está viviendo, y esto a su vez puede facilitar el proceso de duelo. Mientras observa las diferentes dimensiones de la reacción del paciente a la pérdida, el profesional debe tener presente los tres componentes críticos que hay que

explorar en la valoración:

- Percepción correcta de la pérdida.
- Apoyo adecuado durante el proceso de duelo.
- Conductas de afrontamiento adecuadas durante el proceso.

### *Percepción de la pérdida*

La valoración comienza con una exploración de la percepción que el paciente tiene de la pérdida que ha sufrido. ¿Qué significado tiene la pérdida para el paciente? En el caso de una mujer que ha sufrido un aborto espontáneo de su primer hijo y en el de una paciente que ha elegido abortar, las respuestas a esta pregunta pueden ser diferentes, pero también similares. En todo caso, explorar las respuestas a la pregunta puede ayudar al paciente a iniciar el proceso de duelo.

Otras preguntas que sirven para evaluar la percepción de la pérdida y motivan al paciente a efectuar el proceso de duelo son:

- ¿Qué piensa y siente el paciente sobre la pérdida?
- ¿Cómo cree que va a afectar la pérdida a su vida?
- ¿Qué información necesita el profesional aclarar o compartir con el paciente?

Valorar la «necesidad de saber» que tiene el paciente utilizando un lenguaje sencillo y fácil de comprender le ayudará a verbalizar ciertas percepciones que posiblemente deberán analizarse, en especial en el caso de los pacientes que esperan sufrir una pérdida, como el familiar de un enfermo en fase terminal o una persona que va a perder una parte de su cuerpo debido a una intervención quirúrgica. El profesional formulará preguntas de respuesta abierta y ayudará a aclarar los conceptos erróneos que tenga el paciente.

Veamos el siguiente caso hipotético. El médico acaba de informar a la Sra. Morrison que el bulto que tiene en el pecho es canceroso y que es necesario programar una mastectomía para dos días después. El profesional va a visitar a la paciente a su habitación y la encuentra silenciosa y pasiva, viendo la televisión.

**Cuadro 12-1. Dimensiones (respuestas) y síntomas del paciente durante el proceso de duelo**

Dimensión cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteración de las creencias y valores.</li> <li>Cuestionamiento del sentido de la vida e intento de encontrar una explicación a la pérdida.</li> <li>Intento de mantener presente a la persona perdida.</li> <li>Creencia en la vida después de la muerte, creencia en que la persona fallecida nos guiará en nuestro recorrido por la vida.</li> </ul>
Dimensión emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ira, tristeza, ansiedad, crisis de angustia.</li> <li>Resentimiento.</li> <li>Sentimiento de culpabilidad.</li> <li>Entumecimiento emocional.</li> <li>Fluctuación de las emociones y de los sentimientos.</li> <li>Pena profunda, sensación de soledad.</li> <li>Deseo intenso de recuperar el nexo con la persona o el objeto perdido.</li> <li>Depresión, apatía, desesperación durante la fase de desorganización.</li> <li>Mayor sensación de independencia y aumento de la confianza a medida que avanza la fase de reorganización.</li> </ul>
Dimensión espiritual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desilusión y enfado con Dios.</li> <li>Percepción de haber sido abandonado y consecuente angustia.</li> <li>Desesperanza, la vida no tiene sentido.</li> </ul>
Dimensión conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Funcionamiento «automático».</li> <li>Sollozos profundos, llanto incontrolable.</li> <li>Inquietud intensa, conductas de búsqueda.</li> <li>Irritabilidad y hostilidad.</li> <li>Búsqueda y evitación de los lugares y actividades que compartió con la persona a quien se ha perdido.</li> <li>Guardar los objetos de la persona fallecida, y al mismo tiempo, desear deshacerse de ellos.</li> <li>Posible consumo excesivo de alcohol u otras drogas.</li> <li>Posibles gestos o intentos suicidas u homicidas.</li> <li>Durante la fase de reorganización, reflexión y búsqueda de nuevas actividades.</li> </ul>
Dimensión fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cefalea, insomnio.</li> <li>Alteraciones del apetito, pérdida de peso.</li> <li>Falta de energía.</li> <li>Palpitaciones, dispepsia.</li> <li>Alteraciones de los sistemas inmunitario y endocrino.</li> </ul>



Tres áreas importantes que deben explorarse cuando se evalúa a un paciente en proceso de duelo.



**Profesional:** «¿Cómo se encuentra Sra. Morrison?» (el profesional ofrece su presencia y comienza con una pregunta de respuesta abierta).

**Paciente:** «Bien, estoy bien. De verdad, me encuentro bien».

**Profesional:** «El médico acaba de hablar con usted. ¿Qué ha entendido de lo que le ha dicho?» (pregunta de respuesta abierta para evaluar la percepción que la paciente tiene de la situación).

**Paciente:** «Creo que me ha dicho que van a tener que operarme el pecho».

**Profesional:** «¿Y qué tal ha recibido usted esta noticia?» (pregunta de respuesta abierta para evaluar el significado que la situación tiene para la paciente).

También es importante valorar lo que el paciente piensa o cree sobre el proceso de duelo. ¿Tiene ideas preconcebidas sobre cuándo y cómo debería suceder el proceso de duelo? El profesional puede ayudar al paciente a comprender que el proceso de duelo es algo personal e irrepetible: cada persona lo lleva a cabo a su manera.



Poco después, el profesional encuentra a la Sra. Morrison golpeando la almohada y llorando. Ha comido muy poco y no quiere recibir visitas.



**Profesional:** «Sra. Morrison, veo que está alterada. Dígame, ¿qué le ocurre?» (técnicas de comunicación verbal: hacer observaciones y animar al paciente a expresarse).

**Paciente:** «Ay, estoy tan enfadada conmigo misma. Lamento que me vea en este estado. Tendría que ser capaz de enfrentarme a esto con más coraje. A otras mujeres les han quitado un pecho por el cáncer y ahora están muy bien».

**Profesional:** «Está enfadada consigo misma porque piensa que sus sentimientos deberían ser diferentes» (técnica de comunicación verbal: reflexionar).

**Paciente:** «Sí, es verdad. ¿No piensa usted lo mismo?».

**Profesional:** «Hoy ha tenido que soportar una conmoción muy grande. A mí me parece que se exige demasiado a usted misma. ¿No cree que tengo razón?» (técnicas de comunicación verbal: reflexionar, explorar, validación de la percepción del paciente).

**Paciente:** «No lo sé. Quizás tenga razón. ¿Cuánto tiempo va a durar esto? Estoy destrozada».

**Profesional:** «Está pasando por un proceso de duelo y no existe un calendario que nos permita decir cuándo va a terminar. Cada persona necesita su propio tiempo y una forma personal y única de superar este tipo de cosas» (técnicas de comunicación verbal: aceptación, dar información).

### **Sistemas de apoyo**

Una valoración eficaz de los sistemas de apoyo puede servir para indicar al paciente en proceso de duelo que hay personas que pueden satisfacer sus necesidades emocionales y espirituales. El paciente puede ayudar a identificar sus propios sistemas de apoyo, a buscarlos y a aceptar lo que le ofrecen.



**Profesional:** «¿Qué persona importante en su vida tendría que saber o querría saber lo que acaba de decirle el médico?» (busca información sobre posibles sistemas de apoyo).

**Paciente:** «Es que estoy completamente sola. No estoy casada y no tengo familiares aquí, en la ciudad».

**Profesional:** «¿No hay nadie a quien le pueda interesar esta noticia?» (técnica de comunicación verbal: verbalizar la duda).

**Paciente:** «Bueno, a lo mejor a una amiga con la que a veces hablo por teléfono».

### **Conductas de afrontamiento**

A veces, la conducta del paciente permite al profesional recoger información directa y concreta sobre su capacidad para afrontar el problema. Tenemos que observar dicha conducta durante todo el proceso de duelo y nunca dar por sentado que está pasando por una determinada fase del proceso. Utilizaremos técnicas de comunicación eficaces para



valorar hasta qué punto y de qué forma la conducta observable refleja las estrategias y estilo de afrontamiento del paciente, así como sus emociones y pensamientos. Al día siguiente, el profesional se entera de que la Sra. Morrison ha pasado la noche muy inquieta. Va a visitarla a su habitación y la encuentra llorando. La bandeja de la comida está intacta porque no ha probado bocado.



**Profesional:** «¿Está nerviosa por la operación?» (el profesional hace una observación que da a entender que el llanto de la paciente es normal, puesto que es lo que cabe esperar de alguien que está pasando por un proceso de duelo).

**Paciente:** «No, no me van a operar. Creo que me está confundiendo con otra persona» (la paciente afronta la situación mediante la negación).

Asimismo, el profesional debe hacerse algunas preguntas clave para valorar las estrategias y el estilo de afrontamiento del paciente: ¿Cómo ha afrontado esta persona una pérdida anterior? ¿Qué carencias tiene esta persona actualmente? ¿Qué semejanzas y diferencias existen entre la experiencia actual y las experiencias anteriores? ¿Dónde percibe el paciente que está el problema? ¿Tiene ideas poco realistas sobre lo que debería hacer o sobre cómo debería sentirse? La interacción entre las dimensiones de la respuesta humana es dinámica y fluida. Aquello en lo que una persona piensa y la forma en la que lo piensa durante el proceso de duelo afecta a sus sentimientos, y estos sentimientos, a su vez, afectan a su conducta. Los factores clave (percepción de la pérdida, apoyo y afrontamiento) también están relacionados entre sí y proporcionan el marco dentro del cual el profesional debe valorar y ayudar al paciente.

### **Análisis de los datos y planificación**

El profesional debe fundamentar los diagnósticos de enfermería del paciente en proceso de duelo en los datos subjetivos y objetivos procedentes de la valoración. Los diagnósticos de enfermería NANDA-I (2009) que se emplean para pacientes en proceso de duelo son:

- **Duelo:** proceso complejo, pero normal, que comprende una serie de reacciones y conductas en las siguientes dimensiones: emocional, espiritual, social, intelectual y fisiológica. Este proceso sirve para que las personas, las familias y las comunidades incorporen una pérdida real, percibida o anticipada en su vida cotidiana.
- **Duelo complicado:** trastorno que aparece después de la muerte de una persona querida, en el cual el sufrimiento que acompaña al duelo no responde a lo que cabría esperar, y da lugar a una alteración funcional de la persona en proceso de duelo (anteriormente el duelo complicado se llamaba duelo disfuncional).

### **Identificación de los resultados**

Cabe esperar los siguientes resultados:

El paciente:

- Identificará los efectos de su pérdida.

- Comprenderá el significado que la pérdida tiene para él.
- Buscará los apoyos adecuados durante el proceso de duelo.
- Elaborará un plan para enfrentarse a la pérdida.
- Aplicará estrategias eficaces de afrontamiento, y al mismo tiempo, expresará e irá comprendiendo y asimilando las diferentes dimensiones de la respuesta a la pérdida.
- Reconocerá los efectos negativos que la pérdida ha tenido sobre su vida.
- Buscará o aceptará la ayuda de un profesional si la necesita para avanzar en el proceso de duelo.

## Intervención

La intervención del personal de enfermería ayuda al paciente a analizar la situación y llevar a cabo los cambios necesarios, que serán distintos conforme el proceso de duelo vaya avanzando. A veces será capaz de dar un paso muy doloroso; otras veces dará la impresión de que vuelve al mismo punto una y otra vez.

### *Exploración de la percepción de la pérdida*

Las respuestas cognitivas están muy relacionadas con el intenso torbellino emocional que acompaña al proceso de duelo. Explorar la percepción y el significado que tiene la pérdida para el paciente es el primer paso para aliviar el dolor asociado con la sobrecarga emocional inicial del proceso. Preguntaremos al paciente qué significa para él estar solo y explorar la posibilidad de que existan personas que le puedan servir de apoyo. Es especialmente importante prestar atención a cualquier tipo de emoción expresada por el paciente, incluso si no «está de acuerdo» con esos sentimientos. Por ejemplo, la ira hacia el fallecido o hacia Dios, o las críticas a las personas que «me ignoran» o que, según el paciente, no le prestan suficiente apoyo, pueden parecer injustificadas al profesional, pero se trata de aceptar los sentimientos del paciente, no de intentar disuadirle de la ira o de las críticas que hace a otras personas. Hay que motivar, animar y alentar al paciente para que exprese todos sus sentimientos, sin intentar calmarlo o aplacarlo.

Cuando se produce una pérdida, especialmente si es repentina e inesperada, el mecanismo de defensa cognitivo denominado negación actúa como un colchón que suaviza los efectos de la pérdida. Las respuestas verbales habituales son: «no puedo creer que haya pasado esto», «no puede ser verdad» y «seguramente es un error».

La **negación adaptativa** es una estrategia cognitiva de afrontamiento que sirve para adaptarse gradualmente a la realidad de la pérdida, y puede ayudar al paciente a renunciar a ciertas percepciones que tenía antes de que se produjese y a elaborar nuevas formas de pensar sobre sí mismo, los demás y el mundo. Si hacerse cargo de la pérdida en su totalidad parece abrumador, asumirla poco a poco, en forma de pequeñas dosis que van aumentando progresivamente, parece bastante más viable. Es posible que el paciente tuviese ciertas suposiciones sobre la forma en la que las personas tienen que responder a la pérdida y actuar ante ella, y puede ocurrir que estas suposiciones e ideas hayan demostrado ser erróneas cuando el paciente se encuentra en esa situación.

Para ayudar al paciente a transitar de la negación adaptativa a la aceptación, suele ser

útil recurrir a las técnicas de comunicación verbal. Volvamos al caso de la Sra. Morrison. El profesional entra en la habitación de la paciente y la encuentra llorando. Observa que la bandeja de la comida está intacta.



**Profesional:** «Debe estar muy molesta por la noticia que recibió de su médico acerca de su cirugía» (utiliza la reflexión, asumiendo que la paciente estaba llorando como una respuesta esperada al duelo; se centra en la cirugía, que es un abordaje indirecto en relación con la cuestión del cáncer).

**Paciente:** «No, no me van a operar. Creo que me está confundiendo con otra persona».

**Profesional:** «La he visto llorando y me he preguntado qué la perturba. Me gustaría saber cómo se siente» (se centra en la conducta y en compartir su observación con la paciente, a la vez que expresa preocupación y acepta la negación).

**Paciente:** «Es que no tengo hambre. No quiero comer y no tengo claro qué es lo que me ha dicho el médico» (la paciente se centra en la respuesta fisiológica; no reacciona ante la propuesta que ha hecho el profesional de hablar sobre sus sentimientos; reconoce que ha visto al médico pero no está segura de lo que le ha dicho: comienza a adaptarse poco a poco a la realidad desde el punto de vista cognitivo).

**Profesional:** «Quizás el no querer comer puede estar relacionado con lo que siente. ¿Hay momentos en que no tiene apetito y se siente nerviosa por algo?» (el profesional sugiere que puede existir una relación entre la respuesta fisiológica y los sentimientos de la paciente; promueve la negación adaptativa).

**Paciente:** «Sí, claro, sí, pero no se me ocurre por qué puedo estar nerviosa ahora» (la paciente reconoce que existe una relación entre su conducta y sus sentimientos; continúa negando la realidad).

**Profesional:** «Dijo que no tenía claro qué es lo que le había dicho el médico. Quizás no lo tiene claro porque lo que le dijo la ha conmocionado, y por eso esta noche, no tiene apetito» (coloca los acontecimientos en una secuencia o en un momento temporal determinado para establecer una relación entre lo que el médico ha dicho a la paciente, por un lado, y la respuesta fisiológica y la conducta de la paciente, por otro).

**Paciente:** «¿Qué es lo que ha dicho el médico? ¿Usted lo sabe?» (solicita información; muestra disposición a escuchar mientras continúa intentando adaptarse a la realidad).

En este ejemplo, se observa cómo el profesional guía a la paciente con suavidad, pero sin hacer concesiones, hacia el reconocimiento de la realidad de la pérdida inmediata que va sufrir.

### **Conseguir un sistema de apoyo**

Los profesionales de la enfermería pueden ayudar al paciente a extender la mano y aceptar el apoyo que otras personas están dispuestas a brindarle durante el proceso de duelo. Obsérvese que en el ejemplo anterior la valoración termina convirtiéndose en la elaboración de un plan de apoyo.

**Profesional:** «¿Qué persona importante en su vida tendría que saber o querría saber lo que acaba de decirle el médico?».



**Paciente:** «Es que estoy completamente sola. No estoy casada y no tengo familiares aquí, en la ciudad».

**Profesional:** «¿No hay nadie a quien le pueda interesar esta noticia?».

**Paciente:** «Bueno, a lo mejor a una amiga con la que a veces hablo por teléfono».

**Profesional:** «Bien, hagamos una cosa. Le traigo la guía telefónica para que pueda llamar ahora mismo a su amiga» (continúa ofreciendo su presencia; propone un apoyo inmediato; elabora un plan de acción para conseguir el sistema de apoyo que la paciente necesita).

Para que el profesional pueda ayudar al paciente a buscar información debe tener en cuenta que en la actualidad existen numerosos grupos de apoyo, de autoayuda y de actividades relacionadas con el proceso de duelo. Al escribir en el buscador de internet «duelo» y «ayuda para el duelo» aparecen multitud de organizaciones que proporcionan apoyo por todo el país. Si el paciente no tiene internet en casa, hay que decirle que en la mayoría de las bibliotecas públicas le ayudarán a localizar grupos y actividades que se adapten a sus necesidades y características. Según dónde viva el paciente, encontrará grupos de ayuda dirigidos a personas que han perdido a un hijo, un cónyuge o a otro ser amado debido al suicidio, a un asesinato, a un accidente de tráfico o al cáncer.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

### *Duelo*

Averigüe qué percepción tiene el paciente de la pérdida y qué significa para él.

Permítale utilizar la negación adaptativa.

Anime, motive o ayude al paciente a pedir ayuda y a aceptar el apoyo de los demás.

Motive al paciente para que analice sus estrategias y estilo de afrontamiento, tanto en el pasado como en la situación actual. Ayude al paciente a analizar sus puntos fuertes y su capacidad como persona.

Anime al paciente a cuidarse.

Sin presionarle, ofrézcale comida y dígame que es muy importante alimentarse bien.

Emplee las técnicas de comunicación eficaz:

- Ofrezca su presencia y una amplia disponibilidad.
- Formule preguntas de respuesta abierta.
- Pídale que le describa cómo se siente.
- Comparta con el paciente las observaciones que usted hace.
- Utilice la reflexión.
- Utilice la validación consensuada.
- Ofrezca información.
- Exprese las dudas sobre lo que el paciente dice por medio del tono de voz.
- Céntrese en los sentimientos y emociones del paciente.
- Intente traducir a sentimientos y verbalizar lo implícito en lo que ha dicho el paciente.

Establezca una buena relación con el paciente y utilice las habilidades para las relaciones interpersonales:

- Presencia atenta.
- Respeto por el proceso de duelo como algo propio y exclusivo del paciente.
- Respeto por las creencias del paciente.
- Gánese la confianza del paciente: muestre honestidad, fiabilidad y consistencia.

- Examine cada cierto tiempo sus propias ideas y actitudes sobre todo lo relacionado con la pérdida.

### *Promover conductas de afrontamiento eficaces*

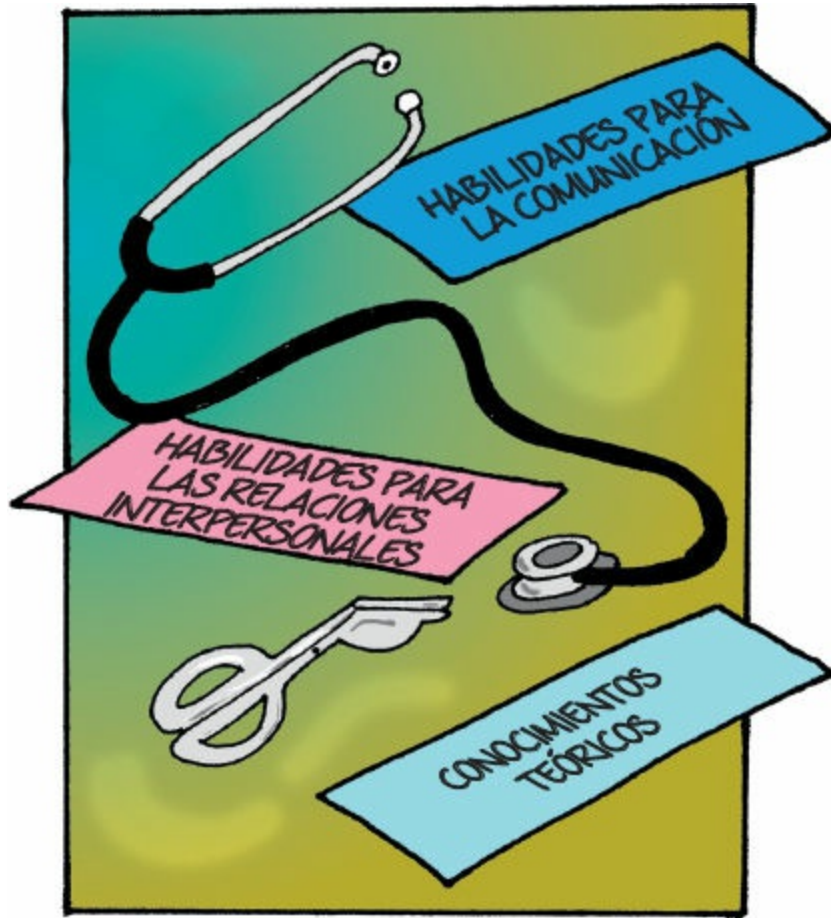
Mientras intenta que la Sra. Morrison se centre en la realidad, es decir, en la intervención quirúrgica a la que se va a someter, el profesional ayuda a la paciente a abandonar progresivamente el mecanismo de defensa inconsciente de la negación y a poner en práctica estrategias de afrontamiento realistas y eficaces. Las habilidades para la comunicación verbal ayudan a motivar a la paciente a analizar su experiencia y su conducta y son posibles instrumentos válidos para afrontar la noticia de la pérdida inminente que va a sufrir.

Este tipo de intervención consiste en ofrecer al paciente la oportunidad de comparar y contrastar la forma en que ha afrontado las pérdidas anteriores con la forma en la que se enfrenta ahora a la pérdida actual. Esto le permite tomar conciencia de sus puntos fuertes y de su capacidad como persona. Recordar y poner en práctica conductas anteriores en una situación nueva proporciona al paciente la oportunidad de experimentar con nuevos métodos y, por tanto, de descubrirse mejor a sí mismo. Situarse en una perspectiva histórica contribuye a que el paciente pueda elaborar el duelo, ya que le permite cambiar la forma en la que piensa en sí mismo, en la pérdida y en el significado que ésta tiene para él.

Animar al paciente a que se ocupe de sí mismo es otra intervención que ayuda a afrontar el problema con más eficacia. Se le ofrecerán alimentos al paciente, pero sin presionarle para que coma. Alimentarse correctamente, dormir bien, hacer ejercicio físico y dedicar parte del tiempo a actividades gratificantes ayudan al paciente a aprender a cuidarse mejor. De la misma forma que necesitamos detenernos y descansar después de una larga caminata, la persona afligida necesita tomarse un respiro para recobrar las fuerzas después de un proceso de duelo agotador. Volver a los hábitos del trabajo y centrarse en la relación con los familiares pueden servir de respiro durante el proceso de duelo. Las actividades de voluntariado, por ejemplo, en un centro asistencial, en un jardín botánico, en una iglesia o en un grupo de ayuda para personas que acaban de perder a un ser querido, es una buena forma de mejorar la autoestima y de hacerse consciente de los propios talentos, así como de sentirse útil y necesario para los demás.

Las habilidades para la comunicación y para las relaciones interpersonales forman parte del arsenal del personal de enfermería, tanto como el estetoscopio, las tijeras o un par de guantes desechables. El paciente confía en que los profesionales tienen los conocimientos y habilidades necesarios para ayudarlo en su proceso de duelo. Además de las capacidades mencionadas, el profesional debe saber:

- Utilizar frases sencillas para expresar empatía al paciente y que no transmitan juicios de valor: «sepa que pienso y me preocupo por usted».
- Referirse por su nombre a la persona u objeto que el paciente ha perdido (si es algo aceptado en la cultura a la que pertenece el paciente).



Herramientas del personal de enfermería.





### Diagnóstico de enfermería

**Duelo:** proceso complejo, pero normal, que comprende una serie de reacciones y conductas en las siguientes dimensiones: emocional, espiritual, social, intelectual y fisiológica. Este proceso sirve para que las personas, las familias y las comunidades incorporen una pérdida real, percibida o anticipada en su vida cotidiana.

#### DATOS DE LA VALORACIÓN

- Posible pérdida de la salud, de la capacidad para ser independiente o de la vida.
- Expresión de sufrimiento debido a la posible pérdida.
- Ira, hostilidad o rabia.
- Sentimiento de culpabilidad.
- Anhedonia (incapacidad de experimentar placer).
- Ideación suicida.
- Depresión.
- Tristeza.
- Desesperación.
- Resentimiento.
- Sentimientos de desesperanza o de ser despreciable.
- Sentimientos de desamparo o de impotencia.
- Ansiedad o miedo.
- Conductas de retraimiento.
- Cambios en los hábitos alimentarios.
- Trastornos del sueño.

#### RESULTADOS ESPERABLES

##### Inmediatos

###### *El paciente*

- Estará seguro y a salvo de daños autoinfligidos.
- Mostrará una disminución de la ideación suicida, del retraimiento y de los síntomas depresivos.

##### Estabilización

###### *El paciente*

- Verbalizará la toma de conciencia de la enfermedad que padece.
- Hablará de la enfermedad con el personal sanitario (p. ej., al menos 15 min dos veces al día hasta una fecha establecida).
- Hablará de la enfermedad con sus seres queridos.
- Identificará y expresará sus sentimientos, verbal y no verbalmente.

##### En la comunidad

###### *El paciente*

- Encontrará y utilizará los sistemas de apoyo social situados fuera del ámbito hospitalario (p. ej., grupos de apoyo y de autoayuda, familiares y amigos).
- Seguirá con el tratamiento si así se le indica.
- Avanzará en el proceso de duelo.

## IMPLEMENTACIÓN

### Intervenciones de enfermería (\*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)

Esté alerta ante la posibilidad de que aparezcan conductas suicidas. Si es necesario, tome medidas para prevenir el suicidio.

Al principio, el paciente debe ser atendido siempre por los mismos profesionales. Introduzca nuevo personal gradualmente en el equipo de tratamiento.

Acérquese al paciente sin prejuicios. Asegúrese de mantener a raya la sensación de incomodidad que pudiera experimentar ante determinados pacientes debido a su situación personal o al tipo de duelo que pudieran estar experimentando.

Acérquese al paciente e inicie la interacción; utilice el silencio y la escucha activa para facilitar la comunicación.

\*Si el paciente lo tolera, animele a hablar sobre la enfermedad o la situación en la que se encuentra, al principio sólo con el personal sanitario, más adelante con sus personas allegadas y finalmente con otros pacientes. Diríjase al paciente siempre de forma suave y tranquila; hable sobre la situación de forma sencilla y directa.

Anime al paciente a que exprese sus sentimientos, verbal y no verbalmente, siempre de forma constructiva.

Junto con el paciente, identifique sus puntos fuertes, los recursos de los que dispone y todo aquello que pueda servir como fuente de esperanza, placer y apoyo.

Albe al paciente de forma franca y sincera todo aquello que es capaz de hacer; elogie los esfuerzos que hace por sentirse lo mejor posible dentro del contexto de la enfermedad, de la disminución de su capacidad física o mental o de la muerte inminente.

Tranquile al paciente explicándole que la enfermedad no es un castigo por sus acciones y que no merece sufrirla.

\* Puede ser conveniente contactar con el sacerdote del centro o con algún otro que pueda consolar al paciente espiritualmente.

\* Explique al paciente, a los familiares y a otros allegados que padecer una enfermedad terminal y realizar el proceso de duelo son tareas difíciles; proporcione al paciente refuerzo positivo para recompensar y alentar sus esfuerzos.

\* Anime al paciente a encontrar y a mantener relaciones de apoyo fuera del hospital.

\* Ayude al paciente a encontrar recursos fuera del hospital (p. ej., a través de internet). También puede aconsejarle contactar con un asistente social.

\* Animar al paciente a continuar con el tratamiento después del alta, si está indicado.

### Justificación

Los pacientes que se enfrentan a la pérdida de la salud, de una parte de su cuerpo o de una función fisiológica presentan mayor riesgo de suicidio.

Es posible que la capacidad del paciente para relacionarse con los demás esté deteriorada. Si se restringe al principio la cantidad de contactos nuevos con el personal sanitario, se favorecerá la familiaridad y la confianza y disminuirá la sensación de estar abrumado que puede experimentar el paciente.

El paciente quizás tema las reacciones de los demás ante su enfermedad o su situación de enfermo terminal. Tener conciencia de sus propios sentimientos como profesional y saber manejarlos le ayudará a que esos sentimientos no obstaculicen el trabajo con el paciente.

Puede que el paciente tema que los demás le rechacen si habla de la enfermedad que padece. Su presencia le indica al paciente que a usted le importa y lo acepta.

Para que el proceso de duelo avance normalmente es necesario aceptar la enfermedad y el duelo. La suavidad y la calma denotan consideración hacia los sentimientos del paciente. Hablar directamente de la enfermedad contribuye a separar la enfermedad en sí misma de las reacciones emocionales.

La exposición de los sentimientos contribuye a disminuir la desesperación y otros sentimientos negativos y a avanzar en el proceso de duelo.

El paciente puede sentirse tan abrumado que sea incapaz de percibir nada positivo en la situación en la que se encuentra.

El paciente no obtendrá ningún beneficio ni de la insinceridad ni de la adulación, pero sin duda los pequeños logros que consiga deben recompensarse con elogios dentro del contexto de una enfermedad grave.

Es posible que el paciente y otras personas crean que la enfermedad es un castigo y que la culpa de la enfermedad es del paciente.

El paciente se sentirá más cómodo si habla de asuntos espirituales con un consejero, sacerdote o guía espiritual que comparta su sistema de creencias.

Quizás el paciente no sea consciente de la dificultad que conlleva el trabajo que está haciendo para afrontar la enfermedad y vivir con ella.

Es posible que el paciente tema que los demás lo rechacen, por lo que quizás necesite que se le anime a contactar con otras personas.

Después del alta hospitalaria, es posible que el paciente siga necesitando un sistema de apoyo sólido y eficaz. Los asistentes sociales pueden ayudar al paciente a localizar y ponerse en contacto con los servicios y recursos que necesita. Existen numerosas asociaciones, grupos y plataformas que proporcionan información, servicios, recursos y apoyo a los pacientes con una enfermedad crónica o en fase terminal.

El proceso de duelo y las enfermedades en fase terminal a veces requieren un tratamiento prolongado.



## RECURSOS DE INTERNET

### RECURSOS

- Servicios de apoyo al duelo
- Página con los aspectos principales del final de la vida
- Recursos para familiares y pacientes con enfermedades potencialmente mortales
- The Jewish Bereavement Project
- Historia de las costumbres y usos funerarios

## DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.griefsupportservices.org>

[http://www.righthealth.com/topic/Death\\_And\\_Dying](http://www.righthealth.com/topic/Death_And_Dying)

<http://www.hospicenet.org>

<http://www.jewishbereavement.com>

[http://www.wyfa.org/basics\\_2.html](http://www.wyfa.org/basics_2.html)

- Comunicarse con el paciente mediante el contacto físico (una mano en el hombro, sostener su mano). Las palabras no siempre son necesarias: la sola presencia del profesional indica al paciente la empatía que éste siente por él.
- Respetar el proceso de duelo como algo propio y exclusivo del paciente.
- Respetar las creencias del paciente.
- Mostrarse honesto, fiable, consecuente digno de la confianza del paciente.

Una sonrisa de bienvenida y el contacto visual del paciente durante la conversación suelen ser una indicación de que confía en el profesional, pero éste debe ser consciente de que la conducta no verbal puede tener significados o connotaciones diferentes en otras culturas.

### Valoración

La evaluación de los avances realizados por el paciente depende de los objetivos que se hayan establecido en el plan de tratamiento. Para poder hacer una afirmación sobre el estado del paciente en un momento determinado del proceso es útil revisar las tareas y las fases del proceso de duelo de las que hemos hablado en este capítulo. Quizás el personal de enfermería concluya que el paciente se encuentra aún en la fase de negación, o en la de llorar hacia fuera para su uso particular, pero también es posible que concluya que el paciente muestra signos de reorganización, recuperación o curación.

### TEMAS DE AUTOCONCIENCIA



Los pacientes en proceso de duelo tienen más necesidades que las personas que mantienen intacta su capacidad intelectual y sus habilidades para las relaciones interpersonales. Por tanto, necesitan el apoyo de alguien a quien puedan confiar sus pensamientos y sentimientos. Para que los pacientes perciban y sientan que el profesional de la enfermería es digno de confianza, éste debe estar dispuesto en todo momento a analizar sus propias creencias y actitudes sobre la pérdida y el proceso de duelo.

### Consideraciones a tener en cuenta cuando se trabaja con pacientes en proceso de duelo

Puede elaborar para su uso particular un inventario de autoconciencia sobre el duelo para

que le ayude en su reflexión periódica sobre estos temas. El inventario puede contener preguntas como éstas:

- ¿Qué pérdidas he tenido a lo largo de mi vida? ¿Cómo me han afectado o me siguen afectando?

### **Preguntas de razonamiento crítico**

1. ¿Cuáles son algunas de las pérdidas que un paciente puede experimentar, además de la muerte de un ser querido o enfermedades potencialmente mortales? Entre los pacientes en salud mental, ¿cuáles son algunas de las pérdidas más comunes que pueden identificarse a lo largo de su trayectoria?
  2. Piense en una pérdida significativa en su propia vida. ¿Cómo le respondieron los demás? ¿Qué fue útil? ¿Qué puede sacar de esa experiencia que puede influir en cómo va a responder a los demás?
- ¿Estoy actualmente en proceso de duelo por alguna pérdida importante? ¿Cómo afecta esta pérdida a mi capacidad de atender correctamente al paciente?
  - ¿Quién está cerca de mí y me apoya durante el duelo?
  - ¿Cómo estoy afrontando la pérdida?
  - ¿Se agrava el dolor que siento cuando intento ayudar a un paciente en proceso de duelo?
  - ¿Hago suposiciones y tengo ideas preconcebidas sobre la experiencia que está viviendo el paciente a partir de mi propio proceso de duelo?
  - ¿Soy capaz de mantener los límites de la relación entre personal de enfermería y paciente cuando estoy realizando mi propio proceso de duelo?
  - A pesar de mi tristeza, ¿tengo la fuerza necesaria para estar al lado del paciente y ayudarlo en su propio proceso de duelo?
  - ¿Qué opinión tienen el supervisor y los compañeros de trabajo en los que confío sobre mi capacidad de apoyar a los pacientes en proceso de duelo?

El autoexamen periódico es un método muy eficaz para mantener la relación terapéutica dentro de los límites apropiados, estar centrado y atento a las necesidades del paciente y conseguir los objetivos establecidos en el plan de tratamiento.

### **PUNTOS CLAVE**



- El duelo es un conjunto subjetivo de emociones, sentimientos y afectos que constituyen la reacción normal a una pérdida.

- El proceso de duelo consiste en una serie de fases a lo largo de las cuales el paciente va experimentando y resolviendo el duelo.
- Los diferentes tipos de pérdida pueden clasificarse según las necesidades sin satisfacer. Por tanto, la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow es un modelo teórico muy útil para clasificar los diferentes tipos de pérdida.
- La elaboración del duelo es uno de los retos más arduos en la vida de una persona. Integrar la pérdida en nuestra vida entraña una enorme dificultad que exige de la persona poner en juego todos sus recursos fisiológicos, mentales y espirituales.
- Dado que el personal de la enfermería interactúa constantemente con los pacientes en diferentes puntos del continuo salud-enfermedad, necesita comprender la dinámica de la pérdida y del duelo.
- Son muchos los autores que han estudiado y descrito el proceso de duelo, entre ellos Kubler-Ross, Bowlby, Engel y Horowitz.
- Las dimensiones de la reacción humana a la pérdida son la cognitiva, la emocional, la espiritual, la conductual y la fisiológica. Algunas personas pueden pasar por más de una fase del proceso de duelo al mismo tiempo.
- Las reacciones a la pérdida son universales pero también están ligadas a la cultura del individuo. Muchos de estos rasgos culturales pueden perderse debido al proceso de aculturación a las normas de la cultura dominante. Los ritos, rituales y normas asociados con la pérdida, tanto universales como particulares, de una cultura determinada, facilitan el proceso de duelo.
- En el duelo oculto, la persona en proceso de duelo no puede manifestar ante los demás sus sentimientos o no recibe el apoyo de los demás debido a que la relación con la persona fallecida no contaba con el beneplácito de la sociedad o conlleva un estigma para los dolientes.
- El proceso de duelo complicado es un conjunto de reacciones distintas de las habituales. La persona que ha sufrido la pérdida puede carecer de emociones y sentimientos o no expresarlos, o por el contrario, llorar y lamentarse durante un período excesivo o expresar sentimientos y emociones aparentemente desproporcionados en relación con la pérdida sufrida.
- El riesgo de duelo complicado aumenta cuando el afligido tiene baja autoestima, desconfía de los demás, padece un trastorno mental preexistente, tiene antecedentes de intento de suicidio, carece de familia o no tiene el apoyo de sus familiares.
- Los factores que aumentan el riesgo de duelo complicado en las personas predispuestas y susceptibles son el fallecimiento del cónyuge o de un hijo, la muerte repentina e inesperada de un ser querido y la muerte por suicidio o asesinato.
- En el curso de la valoración, el profesional de enfermería debe observar al paciente y estar muy atento a cualquier pista que nos indique lo que el paciente piensa y siente y a cómo se comporta. Después, los datos de la valoración se utilizan para orientar y ayudar al paciente durante el proceso de duelo.
- La teoría de la intervención en crisis puede ser útil para el trabajo de enfermería con los



pacientes en proceso de duelo. Los factores clave que deben evaluarse son: la percepción que el paciente tiene de su situación, el sistema de apoyo y las estrategias y estilo de afrontamiento.

- La utilización eficaz de las habilidades para la comunicación terapéutica es la clave para que la valoración y las intervenciones tengan éxito.
- En las intervenciones centradas en la percepción que tiene el paciente de la pérdida y de su situación personal se explora el significado que para él tiene la pérdida y se permite que el paciente utilice la negación adaptativa, que es el proceso de aceptación gradual de la realidad de la pérdida.
- Una de las intervenciones fundamentales consiste en estar al lado del paciente mientras se le ayuda a encontrar otras fuentes de apoyo.
- Animar al paciente a que se cuide y atienda a sí mismo correctamente contribuye a un afrontamiento adecuado y eficaz de la situación.
- Para ganarse la confianza del paciente, el personal de enfermería debe examinar y evaluar sus propias creencias y actitudes sobre la pérdida y elaborar y contestar cada cierto tiempo un inventario de autoconciencia sobre el duelo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aquilera, D. C., & Messick, J. M. (1982). *Crisis intervention: Theory and methodology*. St. Louis: C. V. Mosby.
- Beck, E., & Jones, S. J. (2008). Children of the condemned: Grieving the loss of a father to death row. *Omega*, 56(2), 191–215.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness, and depression*. New York: Basic Books.
- Doka, K. J. (2006). Grief: The constant companion of illness. *Anesthesiology Clinics*, 24(1), 205–212.
- Engel, G. L. (1964). Grief and grieving. *American Journal of Nursing*, 64(9), 93–98.
- Facing bereavement. Muslim funeral. (2009). Retrieved January 13, 2009: <http://www.facingbereavement.co.uk/muslim-funeral.html>.
- Groot, M. H., Keijser, J., & Neeleman, J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death: A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 36(4), 418–431.
- Horowitz, M. J. (2001). *Stress response syndromes: Personality styles and interventions*. Lanham, MD: Jason Aronson Publishers/Rowman & Littlefield Publishing Group.
- Kaufman, K. R., & Kaufman, N. D. (2006). And then the dog died. *Death Studies*, 30(1), 61–76.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Lobb, E. A., Clayton, J. M., & Price, M. A. (2006). Suffering, loss and grief in palliative care. *Australian Family Physician*, 35(10), 772–775.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Neimeyer, R. A., Baldwin, S. A., & Gillies, J. (2006) Continuing bonds and reconstructing meaning: Mitigating complications in



- bereavement. *Death Studies*, 30(8), 715–738.
- North American Nursing Diagnosis Association. (2007). *Nursing diagnosis: Definitions & Classifications 2007–2009*. Philadelphia: NANDA International.
- Rando, T. A. (1984). *Grief, dying, and death: Clinical interventions for caregivers*. Champaign, IL: Research Press.
- Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smolinski, K. M., & Colon, Y. (2006). Silent voices and invisible walls: Exploring end of life care with lesbians and gay men. *Journal of Psychosocial Oncology*, 24(1), 51–64.
- Weinstein, L. B. (2003). Bereaved orthodox Jewish families and their community: A cross-cultural perspective. *Journal of Community Health Nursing*, 20(4), 233–243.
- Worden, J. W. (2008). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4th ed.). New York: Springer.
- Zhang, B., El-Jawahri, A., & Prigerson, H. G. (2006). Update on bereavement research: Evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1188–1203.
- Ziemba, R. A., Lynch-Sauer, J. M. (2005). Preparedness for taking care of elderly parents: “First, you get ready to cry.” *Journal of Women & Aging*, 17(1–2), 99–113.
- Zisook, S., & Zisook, S. A. (2005). Death, dying, and bereavement. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Vol. 2., 8th ed., pp. 2367–2393). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*, 63(9), 2440–2451.

## Autoevaluación

### PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:

1. ¿Cuál de las reacciones siguientes puede indicar que el paciente puede estar llorando una pérdida?
  - a. Afecto triste, ira, ansiedad y cambios repentinos de estado de ánimo.
  - b. Síntomas relacionados con el pensamiento, los sentimientos y la conducta, y síntomas fisiológicos.
  - c. Alucinaciones, ansiedad intensa que amenaza con provocar una crisis de angustia y sensación de catástrofe inminente.

- d. Quejas sobre dolores abdominales, diarrea y pérdida del apetito.
2. Los factores que aumentan el riesgo de duelo complicado son:
    - a. Apoyo familiar y social inadecuado y edad avanzada.
    - b. Nacimiento de un hijo, matrimonio y divorcio.
    - c. Muerte del cónyuge o de un hijo, muerte por suicidio y fallecimiento repentino e inesperado.
    - d. Percepción inadecuada de la crisis asociada con el proceso de duelo.
  3. Las reacciones fisiológicas asociadas con el proceso de duelo complicado son:
    - a. Propensión al llanto cuando se rememoran aspectos importantes de la persona fallecida o con la que se ha roto la relación.
    - b. Alteración del apetito y de peso, falta de energía, palpitaciones.
    - c. Depresión, crisis de angustia, duelo crónico.
    - d. Alteraciones del sistema inmunitario, aumento de la concentración sérica de prolactina, aumento de la mortalidad de causa cardíaca.
  4. Los factores críticos para la integración de la pérdida durante el proceso de duelo son:
    - a. La correcta percepción de la pérdida por parte del paciente, un sistema de apoyo adecuado y el uso de estrategias de afrontamiento eficaces.
    - b. Las actitudes sinceras y sanas de los profesionales hacia el duelo del paciente.
    - c. La valoración precisa y las intervenciones eficaces de los profesionales de la enfermería o de las otras personas que ayudan al paciente.
    - d. El paso predecible y coherente de una fase a otra del proceso de duelo.

### **PREGUNTAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE**

*Puede elegir más de una respuesta en cada pregunta.*

1. Entre las «seis R» de las tareas del proceso de duelo según Rando figuran:
  - a. **Reaccionar.**
  - b. Leer (del inglés *read*).
  - c. **Reorientarse.**
  - d. **Recuperarse.**
  - e. **Reinvertidura.**
  - f. **Restitución.**
2. Las intervenciones del personal de enfermería que contribuyen a ayudar al paciente son:
  - a. Permitir la negación cuando resulte útil.
  - b. Decirle al paciente que mejorará.
  - c. Corregir las ideas preconcebidas erróneas del paciente.
  - d. Desaconsejar al paciente que participe en conversaciones negativas y pesimistas.
  - je. Que el profesional ofrezca una presencia atenta.

f. Analizar las estrategias de afrontamiento que el paciente utilizó en ocasiones anteriores.

## **Práctica de la enfermería en la atención a los trastornos mentales**

- Capítulo 13**    **Ansiedad, trastornos de ansiedad y enfermedades relacionadas con el estrés**
- Capítulo 14**    **Esquizofrenia**
- Capítulo 15**    **Trastornos del estado de ánimo**
- Capítulo 16**    **Trastornos de la personalidad**
- Capítulo 17**    **Trastornos relacionados con sustancias**
- Capítulo 18**    **Trastornos de la conducta alimentaria**
- Capítulo 19**    **Trastornos somatomorfos**
- Capítulo 20**    **Trastornos de la infancia y de la adolescencia**
- Capítulo 21**    **Trastornos cognitivos**

# 13

## **Ansiedad, trastornos de ansiedad y enfermedades relacionadas con el estrés**

### **Términos clave**

- agorafobia

- ansiedad
- ansiedad grave
- ansiedad leve
- ansiedad moderada
- automatismos
- beneficio primario
- beneficio secundario
- compulsiones
- conductas de evitación
- crisis de angustia (ataques de pánico)
- desensibilización sistemática
- despersonalización
- desrealización
- entrenamiento asertivo
- estrés
- exposición
- exposición y prevención de respuesta
- fobia
- inundación
- mecanismos de defensa
- miedo
- obsesiones
- pánico
- reestructuración positiva
- supresión de los pensamientos catastrofistas
- trastorno de angustia
- trastornos de ansiedad

## Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Explicar la ansiedad como respuesta al estrés.
2. Explicar los niveles de ansiedad y los cambios conductuales asociadas con cada nivel.
3. Explicar el uso de los mecanismos de defensa que hacen los pacientes con un trastorno de ansiedad.
4. Explicar las teorías actuales sobre la etiología de los trastornos de ansiedad más importantes.
5. Evaluar la eficacia de las diferentes modalidades de tratamiento de los trastornos de ansiedad, incluido el tratamiento con psicofármacos.
6. Aplicar el proceso de enfermería a la atención de los pacientes con ansiedad o con un trastorno de ansiedad.

7. Informar y educar al paciente, a la familia, a los cuidadores y a la sociedad sobre la ansiedad y las enfermedades relacionadas con el estrés.
8. Analizar sus propios sentimientos, creencias y actitudes sobre los pacientes con un trastorno de ansiedad.

**LA ANSIEDAD ES UNA SENSACIÓN VAGA** de miedo, preocupación o aprensión en respuesta a un estímulo externo o interno que puede acompañarse de síntomas conductuales, emocionales, cognitivos y fisiológicos. La ansiedad se distingue del miedo en que éste consiste en el temor a un estímulo externo claramente identificable que constituye un peligro para la persona. La ansiedad es inevitable en la vida y además puede cumplir muchas funciones positivas, como motivar a una persona para que emprenda una acción con el fin de resolver un problema o superar una crisis. Se considera normal cuando es apropiada respecto a la situación y desaparece cuando la situación se ha resuelto.

Los **trastornos de ansiedad** son un grupo de trastornos mentales que comparten una característica fundamental: la ansiedad excesiva acompañada de síntomas conductuales, emocionales, cognitivos y fisiológicos. Los pacientes con un trastorno de ansiedad pueden mostrar comportamientos inusuales, como angustia sin razón alguna, miedo injustificado a objetos o situaciones que no representan ninguna amenaza, repetición de acciones que el paciente no puede evitar realizar, revivir experiencias traumáticas o preocupación excesiva por cuestiones de poca o ninguna importancia. Estos pacientes sufren un malestar psicológico importante y el trastorno afecta negativamente a las actividades de la vida diaria, a las relaciones interpersonales y sociales y a la vida laboral.

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.

Este capítulo trata de la ansiedad como respuesta al estrés y de los trastornos de ansiedad, con especial énfasis en el trastorno de angustia y en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

## **ANSIEDAD COMO RESPUESTA AL ESTRÉS**

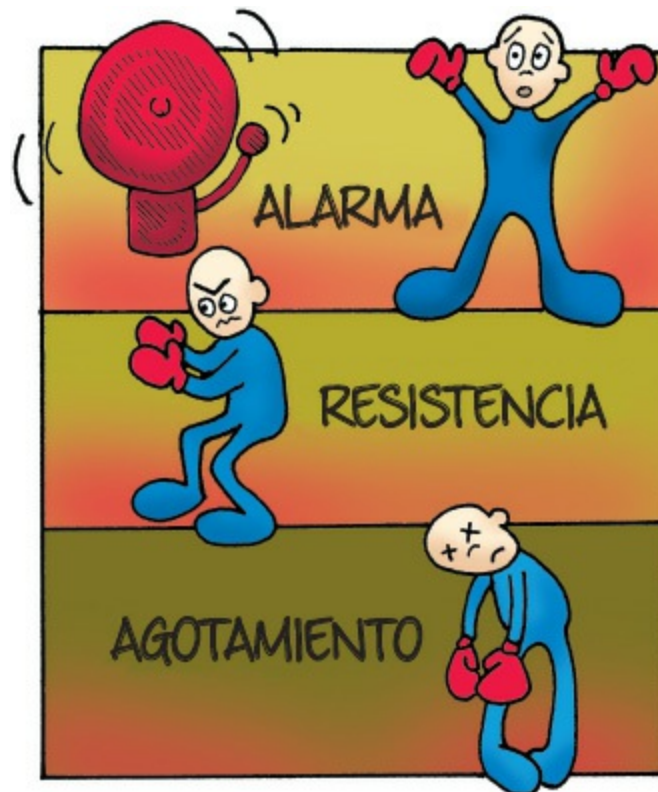
El **estrés** es la tensión que la vida diaria va produciendo sobre el organismo (Selye, 1956). Aparece cuando la persona tiene dificultades para afrontar y manejar las situaciones y problemas de la vida y conseguir los objetivos que se ha propuesto. Cada persona maneja el estrés de forma diferente: hay quien puede salir adelante airoosamente en una situación que crearía mucha tensión y malestar a otras. Por ejemplo, algunos consideran que hablar en público es una situación temible; sin embargo, para los profesores y los actores constituye una experiencia cotidiana que, además, les resulta muy gratificante. El matrimonio, el nacimiento de un hijo, los aviones, las serpientes, las entrevistas de trabajo, cambiar de colegio e independizarse de la familia son objetos y experiencias que provocan estrés a la mayoría de las personas.

El endocrinólogo Hans Selye (1956, 1974) identificó los componentes fisiológicos del estrés, a los que denominó *síndrome general de adaptación*. Este autor estudió en animales de laboratorio los cambios que se producían en los diferentes sistemas y aparatos del organismo, así como las fases de la respuesta fisiológica al dolor, al calor, a



las toxinas y a la restricción de agua, alimentos y movimientos. Más tarde aplicó sus descubrimientos al estudio de las respuestas psicológicas a un estímulo o situación estresante, real o percibida. Su conclusión fue que la respuesta al estrés pasaba por tres fases:

- En la *fase de reacción de alarma*, el estrés hace que el organismo envíe mensajes desde el hipotálamo a las glándulas del sistema endocrino (como la glándula suprarrenal, que segrega a la sangre adrenalina y noradrenalina, que actúan como activadores del organismo) y a los órganos (como el hígado, que convierte el glucógeno almacenado en glucosa que sirve de energía al organismo) con el fin de preparar al cuerpo para defenderse.



#### Las tres fases del estrés.

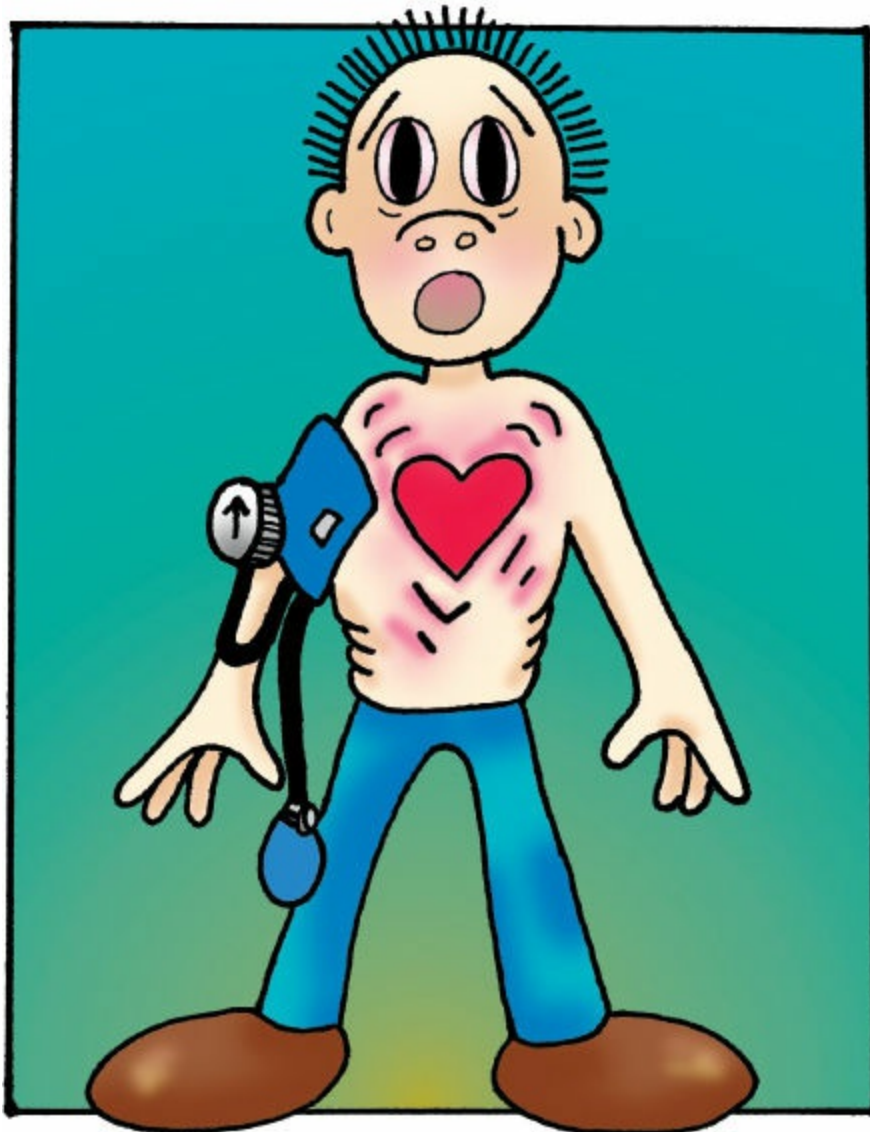
- En la *fase de resistencia*, el aparato digestivo empieza a funcionar al mínimo con el fin de liberar sangre a las zonas del cuerpo que van a participar en la defensa. Esto permite a los pulmones aspirar más aire y al corazón latir más deprisa y con más fuerza, lo que a su vez hace que la sangre circulante contenga una mayor cantidad de oxígeno y nutrientes para que los músculos estén mejor preparados para afrontar las conductas de lucha, huida o paralización y mimetismo con el entorno. Si la persona consigue adaptarse al estímulo o situación estresante, el organismo se relaja y desaparecen la respuesta sistémica y las respuestas de las glándulas y los órganos.
- La *fase de agotamiento* aparece cuando la persona responde negativamente a la ansiedad y al estrés: las reservas del organismo se agotan o los componentes

psicológicos no se resuelven, lo que da lugar a una activación permanente de las respuestas fisiológicas y a una baja capacidad de reserva.

Las respuestas del sistema nervioso autónomo al miedo y la ansiedad generan reacciones involuntarias del organismo que están involucradas en la preservación del individuo. Las fibras nerviosas del sistema nervioso simpático hacen que las constantes vitales aumenten cuando se recibe una señal exterior indicativa de peligro con la finalidad de preparar al organismo para la defensa (p. ej., huida). Las glándulas suprarrenales liberan adrenalina, lo que hace que los pulmones aspiren más oxígeno, que las pupilas se dilaten y que la presión arterial y la frecuencia cardíaca aumenten. Además se produce la vasoconstricción de los vasos sanguíneos periféricos, el flujo sanguíneo se desvía desde el aparato digestivo y los órganos reproductores a otras partes del cuerpo y se inicia el proceso de glucogenólisis en el hígado, cuya función es liberar glucosa para reforzar el funcionamiento del corazón, los músculos y el sistema nervioso central. Cuando el peligro ha pasado, las fibras nerviosas del sistema nervioso parasimpático provocan la reversión del proceso y, en consecuencia, el organismo vuelve a las condiciones normales de funcionamiento hasta que aparece un nuevo estímulo o situación que interprete como un peligro o amenaza.

La ansiedad provoca respuestas cognitivas, psicomotoras y fisiológicas desagradables, como dificultad para pensar de forma lógica, actividad motora desorganizada que puede llegar hasta la agitación y aumento de las constantes vitales. Para disminuir la intensidad de estas sensaciones incómodas, la persona puede intentar reducir su malestar recurriendo a las conductas adaptativas o a los mecanismos de defensa. Las conductas adaptativas pueden desempeñar una función positiva; por ejemplo, pueden servir para que la persona aprenda técnicas para reenfocar la atención fuera del estímulo o situación incómoda o de las sensaciones desagradables procedentes del organismo, técnicas de relajación progresiva que permiten relajar el cuerpo desde la cabeza hasta los dedos del pie y respirando de forma pausada y continua para reducir la tensión muscular y las constantes vitales. Las respuestas negativas a la ansiedad pueden dar lugar a conductas desadaptativas, como cefaleas tensionales, síndromes dolorosos y respuestas relacionadas con el estrés que alteran el funcionamiento eficaz del sistema inmunitario.

Las personas pueden transmitir ansiedad a los demás de forma verbal y no verbal. Si alguien grita «fuego», quienes están alrededor pueden sentir ansiedad al imaginarse el fuego y el peligro que representa. Ver a una madre angustiada que busca a su hijo extraviado en un centro comercial puede provocar ansiedad a otros al evocar la angustia de la madre. Este contagio de la ansiedad se produce a través de la empatía, la actitud mediante la cual nos ponemos en el lugar de otra persona temporalmente (Sullivan, 1952).



### Respuesta fisiológica.

Ejemplos de comunicación empática no verbal son: cuando los familiares de un paciente que está en el quirófano saben que éste ha fallecido a partir del lenguaje corporal del cirujano que se acerca a hablarles; cuando el profesional de la enfermería «lee» en los ojos del paciente y sabe que está suplicando ayuda, o cuando una persona entra en una habitación y nota la tensión del ambiente causada por una discusión reciente.

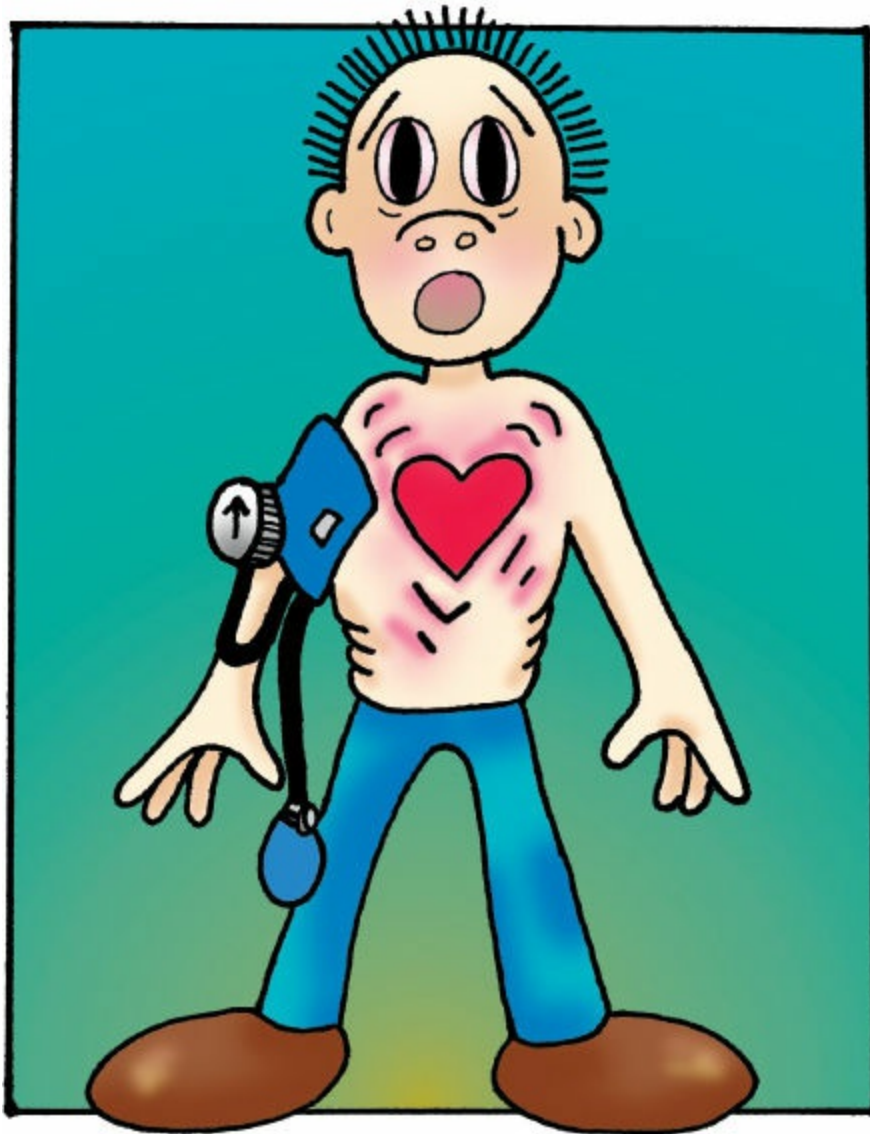
### Niveles de ansiedad

La ansiedad tiene aspectos saludables y perjudiciales, dependiendo del grado y de la duración, así como de las estrategias de afrontamiento que la persona utiliza para afrontarla. Los niveles de ansiedad son cuatro: leve, moderado, grave y pánico (tabla 13-1). Cada nivel de ansiedad provoca cambios psicológicos y fisiológicos.

La **ansiedad leve** consiste en la sensación de que algo ha cambiado o es diferente y, por tanto, merece especial atención. Aumenta la estimulación sensorial y ayuda a la

persona a centrar la atención para aprender, solucionar un problema, pensar, actuar, sentir o protegerse. A menudo, la ansiedad leve actúa como factor de motivación para que la persona cambie de actividad o se implique en una actividad dirigida a un objetivo que es importante para ella (p. ej., puede ayudar a que los estudiantes se centren en estudiar cuando tienen un examen al día siguiente).

La **ansiedad moderada** es la sensación perturbadora que nos indica de que algo va definitivamente mal. La persona se pone nerviosa o agitada. En este nivel de ansiedad, aún puede procesarse la información, solucionar problemas y aprender nuevas cosas, siempre y cuando se disponga de la ayuda de otra persona. Hay dificultad para concentrarse, pero puede centrarse de nuevo la atención en el tema que se está tratando si se recibe ayuda. Por ejemplo, el profesional de la enfermería puede estar dando a un paciente una serie de instrucciones preoperatorias, y aunque el paciente esté nervioso (ansiedad moderada) por la intervención quirúrgica a la que va a someterse al día siguiente, puede entender lo que le dice el profesional si éste le ayuda a centrarse. Mientras éste le está explicando lo que debe hacer para prepararse para la operación, la mente del paciente va de un sitio para otro, pero el profesional puede conseguir que preste atención a lo que se le dice.



### Niveles de ansiedad

A medida que la ansiedad progresa al **nivel grave** y al pánico, aparecen y toman el control las conductas de supervivencia más primitivas en forma de respuestas defensivas, y las funciones cognitivas disminuyen de forma muy significativa. En el estado de ansiedad grave, una persona tiene dificultades para pensar y razonar. Los músculos se tensan y aumentan las constantes vitales. La persona puede dar vueltas por la habitación sin propósito aparente y mostrarse muy inquieta e irritable. Puede estar muy enfadado y utilizar conductas psicomotoras distintas a caminar por la habitación para aliviar la tensión. En la ansiedad pánica predominan los aspectos psicomotores y emocionales y las conductas de lucha o huida, aunque la persona también puede quedar paralizada. La concentración de adrenalina en la sangre se incrementa bruscamente, lo que hace que aumenten las constantes vitales. Las pupilas se dilatan para que entre más luz en el ojo y los únicos procesos cognitivos posibles son los relacionados con la defensa de la persona.



## Trabajar con pacientes ansiosos

Los profesionales de la enfermería encontrarán pacientes y familias ansiosas en una serie muy amplia de situaciones y contextos, como en el preoperatorio, el servicio de urgencias, las unidades de cuidados intensivos, las consultas externas, los ambulatorios y las clínicas. Lo primero y lo más importante que debe hacer el profesional de la enfermería es determinar el nivel de ansiedad, ya que esto indicará cuál puede ser la intervención más eficaz en cada caso.

Tabla 13-1. Niveles de ansiedad		
Nivel de ansiedad	Respuestas psicológicas	Respuestas fisiológicas
Leve	Campo perceptivo amplio Agudización de los sentidos Aumento de la motivación Eficacia en la solución de problemas Aumento de la capacidad para aprender Irritabilidad	Inquietud Excitación psicomotora «Mariposas» en el estómago Dificultad para dormir Hipersensibilidad al ruido
Moderado	Disminución del campo perceptivo a las tareas inmediatas Atención selectiva No puede conectar la información o los pensamientos sin ayuda Aumenta el uso de automatismos	Tensión muscular Sudoración Pulso acelerado Cefalea Boca seca Tono de voz agudo Aumento de la velocidad del habla Molestias gastrointestinales Aumento de la frecuencia urinaria
Grave	Disminución del campo perceptivo a los detalles o a un componente aislado de la información Incapacidad para completar la tarea Incapacidad para solucionar problemas y aprender con eficacia Las conductas dirigidas a aliviar la ansiedad suelen ser ineficaces No responde a los intentos de que se centre en el tema del que se está hablando Preocupación intensa, miedo o terror Llantos o gritos Conductas ritualizadas	Cefalea tensional Náuseas, vómitos y diarrea Temblores Rigidez postural Vértigo Palidez Taquicardia Dolor torácico
Pánico	El campo perceptivo se reduce al propio individuo Incapacidad para procesar los estímulos del entorno Percepción distorsionada Pérdida del pensamiento racional Incapacidad para reconocer los peligros Incapacidad para comunicarse verbalmente Puede haber alucinaciones y delirios Puede intentar suicidarse	Puede levantarse de repente y echar a correr ○ Está totalmente inmóvil y callado Pupilas dilatadas Aumento de la presión arterial y de la frecuencia del pulso Puede agredir a otras personas, intentar huir o quedarse paralizado

La ansiedad leve debe entenderse como un hecho positivo para el paciente, por lo que no requiere ninguna intervención directa. Las personas con ansiedad leve pueden aprender y solucionar problemas e incluso estar más motivadas y dispuestas a recibir información. En consecuencia, las tareas de información y educación pueden alcanzar toda su eficacia en los casos de ansiedad leve.

Cuando hay ansiedad moderada, el profesional debe asegurarse de que el paciente comprende lo que se le está diciendo. La atención del paciente puede fluctuar y sufrir dificultades para concentrarse, sobre todo si se le habla durante un período prolongado. Lo mejor es utilizar frases cortas, concretas y fáciles de entender. Cada cierto tiempo, el



profesional se detendrá para comprobar que el paciente le ha comprendido. Si el paciente cambia de tema o se centra en asuntos tangenciales o anecdóticos, habrá que recentrarlo para que preste atención a lo que se le está diciendo.

En el paciente con ansiedad grave, ésta le impide prestar atención o entender lo que se le dice. Antes de proceder con otra intervención, el profesional intentará que la ansiedad del paciente disminuya al nivel leve o moderado. Es muy importante no dejar solo al paciente, porque la ansiedad puede empeorar. Tal vez sea de ayuda hablarle con un tono de voz bajo, sosegado y amable. Si no puede sentarse o permanecer sentado, lo mejor es acompañarle caminando por el pasillo, ya que andar sirve para reducir la ansiedad. El tema del que hable el profesional importa menos que el tono y la entonación de la voz. Decirle al paciente que inspire profundamente, le ayudará a aliviar la ansiedad.

Durante el pánico, lo primero que tiene que hacer el profesional es garantizar la seguridad del paciente. En una situación así, éste pierde la capacidad de percibir el peligro e incluso la de pensar racionalmente. El profesional no dejará de hablar, incluso si el paciente no entiende lo que se le dice. También puede ser útil acompañarle a una habitación pequeña con pocos estímulos. Hay que tranquilizarle diciéndole que lo que siente es ansiedad, que se le pasará y que no tiene nada que temer puesto que se encuentra en un lugar seguro. No hay que abandonar al paciente en ningún momento hasta que se resuelva la ansiedad o al menos disminuya. El pánico es autolimitado, pero puede durar entre 5 min y 30 min.

Cuando se trabaja con un paciente ansioso, el profesional debe ser consciente en todo momento de su propio nivel de ansiedad. No tiene nada de extraño que el profesional vaya sintiendo cada vez más ansiedad cuando interactúa con un paciente ansioso, pero si se pretende que la intervención de enfermería sea eficaz, hay que mantener la calma y controlar la situación

**Tabla 13-2. Ansiolíticos**

Nombre genérico	Acción	Semivida (h)	Efectos secundarios	Observaciones
<b>Benzodiazepinas</b>				
Diazepam	Rápida	20-100	Mareos, torpeza, sedación, cefalea, cansancio, disfunción sexual, visión borrosa, boca y garganta secas, estreñimiento, riesgo potencial de abuso y dependencia	No tomar junto con otros depresores del SNC, como antihistamínicos y alcohol
Alprazolam	Intermedia	6-12		No tomar café
Clordiazepóxido	Intermedia	5-30		Tener precaución con las actividades potencialmente peligrosas, como conducir
Lorazepam	Intermedia	10-20		El paciente debe levantarse despacio cuando está sentado o tumbado
Clonazepam	Lenta	18-50		Utilizar bebidas sin azúcar o caramelos duros para chupar
Oxazepam	Lenta	4-15		La ingesta de líquidos debe ser adecuada Tomar la medicación sólo en la dosis y frecuencia prescritas por el médico No dejar de tomar la medicación de forma súbita
<b>Ansiolíticos no benzodiazepínicos</b>				
Buspirona	Muy lenta		Mareos, nerviosismo, agitación, somnolencia, cefalea, debilidad, náuseas, vómitos, excitación paradójica o euforia	El paciente debe levantarse despacio cuando está sentado o tumbado Tener precaución con las actividades potencialmente peligrosas, como conducir Tomar siempre con comida Informar al médico si persisten el nerviosismo, la agitación, la excitación paradójica o la euforia
Meprobamato	Rápida			



**Plan de atención de enfermería | Ansiedad**

**Diagnóstico de enfermería**

**Ansiedad:** *sensación vaga y desagradable de miedo o preocupación que se acompaña de una respuesta del sistema nervioso autónomo (el estímulo suele ser inespecífico o desconocido para el individuo); aprensión provocada por la anticipación de un peligro. Señal de alerta que avisa de la existencia de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.*

**DATOS DE LA VALORACIÓN**

- Disminución de la atención.
- Nerviosismo, inquietud, irritabilidad.
- Reducción del control de los impulsos.
- Sensaciones de malestar, aprensión o impotencia.
- Hiperactividad, imposibilidad de sentarse o de permanecer sentado.
- Manos inquietas.
- Déficits del campo perceptivo.
- Disminución de la capacidad para comunicarse verbalmente.

*Además, en el pánico*

- Incapacidad para distinguir los estímulos dañinos o las situaciones peligrosas.
- Pensamiento desorganizado.
- Delirios.

**RESULTADOS ESPERABLES**

**Inmediatos**

*El paciente*

- Estará a salvo de producirse lesiones.
- Expresará verbalmente el miedo, la aprensión, las preocupaciones, la ansiedad y otros sentimientos desagradables.
- Responderá a las técnicas de relajación con una disminución del nivel de ansiedad.

**Estabilización**

*El paciente*

- Mostrará que es capaz de poner en práctica las técnicas de relajación él solo.
- Mostrará que ha disminuido su nivel de ansiedad.

**Después del alta**

*El paciente*

- No sufrirá crisis de ansiedad.
- Manejará las respuestas al estrés de forma más eficaz.

## IMPLEMENTACIÓN

### Intervenciones de enfermería (\*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)

No deje al paciente solo en ningún momento cuando el nivel de ansiedad es elevado (grave o pánico).

Traslade al paciente a un lugar tranquilo en el que la estimulación sea mínima, como una habitación pequeña o destinada al aislamiento de los pacientes.

Puede ser necesario administrar medicación cuando el nivel de ansiedad es elevado o hay delirios, pensamiento desorganizado u otros síntomas preocupantes.

Manténgase tranquilo mientras esté interactuando con el paciente; controle la situación.

Hablele al paciente con frases cortas, sencillas y fáciles de entender.

Evite hacer preguntas y no presione al paciente para que tome decisiones.

Sea consciente en todo momento de sus propios sentimientos y de su nivel de malestar.

Motive y anime al paciente a realizar ejercicios que promuevan la relajación, como la respiración profunda, la relajación muscular progresiva y la creación de imágenes mentales (imaginarse que uno se encuentra en un lugar muy tranquilo y silencioso).

Ensene al paciente las técnicas de relajación para que pueda practicarlas él solo.

Ayude al paciente a entender que la ansiedad leve puede ser positiva porque nos ayuda a hacer ciertos cambios necesarios y que, por tanto, no hay por qué evitar este tipo de ansiedad.

### Justificación

La seguridad del paciente es una prioridad. Nunca hay que dejar solo a un paciente con un nivel de ansiedad elevada porque podría aumentar.

Los estímulos del entorno pueden reagudizar las conductas ansiosas. En una zona muy amplia, el paciente puede sentirse perdido y asustado, mientras que una habitación pequeña puede reforzar la sensación de seguridad.

La medicación puede ser necesaria para disminuir la ansiedad a un nivel en el que el paciente se sienta más seguro.

El paciente se sentirá más seguro si ve que el profesional de la enfermería está tranquilo y tiene el control de la situación.

La capacidad del paciente de manejarse con abstracciones o con asuntos complejos ha disminuido debido a la ansiedad.

Puede que el paciente no esté en condiciones de tomar decisiones ni de solucionar problemas.

La ansiedad se contagia. Interactuar con un paciente ansioso puede producir un aumento de la ansiedad del profesional.

Los ejercicios de relajación son una forma eficaz y no farmacológica de reducir la ansiedad.

Aprender a utilizar las técnicas de relajación puede aumentar la confianza del paciente en sí mismo con respecto al control de la ansiedad.

El paciente puede tener la idea equivocada de que todos los tipos de ansiedad son malos y no sirven para nada.

Adaptado de Schultz JM & Videbeck SL. (2009). *Lippincott's manual of psychiatric care plans* (8.ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

A corto plazo, la ansiedad puede tratarse con ansiolíticos (tabla 13-2). La mayoría de estos fármacos pertenecen a un grupo farmacológico denominado benzodiazepinas. Son, con diferencia, los fármacos más utilizados para tratar la ansiedad. El problema es que presentan un riesgo muy elevado de abuso y dependencia. Por esta razón tienen que utilizarse durante períodos breves (si es posible, un máximo de 4-6 semanas). Los ansiolíticos han sido pensados para aliviar la ansiedad, de forma que el paciente pueda afrontar con más eficacia cualquier crisis o situación que le produzca estrés. Por desgracia, muchas personas piensan que los ansiolíticos «curan» la ansiedad, y los toman de forma permanente en lugar de aprender estrategias de afrontamiento más eficaces o de hacer los cambios necesarios en sus hábitos, estilo de vida o relaciones con los demás. Para información detallada sobre los ansiolíticos, véase el capítulo 2.

### Enfermedades relacionadas con el estrés

El término de enfermedades relacionadas con el estrés es muy amplio. Se utiliza para referirse a un espectro de enfermedades que tienen su origen en el estrés o que se agravan debido al estrés no resuelto, crónico o a largo plazo. Cuando el estrés crónico se reprime, puede provocar trastornos de la conducta alimentaria como anorexia y bulimia nerviosa (v. cap. 18). Además, cuando el estrés se reprime puede causar síntomas fisiológicos sin que exista enfermedad orgánica alguna que los explique, en cuyo caso se

diagnosticará al paciente un trastorno somatomorfo (v. [cap. 19](#)). El estrés también puede reagudizar la sintomatología de numerosas enfermedades médicas, como la hipertensión arterial y la colitis ulcerosa. La ansiedad crónica o recurrente provocada por el estrés puede dar lugar a un trastorno de ansiedad.

## **TRASTORNOS DE ANSIEDAD: CUESTIONES GENERALES Y CLASIFICACIÓN**

Los trastornos de ansiedad se diagnostican cuando la ansiedad ha dejado de funcionar como una señal de peligro o como un factor de motivación que impulsa a la persona a realizar los cambios necesarios en sí mismo o en el entorno. En estos casos, la ansiedad se hace crónica e interfiere en las funciones más importantes de la persona. Como consecuencia, aparecen alteraciones psicológicas y conductas desadaptativas. Los trastornos de ansiedad tienen numerosos síntomas y signos, pero la ansiedad es siempre el síntoma clave en todos ellos ([American Psychiatric Association \[APA\], 2000](#)). Existen ocho trastornos de ansiedad:

- Agorafobia con o sin trastorno de angustia.
- Trastorno de angustia.
- Fobia específica.
- Fobia social.
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).
- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).
- Trastorno por estrés agudo.
- Trastorno por estrés postraumático (TEPT).

El trastorno de angustia y el TOC son los más prevalentes, por lo que en este capítulo se tratarán de forma muy detallada. El [capítulo 11](#) se centra en el TEPT.

## **INCIDENCIA**

En Estados Unidos, los trastornos de ansiedad presentan las tasas de prevalencia más elevadas de todos los trastornos mentales. Casi una de cada cuatro personas adultas sufre un trastorno de ansiedad, con una prevalencia similar entre los jóvenes ([Merikangas, 2005](#)). Estos trastornos son más frecuentes entre las mujeres, las personas de ambos sexos menores de 45 años, los divorciados y separados de ambos sexos y las personas con un nivel socioeconómico bajo. La excepción es el TOC, que presenta la misma prevalencia entre hombres y mujeres, aunque es más común en los niños que en las niñas.

## **INICIO Y CURSO CLÍNICO**

El inicio y el curso clínico de los trastornos de ansiedad son muy variables y dependen sobre todo del tipo de trastorno. Estos dos aspectos se tratan más adelante en este mismo capítulo de forma separada para cada trastorno.

## TRASTORNOS RELACIONADOS

El *trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica o alteración fisiológica* se diagnostica cuando la causa directa de los síntomas de ansiedad es una enfermedad médica o una alteración fisiológica. El paciente puede presentar crisis de angustia, ansiedad generalizada u obsesiones o compulsiones. Las enfermedades médicas que pueden dar lugar a un trastorno de angustia son las alteraciones endocrinas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la insuficiencia cardíaca congestiva y las alteraciones neurológicas.

El *trastorno de ansiedad producido por drogas, psicofármacos u otros tóxicos* se diagnostica cuando la ansiedad es el resultado directo del consumo de drogas o psicofármacos o de la exposición a otras sustancias tóxicas. Los síntomas son ansiedad importante, crisis de angustia, fobias y obsesiones o compulsiones.

El *trastorno de ansiedad por separación* consiste en ansiedad excesiva cuando el paciente se va de casa o se separa de alguna persona importante con la que mantiene una relación de apego, como los padres o los cuidadores. Se diagnostica si el paciente es menor de 18 años y la reacción ansiosa es anormal teniendo en cuenta la fase del desarrollo evolutivo en la que se encuentra la persona.

Los *trastornos adaptativos* consisten en una respuesta psicológica a un hecho, experiencia o situación estresante relacionada con el dinero, el trabajo, el cambio de domicilio, las enfermedades médicas y las relaciones familiares e interpersonales. Esta respuesta psicológica provoca síntomas clínicamente relevantes, como malestar importante, ansiedad, depresión o alteraciones del funcionamiento en la vida diaria.

## ETIOLOGÍA

### Teorías biológicas

#### Teorías genéticas

La ansiedad puede tener un componente hereditario, ya que los familiares de primer grado de los pacientes que la padecen muestran tasas más elevadas. La *heredabilidad* se refiere a la proporción del trastorno que puede atribuirse a factores genéticos:

- La heredabilidad elevada es superior a 0,6 e indica que domina la influencia genética.
- La heredabilidad moderada está entre 0,3 y 0,5 e indica que los factores genéticos y no genéticos tienen una repercusión similar.
- La heredabilidad baja es menor de 0,3 e indica que la genética desempeña un papel muy pequeño como causa principal del trastorno.

El trastorno de angustia, la agorafobia, la fobia social y las fobias específicas tienen una heredabilidad moderada. El TAG y el TOC suelen diagnosticarse a varios miembros de una misma familia, lo que indica que estos trastornos tienen un fuerte componente genético, pero aun así es necesario realizar estudios con más detalle (McMahon y Kassem, 2005). Actualmente, la investigación indica una clara susceptibilidad genética o una vulnerabilidad a los trastornos de ansiedad, pero los investigadores señalan que son necesarios otros factores para que aparezca el trastorno.



### *Teorías neuroquímicas*

El ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA) es un aminoácido neurotransmisor. Se cree que es disfuncional en los trastornos de ansiedad. Se trata de un neurotransmisor inhibitorio que funciona en el organismo como un ansiolítico natural, ya que reduce la excitabilidad de las células nerviosas, disminuyendo así la velocidad de la activación neuronal. Se encuentra en un tercio de las sinapsis, especialmente en el sistema límbico y en el *locus caeruleus*, que es el área en la que se produce otro neurotransmisor denominado noradrenalina, que tiene una función excitatoria de las neuronas. Dado que el GABA reduce la ansiedad y la noradrenalina la aumenta, los investigadores creen que en los trastornos de ansiedad existe una alteración de la regulación de estos dos neurotransmisores.

La serotonina, el neurotransmisor indolamínico que suele estar implicado en la psicosis y en los trastornos del estado de ánimo, tiene numerosos subtipos. La tipo 5-hidroxitriptamina está implicada en la ansiedad y también en la agresividad y en el estado de ánimo. Se cree que la serotonina influye también en el TOC, en el trastorno de angustia y en el TAG, y se sospecha que el exceso de noradrenalina está implicado en el trastorno de angustia, en el TAG y en el trastorno por estrés postraumático (Neumeister, Bonne y Charney, 2005).

### **Teorías psicodinámicas**

#### *Teorías intrapsíquicas/psicoanalíticas*

Para Freud (1936), la ansiedad innata es un estímulo para la conducta del ser humano. Para el creador del psicoanálisis, los mecanismos de defensa constituyen un intento de controlar las representaciones mentales que llegan a la consciencia y, de esta forma, reducir la ansiedad (v. cap. 3). Los **mecanismos de defensa** son distorsiones cognitivas que el individuo utiliza inconscientemente para poder tener la sensación de que controla la situación, reducir el malestar y manejar el estrés. Dado que los mecanismos de defensa son inconscientes, la persona no se da cuenta de que está utilizándolos. Algunas personas usan excesivamente los mecanismos de defensa, y, como consecuencia, no aprenden a valerse de otros métodos más adecuados para resolver las situaciones que les generan ansiedad. La dependencia del individuo de uno o dos mecanismos de defensa puede inhibir su desarrollo y crecimiento psicológico y crearle problemas en las relaciones interpersonales.

## **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR: Síntomas de los trastornos de ansiedad**

### **TRASTORNO SÍNTOMAS**

**Agorafobia.** Es la ansiedad en o la evitación de unos lugares o situaciones en los que sería difícil escapar si fuese necesario o recibir ayuda si el paciente la necesitase.

**Trastorno de angustia.** Aparición recurrente de crisis de angustia, lo que hace que el paciente esté permanentemente preocupado. Una **crisis de angustia** (ataque de pánico) es una sensación repentina y



muy intensa de miedo, aprensión o terror asociada con la sensación de que va a pasar algo terrible de inmediato.

**Fobia específica.** Se caracteriza por la aparición de un nivel significativo de ansiedad en presencia de la situación o el objeto temido, lo que suele provocar conductas de evitación.

**Fobia social.** Se caracteriza por la aparición de la ansiedad cuando el paciente se encuentra en ciertas situaciones sociales, lo que suele producir conductas de evitación.

**Trastorno obsesivo-compulsivo.** Se caracteriza por la presencia de obsesiones (pensamientos, impulsos o imágenes mentales) que provocan un nivel de ansiedad significativo y/o compulsiones (conductas repetitivas o actos mentales que no pueden evitarse) con las que el paciente intenta neutralizar la ansiedad.

**Trastorno de ansiedad generalizada.** Se caracteriza por la presencia, durante al menos 6 meses, de preocupación y ansiedad excesiva y persistente.

**Trastorno por estrés agudo.** Consiste en la aparición de ansiedad, episodios disociativos y otros síntomas en el mes siguiente a la exposición a un factor estresante muy intenso; dura entre 2 días y 4 semanas.

**Trastorno por estrés postraumático.** El paciente revive continuamente una experiencia en extremo traumática, evita los estímulos asociados con la experiencia y muestra entumecimiento emocional y aumento persistente y anormal de la activación; los síntomas se inician en los tres primeros meses siguientes a la experiencia traumática y puede durar varios meses, incluso años.

## SÍNTOMAS

El paciente evita estar fuera de casa o en casa sin compañía; evita utilizar el transporte público; disminuye la capacidad para realizar las tareas laborales; dificultad para realizar las actividades de la vida diaria (p. ej., hacer la compra o acudir a las citas); el paciente sabe que su comportamiento no es normal.

Las crisis de angustia suelen durar entre 15 min y 30 min, y se observan cuatro o más de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblores de una parte del cuerpo o de todo el cuerpo, dificultad para respirar, sensación de ahogo o asfixia, dolor torácico o molestias en el pecho, náuseas, desrealización o despersonalización, miedo a morir o a perder el juicio, parestesias y escalofríos o sofocos.

Respuesta de ansiedad significativa a un objeto o situación; evitación o incapacidad para estar frente al objeto o en la situación temida sin experimentar un nivel elevado de malestar; malestar psicológico significativo o deterioro de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, para el trabajo o para el funcionamiento social; los pacientes adolescentes y adultos reconocen que el miedo es excesivo y es ilógico.

Miedo a ruborizarse o a que se le note que siente vergüenza, incapacidad para afrontar ciertas situaciones sociales o para afrontarlas sin experimentar un nivel elevado de malestar; el paciente reconoce que la respuesta es irracional o excesiva; creencia de que los otros le juzgan negativamente; malestar psicológico significativo o problemas en las relaciones interpersonales, en el trabajo o en la vida social; la ansiedad puede alcanzar el nivel grave o el pánico.

Pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes e intrusivos (el paciente no quiere tenerlos) que van más allá de las preocupaciones normales y realistas por los problemas y dificultades de la vida; intentos de no prestar atención, suprimir o neutralizar las obsesiones mediante las compulsiones, que generalmente no logran este fin; los pacientes adolescentes y adultos reconocen que las obsesiones y compulsiones son excesivas e ilógicas.

Aprensión y preocupación excesiva la mayor parte de los días durante 6 meses o más sobre hechos o actividades; imposibilidad de controlar las preocupaciones; malestar psicológico significativo o deterioro del funcionamiento social o laboral; están presentes al menos tres de los siguientes síntomas: inquietud,

nerviosismo, cansancio de origen desconocido, dificultad para concentrarse, episodios en los que la mente se queda en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

La exposición a la experiencia traumática provoca miedo, sensación de indefensión o terror; síntomas indicativos de ansiedad intensa o de aumento de la activación por encima de lo normal, malestar psicológico significativo o deterioro del funcionamiento; el paciente revive la experiencia traumática de forma recurrente; están presentes al menos tres de los siguientes síntomas: sensación de entumecimiento emocional o de desconexión con los demás; aturdimiento emocional, desrealización, despersonalización y amnesia disociativa (incapacidad de recordar aspectos importantes de la experiencia traumática).

Exposición a una experiencia traumática que se vivió con miedo intenso o terror y sensación de indefensión; el paciente revive continuamente la experiencia (pensamientos o sueños vívidos egodistónicos y recurrentes, pesadillas, reviviscencias o flashbacks, malestar físico y psicológico al recordar lo sucedido); evitación de los estímulos o situaciones que recuerdan la experiencia traumática (evitación de ciertos pensamientos, sentimientos, conversaciones, personas y lugares); amnesia selectiva; disminución del interés o de la participación en actos sociales; sensación de estar desconectado o distante de los demás; afectos restringidos, aprensión; aumento de la activación (alteraciones del sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, reacción de sobresalto exagerada incluso a los estímulos más nimios); malestar psicológico importante o deterioro del funcionamiento en la vida diaria, laboral e interpersonal.

---

Adaptado de [American Psychiatric Association. \(2000\). DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders](#) (4.ª ed., texto revisado). Washington, DC: APA.

### **Teorías interpersonales**

[Harry Stack Sullivan \(1952\)](#) consideraba que la ansiedad tiene su origen en los problemas que surgen en las relaciones interpersonales. Las personas que cuidan al niño pueden transmitirle ansiedad debido a una crianza y educación inadecuadas, a la transmisión de mensajes distorsionados o, por ejemplo, cuando cogen en brazos al niño con inseguridad o temor. Esta ansiedad transmitida puede dar lugar a una serie de disfunciones en el niño, como la imposibilidad de realizar las tareas evolutivas propias de la edad. En las personas adultas, la ansiedad tiene su origen en la necesidad del individuo de conformarse a las normas y valores de la cultura en que vive. Cuanto mayor es el nivel de la ansiedad, menor es la capacidad para comunicarse con los demás y resolver los problemas que van apareciendo y mayor es el riesgo de que aparezca un trastorno de ansiedad.

[Hildegard Peplau \(1952\)](#) señaló que los seres humanos nos movemos al mismo tiempo en un ámbito de relaciones interpersonales y en un ámbito fisiológico. Por tanto, el profesional de la enfermería tiene que ayudar al paciente con ambos aspectos en mente. Esta autora identificó los cuatro niveles de ansiedad a los que nos hemos referido y elaboró las intervenciones de enfermería y las técnicas de comunicación interpersonal a partir de la teoría interpersonal de la ansiedad de Sullivan. Actualmente, los profesionales de la enfermería utilizan las técnicas de comunicación terapéutica de Peplau para establecer, mantener y desarrollar la relación personal de enfermería-paciente y aplicar el proceso de enfermería.

### **Teoría conductista**

Los teóricos del conductismo consideran que la ansiedad se aprende a través de las experiencias del individuo. Por el contrario, la persona puede cambiar o «desaprender»

las conductas gracias a nuevas experiencias. Los conductistas sostienen que los humanos podemos modificar las conductas desadaptativas sin necesidad de conocer ni comprender su causa. Estos autores consideran que las conductas que interfieren en la vida de una persona pueden ser extinguidas o desaprendidas enfrentándose a una serie de experiencias bajo la supervisión del psicoterapeuta.

## ASPECTOS CULTURALES

Cada cultura tiene normas propias que regulan las formas adecuadas de expresar y de combatir la ansiedad. Los profesionales de la enfermería culturalmente competentes necesitan ser conscientes de estas normas, pero, al mismo tiempo, han de tener cuidado para no dejarse llevar por los estereotipos cuando están trabajando con un paciente con ansiedad.

Las personas de procedencia asiática suelen manifestar la ansiedad mediante síntomas somáticos como cefaleas, lumbago o dolor de espalda, cansancio, mareos y problemas estomacales. El *koro* es una reacción de ansiedad intensa que sufren algunos hombres provocada por el miedo a que el pene se retraiga y desaparezca en el interior del abdomen y, a continuación, acabar muriendo. La forma de tratamiento culturalmente aceptada consiste en agarrar con fuerza el pene del paciente hasta que desaparezca el miedo. Los amigos y familiares del paciente suelen ayudar a realizar esta maniobra y, al final, es costumbre sujetar el pene con una caja de madera. En las mujeres, el *koro* es la ansiedad provocada por el miedo a que desaparezcan la vulva y los pezones (Spector, 2008).

El *susto* es un cuadro de intensa ansiedad, tristeza, agitación, pérdida de peso, debilidad y alteraciones de la frecuencia cardíaca que forma parte de la psiquiatría popular de algunos hispanos residentes en Estados Unidos procedentes de Perú, Bolivia, Colombia y otros países de Centroamérica y Sudamérica. Este trastorno se atribuye a la acción de seres sobrenaturales o al efecto del aire ponzoñoso de lugares considerados peligrosos, como los cementerios.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de los trastornos de ansiedad suele consistir en la administración de psicofármacos y en psicoterapia. La combinación de estas dos modalidades terapéuticas produce mejores resultados que el tratamiento con psicofármacos o la psicoterapia sola (Charney, 2005). En la [tabla 13-3](#) se exponen los psicofármacos que se utilizan para tratar los trastornos de ansiedad. En el [capítulo 15](#) figura una explicación detallada de los antidepresivos. La terapia cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Para la **reestructuración positiva** se utilizan distintas técnicas, como la generación de mensajes positivos. Esta técnica consiste en cambiar los mensajes negativos que el paciente se dice a sí mismo en mensajes positivos. El psicoterapeuta enseña al paciente a producir mensajes positivos que tiene que utilizar cuando sienta ansiedad. Por ejemplo, en vez de pensar: «Se me va a salir el corazón del pecho. ¡Me voy a morir!», el psicoterapeuta le enseña a pensar: «Puedo aguantar esto.

Sólo es ansiedad. Se me pasará pronto». El paciente puede anotar estos mensajes positivos y tenerlos siempre a mano, por ejemplo, en una agenda, un calendario o un papel dentro de la cartera.

**Decatastrofizar** es otra técnica de reestructuración cognitiva en la que el psicoterapeuta formula preguntas al paciente para que éste aprenda a evaluar la situación de forma más realista. Por ejemplo, le pregunta al paciente: «¿Qué es lo peor que podría pasarle?», «¿Es probable que le pase?», «¿Sobreviviría usted si ocurriese eso?», «¿Sería tan malo como se lo imagina?». También se le enseñan al paciente técnicas como la detención del pensamiento y a distraerse para evitar estar permanentemente centrado en los pensamientos negativos. Lavarse la cara con agua fría, tirar y soltar rápido una banda de goma que el paciente lleva en la muñeca o gritar son acciones que pueden romper el círculo de los pensamientos negativos.

El **entrenamiento asertivo** ayuda al paciente a aumentar su control de todas las situaciones de la vida. Sirve para aprender a negociar en las relaciones interpersonales y a aumentar la confianza en sí mismo. El paciente aprende las frases «Yo», que le sirven para aprender a identificar sus propios sentimientos y comunicar sus necesidades y preocupaciones a los demás. Por ejemplo: «Me molesta que me des la espalda cuando te estoy hablando», «Me gustaría que me dedicases unos minutos porque tengo que hablar contigo sobre un asunto importante» o «Me gustaría tener media hora después de comer para poder relajarme un poco, así que no me molestes a esa hora por favor».

Tabla 13-3. Psicofármacos para tratar los trastornos de ansiedad

Nombre genérico	Clase farmacológica	Trastorno de ansiedad en el que se utiliza
Alprazolam	Benzodiazepina	Ansiedad, trastorno de angustia, TOC, fobia social, agorafobia
Buspirona	Ansiolítico no benzodiazepínico	Ansiedad, TOC, fobia social, TAG
Clorazepato	Benzodiazepina	Ansiedad
Clordiazepóxido	Benzodiazepina	Ansiedad
Clomipramina	Antidepresivo tricíclico	TOC
Clonazepam	Benzodiazepina	Ansiedad, trastorno de angustia, TOC
Clonidina	β-bloqueante	Ansiedad, trastorno de angustia
Diazepam	Benzodiazepina	Ansiedad, trastorno de angustia
Fluoxetina	Antidepresivo ISRS	Trastorno de angustia, TOC, TAG
Fluvoxamina	Antidepresivo ISRS	TOC
Hidroxizina	Antihistamínico	Ansiedad
Imipramina	Antidepresivo tricíclico	Ansiedad, trastorno de angustia, agorafobia
Meprobamato	Ansiolítico no benzodiazepínico	Ansiedad
Oxazepam	Benzodiazepina	Ansiedad
Paroxetina	Antidepresivo ISRS	Fobia social, TAG
Propranolol	Agonista α-adrenérgico	Ansiedad, trastorno de angustia, TAG
Sertralina	Antidepresivo ISRS	Trastorno de angustia, TOC, fobia social, TAG

ISRS, inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; TAG, trastorno de ansiedad generalizada; TOC, trastorno obsesivo-compulsivo.

## ANSIEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES

Cuando los problemas de ansiedad se presentan por primera vez en las últimas etapas de la vida suelen hacerlo asociados con otra enfermedad o trastornos mentales como la depresión, la demencia, las enfermedades médicas, la toxicidad por la medicación y el

síndrome de abstinencia de alguna medicación o droga, incluido el alcohol. Las fobias (en especial la agorafobia) y el TAG son los trastornos de ansiedad más frecuentes en las personas mayores. La mayoría de los pacientes con agorafobia de inicio tardío atribuyen el inicio del trastorno a la aparición brusca de una enfermedad médica o a un hecho traumático, como una caída o un atraco sufrido en la calle. El TAG de inicio tardío suele asociarse con la depresión. Aunque son poco frecuentes, las crisis de angustia pueden observarse en las últimas décadas de la vida y en muchos casos se asocian con la depresión o con una enfermedad médica, generalmente gastrointestinal, cardiovascular o pulmonar crónica. La ideación obsesiva es frecuente en la depresión de inicio tardío y suele girar en torno a temas como el miedo a las infecciones, la duda patológica y el temor a dañar a otras personas. El tratamiento de elección para los trastornos de ansiedad en las personas mayores son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). La dosis inicial debe ser más baja que la dosis de inicio utilizada en los pacientes adultos con el fin de asegurarse de que el paciente puede tolerar la medicación. Si la dosis es demasiado elevada, los ISRS pueden reagudizar los síntomas de ansiedad en los pacientes ancianos (Sakaue, 2008).

### **ATENCIÓN COMUNITARIA**

El personal de enfermería encontrará en los centros de atención comunitaria pacientes con trastornos de ansiedad con más frecuencia que entre los pacientes hospitalizados. El tratamiento de estos pacientes suele realizarse en los centros de salud comunitaria o en la consulta privada de psiquiatras y psicólogos. Dado que las personas con un trastorno de ansiedad tienen tendencia a creer que los síntomas del trastorno se deben a un problema médico, el médico o el personal de enfermería de atención primaria suele ser el primero que valora a estos pacientes.

La información de los recursos comunitarios existentes en la localidad puede ser de gran ayuda para el paciente. Se trata de derivarlo a un centro asistencial en el que se le haga una valoración y un diagnóstico precisos y se le prescriba el tratamiento más adecuado. El profesional puede derivar al paciente a un psiquiatra o un profesional de la enfermería especializado en psiquiatría y salud mental. También pueden ser de utilidad otros recursos comunitarios, como los grupos de apoyo o de autoayuda especializados en problemas de ansiedad. Gracias a ellos, el paciente sale del aislamiento y se siente menos solo.

### **PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL**

Con demasiada frecuencia, la ansiedad se considera algo negativo que hay que evitar a toda costa. Sin embargo, para muchas personas constituye una señal que indica que no están afrontando el estrés de forma eficaz. Aprender a prestar atención a esta señal y hacer los cambios necesarios es una forma sana de mejorar la relación con el estrés en la vida diaria.

El estrés y la ansiedad resultante no siempre están asociados con los problemas de la vida. Hay hechos y experiencias «positivos», incluso deseados por la persona, como

empezar a estudiar una carrera en una buena universidad, conseguir un empleo, casarse y tener hijos; sin embargo, también estas experiencias positivas pueden provocar estrés y ansiedad. El manejo adecuado del estrés y de la ansiedad es uno de los aspectos más importantes que contribuyen a mantener una buena salud mental y física. Los que siguen son algunos consejos para manejar adecuadamente el estrés y la ansiedad:

- Mantener siempre una actitud positiva y confiar en uno mismo.
- Aceptar que hay hechos y situaciones que no pueden controlarse.
- Comunicarse con los demás de forma asertiva: hablar sobre los propios sentimientos y expresarlos no sólo mediante palabras, recurrir también a la risa, al llanto y a otras formas de comunicación no verbal.
- Aprender a relajarse.
- Hacer ejercicio físico de forma regular.
- Seguir una dieta equilibrada.
- No abusar del alcohol ni de la cafeína.
- Descansar y dormir lo suficiente.
- Marcarse metas y expectativas realistas y encontrar una actividad gratificante que sirva para la propia realización personal.
- Aprender técnicas de manejo del estrés como la relajación, la creación de imágenes mentales y la meditación; practicar estas técnicas todos los días hasta conseguir que formen parte de los hábitos diarios.

En el caso de los pacientes que padecen un trastorno de ansiedad, es importante subrayar que el objetivo del tratamiento consiste en el manejo eficaz del estrés y de la ansiedad, no la eliminación total de la misma. Si bien la medicación es importante para aliviar la ansiedad excesiva, por sí misma no sirve para resolver el problema. Para mejorar la calidad de vida, es esencial aprender técnicas para controlar la ansiedad y estrategias de afrontamiento eficaces para tratar los problemas de la vida y el estrés asociado.

## **TRASTORNO DE ANGUSTIA**

El **trastorno de angustia** consiste en episodios de ansiedad intensa, denominados **crisis de angustia o ataques de pánico**, de entre 15 min y 30 min de duración. El paciente empieza a sentir una ansiedad vaga cuya intensidad aumenta rápidamente hasta convertirse en angustia. Durante el ataque o crisis, el paciente siente miedo intenso y malestar fisiológico, la ansiedad es abrumadora y aparecen cuatro o más de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblores, dificultad para respirar, sensación de ahogo o asfixia, dolor torácico, náuseas, molestias abdominales, mareo, parestesias y escalofríos o sofocos.

El trastorno de angustia se diagnostica cuando el paciente sufre crisis de angustia recidivantes e inesperadas durante al menos 1 mes, período en el cual el enfermo está preocupado por la posibilidad de sufrir una nueva crisis o de que las crisis estén relacionadas con una enfermedad grave, o durante este tiempo se produce un deterioro



clínicamente relevante del funcionamiento del paciente. En más del 75 % de los pacientes que padecen un trastorno de angustia, la primera crisis aparece de forma espontánea, sin que intervenga ningún desencadenante ambiental. La mitad de los pacientes sufren también agorafobia. El trastorno de angustia es más frecuente en las personas con nivel educativo bajo y solteras. El riesgo de sufrir un trastorno de angustia aumenta un 18 % en los pacientes que padecen depresión (Merikangas, 2005).

### Curso clínico

La incidencia máxima de este trastorno se observa al final de la adolescencia y en torno a los 35 años. Si bien el **pánico** puede considerarse normal en una persona que vive una experiencia que pone en peligro su vida, los pacientes con trastorno de angustia experimentan síntomas psicológicos y fisiológicos similares a los del pánico sin que exista ningún estímulo desencadenante en el entorno. El recuerdo de lo desagradable que fue la crisis de angustia junto con el miedo a sufrir una nueva crisis puede hacer que aparezcan **conductas de evitación**. En algunos casos, el paciente se queda enclaustrado en casa o sólo sale a lugares que estén cerca de su casa, como el quiosco de prensa o una tienda o bar cercano. Esta conducta de evitación se denomina **agorafobia** (en griego, «agorafobia» significa «miedo a los centros comerciales» o miedo a estar fuera). Algunos pacientes con agorafobia tienen miedo incluso de dar un solo paso fuera de su casa por temor a que sobrevenga una nueva crisis de angustia nada más pisar la calle. Otros pueden salir de casa, pero a costa de una ansiedad anticipatoria importante y sólo se permiten moverse por una zona cercana a la casa para poder volver rápidamente si sobreviene la crisis. La agorafobia también puede aparecer de forma aislada, sin crisis de angustia.



**Crisis de angustia.**

El patrón de comportamiento de los pacientes con agorafobia ilustra perfectamente los conceptos de beneficio primario y secundario, asociados con numerosos trastornos de ansiedad. El **beneficio primario** es el alivio de la ansiedad que se consigue gracias a la puesta en práctica de las conductas de evitación, como quedarse en casa para evitar la ansiedad que produciría encontrarse lejos de un lugar seguro. El **beneficio secundario** es la atención que el paciente recibe de los demás gracias a su comportamiento. Así, los familiares y amigos del paciente agorafóbico se preocupan por él y le cuidan, y si se trata del miembro de la familia que se ocupa de todas las tareas que se realizan fuera de casa (p. ej., ir a trabajar, hacer la compra), conseguirá que otros se ocupen de estas tareas. Por tanto, estas personas compasivas se convierten en facilitadores de la autorreclusión de la persona con agorafobia.



## CASO CLÍNICO: TRASTORNO DE ANGUSTIA

**Nancy pasaba tanto** tiempo en el apartamento de su amiga Jen como en su propia casa. Precisamente fue en el apartamento de Jen donde Nancy tuvo su primera crisis de angustia. Sin razón alguna, de repente sintió que las paredes se acercaban unas a las otras y la iban a aplastar. Sintió que el aire no entraba en los pulmones y que el corazón le latía tan deprisa que se le iba a salir del pecho. Necesitaba salir del apartamento a toda prisa («¡Rápido! ¡Corre!») se dijo a sí misma. Sin embargo, una pequeña parte de sí misma que todavía podía pensar racionalmente le decía que no había ninguna razón para salir corriendo, pero el impulso de escapar a toda prisa era abrumador. Salió corriendo del apartamento y llegó hasta el rellano. Pulsó repetidas veces el botón para llamar al ascensor con la esperanza de que llegase pronto. «¿Y qué pasa si el ascensor no viene?», pensó. ¿Dónde estaban las escaleras que buscaba tan desesperadamente?

El ascensor llegó, las puertas se abrieron automáticamente y Nancy se metió en la cabina atropelladamente. Sin darse cuenta de que había estado manteniendo la respiración hasta que el ascensor llegó, soltó el aire a grandes bocanadas, y esto le sirvió para aliviar momentáneamente la angustia. Tenía la sensación de que alguien la seguía y así era: un hombre pasó por el rellano y le preguntó si le pasaba algo, pero Nancy no pudo contestar. Sentía que se iba a asfixiar porque el aire no llegaba a los pulmones. Se apoyó en una de las paredes del ascensor porque ésta era la única forma de no caer al suelo desmayada. «Respira», se dijo, e hizo todo lo posible por respirar lo más profundamente posible. Empezó a buscar el botón que tenía que pulsar, el de la planta baja. No podía equivocarse. De ningún modo podía pulsar el botón que no era porque entonces el ascensor tardaría más tiempo, y Nancy sentía que no tenía tiempo: tenía que llegar a la calle como fuera y sin perder ni un segundo. El corazón le latía cada vez más deprisa, parecía que el aire no quería entrar en sus pulmones. «¡Corre, corre!», se dijo. Cuando se abrieron las puertas del ascensor, Nancy salió en estampida. Se dobló hacia delante y puso las manos sobre las rodillas. Tardó más de 5 min en darse cuenta de que por fin estaba a salvo y de que ahora ya no podía pasarle nada malo. Salió a la calle y se dejó caer sobre un banco. Ahora podía respirar mejor. Se colocó cómodamente en el banco, dispuesta a quedarse hasta que el corazón le latiese con normalidad. Agotada y asustada, se preguntó: «¿Me está dando un ataque al corazón? ¿Estoy perdiendo el juicio? ¿Qué me está pasando?».

En vez de volver al apartamento de Jen, Nancy empezó a andar camino de su casa. No se atrevía a volver al apartamento hasta que se hubiese recuperado totalmente. Esperaba que no le volviese a pasar otra vez una cosa tan desagradable. Pensaba que lo mejor era no ir por el apartamento de Jen en unos cuantos días. Cuando llegó a casa, se sentó y se puso a pensar sobre lo que le había pasado y sobre lo que podría hacer para evitar que le pasase otra vez.

### Tratamiento

El trastorno de angustia se trata con psicoterapia, fundamentalmente con terapia cognitivo-conductual, así como con técnicas de relajación y de respiración profunda y medicación (benzodiazepinas, ISRS, antidepresivos tricíclicos y antihipertensores, como la clonidina y el propranolol).

## APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: TRASTORNO DE ANGUSTIA

### Valoración

En el [cuadro 13-1](#) se presenta la Escala de ansiedad de Hamilton. El profesional de la enfermería puede utilizar este instrumento junto con la valoración que se explica a continuación.

### *Antecedentes*

El paciente suele acudir a la consulta después de haber sufrido varias crisis de angustia. Suele decirle al profesional de la enfermería que sentía que se «iba a volver loco» o que «le iba a dar un ataque al corazón» pero «el médico dice que es solo ansiedad». Por lo general, el paciente no es capaz de decir qué estímulos o situaciones desencadenan las crisis de angustia.

### *Aspecto general y comportamiento motor*

El profesional valorará el aspecto general y el comportamiento motor del paciente. La apariencia puede ser totalmente normal o puede haber signos indicativos de ansiedad cuando el paciente siente aprensión y teme que pueda sobrevenirle una crisis de angustia de un momento a otro. Si el paciente está ansioso, es probable que hable más rápido de lo normal y con un tono de voz demasiado elevado y agudo. También puede que tenga dificultad para sentarse o permanecer sentado. Puede presentar **automatismos** motores, es decir, movimientos continuos, aparentemente sin finalidad, que no puede evitar, como tamborilear con los dedos en la mesa, mover el llavero para que suene, tocarse el pelo y rascarse. Los automatismos motores sirven para aliviar la ansiedad y son más intensos y frecuentes cuanto mayor es el nivel de ansiedad.

### *Estado de ánimo y afectos*

La evaluación del estado de ánimo y de los afectos puede revelar que el paciente está tenso, ansioso, preocupado, deprimido, serio o triste. Cuando explica las crisis de angustia, el paciente puede romper en llanto o saltársele las lágrimas, y puede decir que se odia o se maldice por «no ser capaz de controlarse cuando le viene un ataque». La mayoría de los pacientes sufren un malestar psicológico significativo por la irrupción de las crisis de angustia en su vida. El paciente puede referir que durante la crisis se siente como si estuviese desconectado de sí mismo (**despersonalización**) o como si las cosas y las personas que le rodean no fuesen reales (**desrealización**).

### *Proceso y contenido del pensamiento*

Durante la crisis de angustia, el paciente se siente desbordado, y piensa que va a morir de repente, que va a perder el control o que va a «volverse loco». Incluso puede llegar a pensar en suicidarse. Los pensamientos están desorganizados y se pierde la capacidad de pensar racionalmente. Otras veces el paciente está consumido por la preocupación de no saber cuándo le va a sobrevenir la próxima crisis de angustia y sobre qué va a hacer o qué debería hacer si sobreviene.

### *Nivel de consciencia y procesos cognitivos*

Durante la crisis de angustia, el paciente puede estar confuso y desorientado. No capta ni procesa los estímulos del entorno y no puede reaccionar de forma adecuada. Una vez que la crisis se resuelve, las funciones cognitivas vuelven a la normalidad.



### Cuadro 13-1. Escala de ansiedad de Hamilton

*Instrucciones:* esta lista de comprobación se ha diseñado para ayudar al psiquiatra o psicólogo a evaluar el grado de ansiedad del paciente considerada como una alteración patológica. Puntúe cada ítem de la siguiente forma:

SIN ANSIEDAD = 0 LEVE = 1 MODERADA = 2 GRAVE = 3 GRAVE Y DISCAPACITANTE = 4

Ítem		Puntuación
Estado de ánimo ansioso	Preocupaciones, pensamientos de que va a ocurrir lo peor, ansiedad anticipatoria, irritabilidad.	_____
Tensión	Sensación de tensión, tendencia a sentirse cansado, reacción de sobresalto exagerada, llora con facilidad, temblores, nerviosismo, inquietud, imposibilidad de relajarse.	_____
Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud.	_____
Insomnio	Dificultades para conciliar el sueño, despertar frecuente, sueño poco reparador y sensación de cansancio al despertarse, sueños vívidos, pesadillas, terrores nocturnos.	_____
Funcionamiento intelectual (cognitivo)	Dificultad para concentrarse, problemas de memoria.	_____
Estado de ánimo deprimido	Pérdida del interés, anhedonia, despertar antes de la hora, depresión, cambios de humor durante el día.	_____
Síntomas somáticos generales (musculares)	Dolores y molestias, contracciones musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz temblorosa, aumento del tono muscular.	_____
Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Acúfenos, visión borrosa, escalofríos, sofocos, sensación de debilidad, hormigueo.	_____
Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, latido vascular, sensación de ir a desmayarse, extrasístole.	_____
Síntomas respiratorios	Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	_____
Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor abdominal, ardor, sensación de plenitud incluso antes de comer, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, borborigmos (ruido en los intestinos), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	_____
Síntoma genitourinarios	Aumento de la frecuencia urinaria, urgencia urinaria, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, disminución de la libido, impotencia.	_____
Síntomas del sistema nervioso autónomo	Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigo, cefalea de tensión, piloerección.	_____
Comportamiento y signos fisiológicos durante la entrevista	Tenso, no relajado, inquietud, nerviosismo, se pasea de un lado a otro de la habitación, temblor en las manos, ceño fruncido, tics en los párpados, tirantez facial, suspiros o respiración rápida, palidez facial, traga saliva, eructos, sudoración, taquicardia en reposo, temblor general, sacudidas bruscas de los tendones, dilatación pupilar y exoftalmos.	_____

#### Comentarios adicionales:

*Firma del evaluador:*

Reproducido con autorización del *British Journal of Medical Psychology* (1959), 32, 50-55. © *British Psychological Society*.

### *Sentido de la realidad e introspección*

El sentido de la realidad queda en suspenso durante las crisis de angustia. En un intento de escapar, el paciente puede salir corriendo del edificio y cruzar la calle ante de un vehículo que circula a toda velocidad. No obstante, el sentido de la realidad se recupera inmediatamente después de la crisis. La capacidad de introspección y el conocimiento de lo que es una crisis de angustia sólo son posibles una vez que el paciente ha sido correctamente informado por los profesionales sanitarios. Incluso después de que se le haya explicado en qué consisten estas crisis, el paciente puede pensar que está totalmente indefenso y que no tiene ningún control sobre lo que le ocurre.

### *Concepto de sí mismo*

Es importante evaluar el concepto de sí mismo en los pacientes que sufren un trastorno de angustia. Es habitual escuchar frases como «Nunca pensé que podría ser tan débil y perder el control de esta forma» o «Antes era feliz y era una persona normal». Por culpa de las crisis de angustia, es posible que el paciente se valore negativamente y tenga un concepto negativo de todos los aspectos de su vida. Puede verse a sí mismo completamente consumido por la preocupación ante la posibilidad de sufrir una nueva crisis de angustia, y puede sentirse incapaz de hacer muchas de las cosas que hacía antes de sobrevenir la primera crisis.

### ***Roles y relaciones interpersonales***

Puesto que la ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de sufrir otra crisis es muy intensa, el paciente puede haber experimentado alteraciones de su vida familiar, social y laboral. Estos pacientes suelen evitar a las personas, lugares y acontecimientos que están asociados con las crisis de angustia que han sufrido antes. Por ejemplo, si la primera crisis sobrevino en un autobús, es posible que el paciente deje de utilizar este medio de transporte. Si bien con las conductas de evitación no se consigue que dejen de producirse las crisis de angustia, la sensación de impotencia del paciente es tan grande que puede tomar medidas aún más restrictivas para prevenir los ataques, como dejar de ir a trabajar o encerrarse en casa.

### ***Problemas fisiológicos y autocuidado***

Estos pacientes suelen referir problemas con el sueño y la alimentación. La ansiedad anticipatoria, es decir, la aprensión ante la posibilidad de que sobrevenga una nueva crisis, puede interferir muy negativamente en el sueño, incluso si el paciente pasa muchas horas en la cama. El paciente puede perder el apetito o, por el contrario, puede comer continuamente en un intento de reducir la ansiedad.

### **Análisis de los datos**

Los siguientes diagnósticos de enfermería pueden aplicarse a los pacientes que sufren un trastorno de angustia:

- Riesgo de lesiones.
- Ansiedad.
- Baja autoestima situacional (crisis de angustia).
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Sensación de impotencia.
- Desempeño ineficaz del rol.
- Alteración del patrón del sueño.

### **Resultados esperables**

Los resultados en el caso de los pacientes que sufren un trastorno de angustia son:

- El paciente no sufrirá ninguna lesión.
- El paciente expresará verbalmente sus sentimientos.
- El paciente demostrará que es capaz de utilizar estrategias de afrontamiento eficaces.



- El paciente demostrará que es capaz de utilizar métodos eficaces para manejar la respuesta a la ansiedad y el estrés.
- El paciente expresará verbalmente la sensación de control de sí mismo y de su propia vida.
- El paciente restablecerá una ingesta nutricional adecuada.
- El paciente dormirá un mínimo de 6 h cada noche.

## Intervención

### *Promoción de la seguridad y de la comodidad del paciente*

Cuando sobreviene una crisis de angustia, la prioridad del personal de enfermería debe ser garantizar la seguridad y la intimidad del paciente. Si hay un exceso de estimulación en el entorno, se trasladará al paciente a un lugar en el que haya menos estímulos. En los lugares tranquilos disminuye la ansiedad y mejora la intimidad.

El profesional de enfermería debe quedarse con el paciente para ayudarlo a tranquilizarse y para evaluar su conducta y preocupaciones. Después de conseguir que el paciente le preste atención, el profesional se dirigirá a él con voz tranquila y suave. Se dará al paciente una serie de instrucciones breves dirigidas a preservar su seguridad:

#### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

##### *Trastorno de angustia*

- Proveer un ambiente seguro y garantizar la privacidad del paciente durante una crisis de angustia.
- Permanecer con el paciente durante una crisis de angustia.
- Ayudarles a centrarse en la respiración profunda.
- Hablarles con una voz calmada y tranquilizadora.
- Enseñarles técnicas de relajación.
- Ayudar a los pacientes a utilizar técnicas de reestructuración cognitiva.
- Involucrar a los pacientes en cómo lograr disminuir los factores estresantes y las situaciones desencadenantes de ansiedad.



*«John, eche un vistazo alrededor. Se encuentra en un lugar seguro y estoy aquí con usted. No va a pasarle nada. Respire profundamente».*

Las frases tranquilizadoras y el comportamiento tranquilo del profesional pueden contribuir a reducir la ansiedad. Cuando el paciente siente que va a perder el control, el profesional debe hacerle ver que está allí a su lado y que él se encargará de que no ocurra nada malo.

### *Comunicación terapéutica*

Los pacientes con un trastorno de ansiedad están en condiciones de colaborar con el personal de enfermería en la evaluación y en la planificación de la asistencia que van a recibir; por tanto, la relación profesional-paciente es muy importante. La comunicación debe ser siempre tranquila y sencilla, porque los pacientes con ansiedad grave no pueden prestar atención a los mensajes largos, y cuando se les habla, pueden estar paseándose de un lado a otro para liberar energía. Si el paciente es incapaz de sentarse para hablar, el

profesional debe acompañarle en sus paseos. Asimismo, evaluaremos la conveniencia y, en su caso, la eficacia del contacto físico, porque los pacientes con un nivel elevado de ansiedad pueden interpretar el contacto con un extraño como una amenaza, en cuyo caso se retirarán bruscamente.

Conforme disminuye la ansiedad, el paciente va recobrando las funciones cognitivas. Cuando la ansiedad se ha resuelto a un nivel manejable para el paciente, el profesional utilizará técnicas de comunicación abiertas para hablar de la experiencia:



*Profesional: «Parece que la ansiedad ha disminuido y que ya se encuentra mejor: ¿Es así?» o «¿Quiere que hablemos de lo que ha pasado?».*

En este punto, el paciente puede hablar de sus respuestas emocionales a los procesos fisiológicos y de su conducta, lo que contribuirá a que recupere la sensación de control.

### ***Manejo de la ansiedad***

El profesional de la enfermería puede enseñar al paciente técnicas de relajación para cuando sienta estrés o ansiedad. La respiración profunda es una técnica de relajación muy sencilla y todo el mundo puede practicarla. La creación de imágenes mentales agradables y la relajación progresiva son métodos muy eficaces para reducir la tensión muscular. La creación de imágenes mentales consiste en imaginarse un lugar o una situación segura y agradable en la que poder relajarse. En la relajación progresiva, los músculos se tensan, se mantienen tensos durante unos segundos y luego se relajan. Esto se hace ordenadamente, por grupos musculares, y se deja que la tensión fluya fuera del cuerpo respirando rítmicamente. Las técnicas de reestructuración cognitiva a las que ya nos hemos referido en este capítulo también pueden utilizarse para que el paciente aprenda a manejar la respuesta a la ansiedad.

Es importante que el paciente aprenda y practique todas estas técnicas cuando se encuentra relativamente tranquilo. Cuando se adapta a estas técnicas, es muy probable que las utilice con eficacia durante las crisis de angustia o en momentos de mayor ansiedad. Muchos pacientes sienten que el uso de estas técnicas les ayuda a recuperar el control y, por tanto, a manejar mejor la ansiedad. Cuando el paciente llega a la conclusión de que es capaz de manejar las crisis de angustia, pasa menos tiempo preocupándose por la posibilidad de que sobrevenga un nuevo ataque, es decir, disminuye la ansiedad anticipatoria, y esto a su vez, da lugar a una disminución del nivel general de ansiedad.

### ***Educación del paciente y de la familia***

La educación del paciente y de la familia es de primordial importancia en los trastornos de ansiedad. El paciente necesita aprender nuevas formas de manejar el estrés y de afrontar las situaciones que los provocan. Se informará al paciente y a la familia de la eficacia de la combinación de psicoterapia y farmacoterapia, así como de los efectos secundarios que puede producir la medicación que se ha prescrito. Se trata de conseguir que el propio paciente sea el principal gestor del tratamiento. Es importante que el

profesional explique al paciente y a la familia la fisiología de la ansiedad y las razones por las que se requieren tanto la psicoterapia como la medicación. Este tratamiento combinado, junto con las técnicas para la reducción del estrés, ayuda al paciente a manejar las respuestas extremas al estrés y a la ansiedad y le permite recuperar la sensación de control sobre sí mismo y sobre su propia vida. El profesional de la enfermería debe ayudar al paciente a entender que la psicoterapia y la medicación por sí mismas no «curan» el trastorno, pero le ayudan a manejarlo mejor y a controlarlo. En lo que respecta a la medicación, en la educación del paciente y de la familia hay que incluir la dosis, la frecuencia, los efectos terapéuticos que cabe esperar, los posibles efectos secundarios y cómo tratarlos o minimizarlos, así como los medicamentos, alimentos y otras sustancias que tienen un efecto sinérgico o antagonista con la medicación prescrita.

## EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA

### *Para el trastorno de angustia*

- Revisar las técnicas de control de la respiración y de la relajación.
- Hablar con el paciente sobre las estrategias de afrontamiento más eficaces.
- Motivar y animar al paciente a hacer ejercicio físico regular.
- Insistir en la importancia de tomar la medicación en la forma en la que se ha prescrito y acudir a las consultas de seguimiento.
- Enseñar al paciente técnicas para la gestión del tiempo, como elaborar una lista con las tareas que tiene que hacer, poniendo una fecha límite realista a cada tarea o actividad. Cada vez que el paciente completa una tarea, la tacha de la lista, lo que contribuye a aumentar la sensación de satisfacción por lo logros conseguidos. Además, la lista de tareas ayuda al paciente a decir «no» (comunicación asertiva).
- Insistir en la importancia de no perder el contacto con familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc., y de participar en reuniones y actos sociales, y si es necesario, en grupos de apoyo o de autoayuda.

El profesional animará al paciente a hacer ejercicio físico regular. Hacer un poco de ejercicio físico todos los días mejora el metabolismo de la adrenalina, disminuye la frecuencia e intensidad de las crisis de angustia, aumenta la producción de endorfinas y, en general, incrementa la sensación de bienestar.

### **Valoración**

La evaluación del plan de tratamiento se hará de forma individualizada para cada paciente. La evaluación continua a lo largo de todo el tratamiento proporciona datos que sirven para determinar si se están cumpliendo o no los objetivos preestablecidos. La percepción que tiene el paciente de la eficacia del tratamiento tiene un papel importante en la evaluación. Incluso en los casos en los que se consiguen todos los objetivos del plan de tratamiento, el profesional preguntará al paciente si se siente cómodo y satisfecho con la calidad de vida que se ha conseguido.

Para evaluar el tratamiento de los pacientes con un trastorno de angustia, el profesional debe hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Conoce y comprende el paciente el régimen farmacológico que se le ha prescrito? ¿Es satisfactorio el cumplimiento terapéutico?

- ¿Han disminuido las crisis de angustia y los episodios de ansiedad en frecuencia e intensidad?
- ¿Dispone el paciente de distintas estrategias de afrontamiento? ¿Sabe cuándo debe utilizarlas?
- ¿Considera el paciente que su calidad de vida es satisfactoria?

## **FOBIAS**

Una **fobia** es un miedo irracional, ilógico, intenso y persistente a un objeto o situación específico que provoca malestar psicológico e interfiere en el funcionamiento normal del paciente. Por lo general, las fobias no tienen su origen en las experiencias negativas que el paciente ha vivido en el pasado. De hecho, en muchos casos el paciente no había tenido contacto antes con el objeto fobógeno. Los pacientes fóbicos reconocen que el miedo es anormal e irracional, e incluso pueden bromear con lo «tontos» que son por asustarse de cosas por las que no hay razón de sentir miedo. Sin embargo, se sienten incapaces de superar el problema ([Andreasen y Black, 2006](#)).

Los pacientes fóbicos presentan ansiedad anticipatoria, incluso por el mero hecho de imaginar que se encuentran ante la situación o el objeto temido. A su vez, la ansiedad anticipatoria provoca conductas de evitación que a menudo interfieren de forma muy negativa en la vida del paciente. Por lo general, estas conductas de evitación no sirven para aliviar la ansiedad anticipatoria por mucho tiempo.



### **Fobia específica.**

Existen tres tipos de fobias:

- Agorafobia (v. este mismo capítulo).
- Fobia específica, que consiste en el miedo irracional a un objeto o situación determinados.
- Fobia social, que consiste en la aparición de la ansiedad ante ciertos acontecimientos o situaciones sociales.

Muchas personas afirman que tienen «fobia» a las serpientes, a las arañas, a las ratas o a cosas similares. Se trata de miedos muy específicos y fáciles de evitar que no provocan ansiedad ni preocupación. El diagnóstico de fobia se hace sólo cuando el comportamiento fóbico interfiere de forma significativa en la vida de la persona y provoca malestar psicológico relevante o dificultades en la actividad laboral o en las

relaciones interpersonales.

Las fobias específicas se subdividen en las siguientes categorías:

- *Fobias a fenómenos naturales y del entorno*: miedo a las tormentas, al agua, a las alturas y a otros fenómenos naturales.
- *Fobias de tipo sangreinyecciones*: miedo a ver la propia sangre o la de otras personas, a las heridas y otras lesiones traumáticas y a los procedimientos médicos invasivos, como las inyecciones.
- *Fobias situacionales*: miedo a encontrarse en un lugar o situación determinado, como los puentes, los ascensores, las habitaciones pequeñas, los aviones o los hospitales.
- *Zoofobias*: miedo a un determinado animal, como las arañas, las serpientes, las ratas y los insectos (generalmente el paciente teme a un determinado tipo de animal. Este temor suele aparecer en la infancia y continuar durante la vida adulta; se observa tanto en hombres como en mujeres, y los animales fobógenos más frecuentes son los perros y los gatos).
- *Otros tipos de fobias específicas*: por ejemplo, miedo a perderse cuando se conduce si no se gira siempre a la derecha (no a la izquierda) para llegar al lugar de destino.

En la *fobia social*, denominada también *trastorno de ansiedad social*, el paciente siente una ansiedad muy intensa, que puede alcanzar incluso el nivel de pánico, cuando tiene que interactuar con otras personas. Los ejemplos más frecuentes son hablar en público, asistir solo a un acontecimiento social (como la presentación de un libro o la inauguración de una exposición), hablar con una persona del sexo opuesto o con un extraño y hacer una reclamación. Este tipo de miedo tiene su origen en una baja autoestima y en la preocupación constante por la opinión y el juicio de los demás. El paciente teme aparecer como una persona socialmente incompetente, de que se le note ansioso (p. ej., de ruborizarse en público) o de hacer algo indebido o embarazoso, como eructar o verter la sopa. En otros casos, el paciente teme comer, leer o escribir en público, utilizar los servicios en un bar o restaurante o convertirse en el centro de atención. Algunos pacientes presentan un único miedo, pero otros tienen varios temores, en cuyo caso se habla de fobia social generalizada (Culpepper, 2006).

### Inicio y curso clínico

Las fobias suelen aparecer en la infancia o la adolescencia. A veces el mero hecho de tocar o manipular una reproducción en plástico del objeto fobógeno provoca en el paciente un miedo muy intenso. Cuando la fobia persiste en la vida adulta, en el 80 % de los casos se hace crónica y afecta al paciente de por vida.

La edad de inicio de la fobia social se sitúa hacia la mitad de la adolescencia, y a veces se observa en adolescentes que eran tímidos de niños. Generalmente, el curso de la fobia social es progresivo, aunque a veces, el trastorno se vuelve menos intenso durante la vida adulta. La gravedad fluctúa dependiendo del estrés y de las demandas sociales.

### Tratamiento

La psicoterapia conductual (modificación de la conducta) es eficaz en el tratamiento de



las fobias. Los psicoterapeutas conductistas al principio se centran en explicar al paciente qué es la ansiedad, en ayudarlo a identificar las respuestas ansiosas y en enseñarle técnicas de relajación, así como en establecer los objetivos del tratamiento, en hablar de las técnicas que van a utilizarse para conseguir dichos objetivos y en ayudar al paciente a visualizar las situaciones fobógenas. Este tipo de psicoterapia puede ayudar a mejorar la autoestima y el autocontrol, ya que en el tratamiento se incluyen técnicas de las que ya hemos hablado en este capítulo, que en sentido estricto, no son técnicas conductistas, sino cognitivistas, como el entrenamiento en asertividad y la generación de mensajes positivos.

Una de las técnicas más utilizadas en la psicoterapia conductual para el tratamiento de las fobias es la **desensibilización sistemática** (progresiva), en la cual el psicoterapeuta expone progresivamente al paciente al objeto o situación temido en un contexto tranquilo y seguro hasta que la ansiedad empieza a disminuir. En cada exposición, la complejidad e intensidad del estímulo va aumentando gradualmente, pero la ansiedad del paciente va disminuyendo. Esta reducción de la ansiedad actúa como refuerzo positivo hasta que la ansiedad finalmente desaparece. Por ejemplo, si el paciente tiene miedo a viajar en avión, el psicoterapeuta le da una reproducción en plástico de pequeño tamaño de un avión y le pide que la sostenga en la mano mientras habla de las experiencias que ha tenido con los aviones. Más adelante, el paciente coge un modelo de mayor tamaño y habla sobre los viajes en avión. Luego, se va aumentando progresivamente la complejidad de la exposición (p. ej., darse un paseo por un aeropuerto, sentarse en un avión aparcado en la pista de despegue y, por último, hacer un viaje de muy corta duración). Cada nueva exposición se basa en los resultados obtenidos en la exposición anterior (Andreasen y Black, 2006).



### CASO CLÍNICO: TOC

**Sam acababa de volver** del trabajo. De inmediato se desnudó y se metió en la ducha. Puso gel en el guante de crin y se enjabonó todo el cuerpo. Volvió a poner gel y volvió a enjabonarse vigorosamente sin olvidar un solo centímetro de piel. «No puedo dejar nada sin frotarlo a fondo, tengo que quitarme todos los gérmenes», se decía a sí mismo una y otra vez. Se pasó 30 min frotando y frotando con toda la energía de la que era capaz. Cuando salió de la ducha, tuvo mucho cuidado de pisar justo en una toalla, de color blanco, muy limpia, que había puesto en el suelo. Se secó hasta la última gota, asegurándose de que la toalla no entrara en contacto con el suelo ni con el lavabo. Pensó en ponerse ropa limpia y, luego, prepararse algo de comer, pero le asaltó la duda de si había quedado completamente limpio. No podía vestirse si no estaba totalmente limpio. Se dio media vuelta, y se volvió a meter en la ducha. Empezó de nuevo a enjabonarse con el guante, una y otra vez.

Otra técnica de modificación de la conducta es la **inundación**, que consiste en una forma rápida de desensibilización en la que el psicoterapeuta hace que al paciente se enfrente con el objeto o la situación fobógena, ya sea a través de una imagen o del objeto

real, hasta que se produce habituación, y, como consecuencia, el paciente deja de sentir ansiedad en el momento de la exposición. Dado que la situación a la que el paciente tenía mayor temor se ha producido y no se ha muerto ni ha sufrido ningún daño, no hay razón alguna para que siga temiendo al objeto o situación fobógeno. El objetivo de la inundación es que el paciente supere la fobia en una o dos sesiones. Este método produce un nivel de ansiedad muy elevado, por lo que debe hacerse siempre bajo la dirección de un psicoterapeuta entrenado y experto, en circunstancias controladas y con el consentimiento del paciente.

En la [tabla 13-3](#) se enumeran los psicofármacos utilizados para el tratamiento de las fobias.

### **TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**

Las **obsesiones** son pensamientos, imágenes e impulsos egodistónicos, recurrentes y persistentes que el paciente intenta evitar sin resultados y que le provocan una ansiedad importante que interfiere en las relaciones interpersonales y en el funcionamiento social y laboral. El paciente reconoce que las obsesiones son excesivas e ilógicas, pero cree que no tiene ningún control sobre ellas. Las **compulsiones** son conductas repetitivas de carácter ritual o pensamientos que el paciente utiliza continuamente en un intento de neutralizar la ansiedad producida por las obsesiones. En general, el tema de los rituales está asociado con el de las obsesiones, por ejemplo, lavarse continuamente las manos cuando se está obsesionado con el contagio de las enfermedades o rezar muchas veces al día cuando se está obsesionado con los pensamientos blasfemos. Las compulsiones más frecuentes son:

- Rituales de comprobación (acciones repetitivas con el fin de asegurarse, por ejemplo, de que se ha cerrado la puerta con llave o de que se ha apagado el gas).
- Aritmomanía (compulsión de contar cualquier cosa, como los pasos que el paciente da cuando camina por la calle, las baldosas del suelo, los edificios que hay en una avenida o los pupitres del aula).
- Lavado y frotamiento de la piel hasta que aparecen lesiones cutáneas.
- Rezos y plegarias.
- Tocar, frotar o golpear con los dedos (sentir en la mano la textura de todas las telas que hay en la tienda; tocar a las personas, las puertas, las paredes o a sí mismo).
- Acumulación de objetos (por miedo a tirar algo que podría ser importante o pudiera ser de utilidad más adelante).
- Orden (colocar y recolocar los muebles o los objetos que hay sobre el escritorio o en la estantería hasta que se encuentren en perfecto orden, a veces en disposición simétrica; pasar la aspiradora siempre en el mismo orden y en la misma dirección).
- Patrón inamovible de comportamiento (p. ej., vestirse con ropa siempre del mismo color).
- Impulsos agresivos que el paciente experimenta como incontrolables (p. ej., tirar al bebé por la ventana).

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se diagnostica sólo cuando los pensamientos, imágenes mentales e impulsos consumen al individuo o éste se ve empujado a actuar de una determinada manera para neutralizar la ansiedad que le producen los pensamientos, imágenes e impulsos egodistónicos, hasta el punto de que estas conductas interfieren en las relaciones interpersonales y en el funcionamiento social y laboral del paciente. Algunos ejemplos son: el hombre que no puede ir a trabajar porque pasa la mayor parte del día alineando de forma simétrica todos los objetos que hay en su apartamento, y la mujer que se siente obligada a lavarse las manos inmediatamente después de tocar a una persona.

El TOC puede manifestarse a través de una gama muy amplia de comportamientos, pero todos son repetitivos, ilógicos y poco eficaces para el fin que se persigue. El paciente reconoce que son extraños y poco razonables, pero no puede evitar realizarlos para aliviar la ansiedad o impedir que suceda algo horrible. Las obsesiones y las compulsiones provocan malestar psicológico y vergüenza al paciente, por lo que no es infrecuente que haga todo lo posible para mantenerlas en secreto.

### Inicio y curso clínico

El TOC puede empezar en la infancia, sobre todo en los pacientes de sexo masculino. En las mujeres suele iniciarse entre los 20 y los 30 años. Afecta prácticamente por igual a los dos sexos. El inicio suele ser insidioso (gradual), aunque se conocen casos de inicio abrupto, con alternancia de períodos de mejoría y de empeoramiento. El estrés puede reagudizar los síntomas. El 80 % de los pacientes tratados con psicoterapia conductual (modificación de conducta) y medicación consiguen controlar las obsesiones y las compulsiones, mientras que el 15 % sufre un deterioro lento y progresivo de las relaciones interpersonales y del funcionamiento social y laboral (APA, 2000).

### Tratamiento

Al igual que ocurre con otros trastornos de ansiedad, el tratamiento óptimo del TOC consiste en una combinación de farmacoterapia y psicoterapia conductual. La [tabla 13-3](#) indica los psicofármacos que se utilizan para tratar el TOC. En la psicoterapia conductual, también denominada de modificación de conducta, se utiliza la técnica denominada exposición y prevención de respuesta. La **exposición** consiste en ayudar al paciente a enfrentarse deliberadamente con las situaciones y estímulos que suele evitar, mientras que la **prevención o evitación de la respuesta** consiste en retrasar o evitar la ejecución de las conductas compulsivas. De esta forma, el paciente aprende a tolerar la ansiedad y a darse cuenta de que va disminuyendo sin que aparezcan las consecuencias desastrosas que se imaginaba. Otras técnicas de las que ya se ha hablado en este capítulo, como la respiración profunda y la relajación, también son eficaces para ayudar al paciente a tolerar y, finalmente, manejar la ansiedad ([Bandelow, 2008](#)).

## APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

### Valoración

En el [cuadro 13-2](#) se presenta la Escala de Yale-Brown para el trastorno obsesivo-compulsivo. El profesional puede utilizar este instrumento junto con el siguiente análisis detallado que se indica a continuación para valorar a los pacientes que sufren un TOC.

### *Antecedentes*

El paciente suele buscar ayuda médica cuando las obsesiones se han vuelto incontrolables o cuando las compulsiones interfieren en las actividades de la vida diaria (p. ej., ir a trabajar, cocinar, participar en actividades sociales o de ocio con la familia o los amigos) u ocurren ambas cosas. Se hospitaliza al paciente sólo cuando ha llegado a un punto en el que es incapaz de realizar las actividades diarias más elementales, pero en la mayoría de los casos, el tratamiento es ambulatorio. Con frecuencia el paciente refiere que los rituales empezaron hace mucho tiempo; algunos, cuando el paciente era muy pequeño. Cuando el paciente va haciéndose mayor va adquiriendo más responsabilidades y, por tanto, la interferencia de los rituales en las actividades de la vida diaria y en el funcionamiento asociado con el desempeño del rol es mayor.

### *Aspecto general y comportamiento motor*

El profesional debe evaluar el aspecto general del paciente. Los pacientes con un TOC por lo general parecen tensos, ansiosos, preocupados y quejumbrosos. Puede resultarles difícil hablar de los síntomas debido a la vergüenza. Por lo demás, el aspecto y el comportamiento de estos pacientes durante la entrevista son normales; es decir, no se observa nada que llame la atención. La única excepción es el paciente que se encuentra prácticamente inmovilizado por los pensamientos obsesivos, y por tanto, por la ansiedad.

### *Estado de ánimo y afectos*

Durante la valoración del estado de ánimo y de los afectos, estos pacientes refieren ansiedad permanente e incontrolable en respuesta a los pensamientos, imágenes e impulsos obsesivos. Se les ve tristes y ansiosos.

### *Proceso y contenido del pensamiento*

El profesional debe explorar el contenido y los procesos del pensamiento. Muchos pacientes refieren que las obsesiones parecen salir de la nada cuando se encuentran realizando alguna actividad normal. Cuanto más se esfuerza el paciente por quitarse de la cabeza los pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos, más intensos se vuelven. El paciente dice que estas obsesiones no son lo que quiere pensar en ese momento y que nunca los tendría voluntariamente.

La evaluación revela que las funciones cognitivas están intactas, aunque el paciente puede quejarse de dificultad para concentrarse o prestar atención cuando las obsesiones son fuertes. No hay alteración de la memoria ni del funcionamiento sensorial.

### *Sentido de la realidad e introspección*

El personal de enfermería debe evaluar el sentido de la realidad y la capacidad de introspección. El paciente reconoce que las obsesiones son irracionales, pero se siente incapaz de controlarlas. Puede decir cosas que revelan que el sentido de la realidad es bueno (p. ej., «sé que mi casa es un lugar seguro y que allí no va a pasarme nada»), pero estos juicios correctos no sirven para detener el progreso de las obsesiones. A pesar de

tener una buena capacidad de introspección y un sentido de la realidad sólido, estos pacientes recurren una y otra vez a las conductas rituales cada vez que la ansiedad los desborda.

### *Concepto de sí mismo*

Durante la exploración del concepto de sí mismo, los pacientes con TOC suelen referir que temen «perder el juicio». La sensación de impotencia frente a las obsesiones y compulsiones hace que tengan una autoestima baja. El paciente puede pensar que si fuese «más fuerte» o tuviese más capacidad, podría controlar estos pensamientos y conductas indeseables.

### *Roles y relaciones interpersonales*

Es importante que el profesional evalúe los efectos del TOC sobre el desempeño del rol y las relaciones interpersonales del paciente. Conforme aumenta el tiempo que el paciente dedica a los rituales, disminuye su capacidad para realizar las funciones asociadas al desempeño del rol. Las relaciones interpersonales también se deterioran cuando los familiares y amigos empiezan a cansarse de las conductas repetitivas del paciente y observan que éste dispone cada vez de menos tiempo para dedicarlo a las relaciones con los demás, ya que cada vez está más consumido por la ansiedad y las conductas rituales.

### *Problemas fisiológicos y autocuidado*

El profesional debe evaluar los efectos del TOC sobre el funcionamiento fisiológico y el autocuidado. Al igual que ocurre en otros trastornos de ansiedad, los pacientes con TOC tienen problemas para dormir. Por un lado, los rituales pueden quitar al paciente muchas horas de sueño; por otro, la ansiedad puede interferir en la capacidad de conciliar el sueño o de conseguir un sueño reparador. También es frecuente que estos pacientes refieran pérdida del apetito y pérdida de peso involuntaria. En los casos graves, la higiene personal puede verse afectada debido a que el paciente no puede completar las tareas asociadas con este aspecto del autocuidado.

## **Cuadro 13-2. Escala de Yale-Brown para el trastorno obsesivo-compulsivo**

En cada ítem rodee con un círculo el número correspondiente a la respuesta que mejor describe al paciente.

### *1. Tiempo ocupado por los pensamientos obsesivos.*

¿Cuánto tiempo dedica usted a los pensamientos obsesivos?

¿Con qué frecuencia tiene pensamientos obsesivos?

0 Ninguno.

1 Leve (menos de 1 h/día) u ocasional (los pensamientos obsesivos aparecen no más de ocho veces al día).

2 Moderado (1-3 h/día) o frecuente (los pensamientos obsesivos aparecen más de ocho veces al día, pero durante la mayoría de las horas del día no tiene pensamientos obsesivos).

3 Grave (más de 3 h y hasta un total de 8 h/día) o muy frecuente (los pensamientos obsesivos aparecen más de ocho veces al día y durante la mayoría de las horas del día tiene pensamientos obsesivos).

4 Muy grave (más de 8 h/día) o pensamientos obsesivos casi permanentes (son demasiado numerosos)

para contarlos y es raro que haya alguna hora del día sin que haya pensamientos obsesivos).

2. *Interferencia provocada por los pensamientos obsesivos.* ¿Hasta qué punto interfieren los pensamientos obsesivos en su vida social o laboral o en las funciones que debe desempeñar?

¿Hay algo que no pueda hacer por culpa de los pensamientos obsesivos?

0 Nada.

1 Leve: ligera interferencia en la vida social o laboral, pero no hay deterioro del funcionamiento normal.

2 Moderado: hay algunas interferencias en la vida laboral o social, pero el paciente se las arregla bien.

3 Grave: hay un deterioro importante del funcionamiento social o laboral.

4 Muy grave: discapacitante.

3. *Malestar psicológico asociado con los pensamientos obsesivos.*

¿Hasta qué punto siente malestar psicológico por culpa de los pensamientos obsesivos?

¿Qué intensidad tiene el malestar psicológico que siente?

0 Ninguno.

1 Leve, infrecuente y no demasiado molesto.

2 Moderado, frecuente y molesto, pero puede manejarse bien.

3 Grave, muy frecuente y molesto.

4 Muy grave, casi constante y discapacitante.

4. *Resistencia a los pensamientos obsesivos.*

¿Cuánto se esfuerza para resistirse a los pensamientos obsesivos?

¿Con qué frecuencia intenta distraerse o pensar en otra cosa?

0 Siempre se esfuerza por resistirse o los síntomas son mínimos, por lo que no es necesario que se resista.

1 Intenta resistirse la mayor parte de las veces.

2 Hace algunos esfuerzos por resistirse.

3 Deja que aparezcan y persistan los pensamientos obsesivos sin hacer nada por evitarlo, no intenta controlarlos, pero da de que actuar de forma adecuada.

4 Está siempre dispuesto a dejar que aparezcan y persistan los pensamientos obsesivos.

5. *Grado de control de los pensamientos obsesivos.*

¿Hasta qué punto controla los pensamientos obsesivos?

¿Hasta qué punto es capaz de detenerlos y desviarlos?

0 Control completo.

1 Mucho control: por lo general puede detener o desviar los pensamientos obsesivos con algún esfuerzo y concentración.

2 Control moderado: a veces puede detener o desviar los pensamientos obsesivos.

3 Poco control: casi nunca puede detener o desviar los pensamientos obsesivos.

4 Ningún control: los pensamientos obsesivos aparecen y persisten de forma totalmente involuntaria, ni siquiera es capaz de desviarlos alguna vez, aunque sólo sea de forma momentánea.

6. *Tiempo ocupado por las conductas compulsivas*

¿Cuánto tiempo dedica a las conductas compulsivas?

¿Con qué frecuencia realiza conductas compulsivas?

0 Ninguno

1 Leve (menos de 1 h/día) u ocasional (las conductas compulsivas aparecen no más de ocho veces al día).

2 Moderado (las conductas compulsivas ocupan entre 1 h/día y 3 h/día) o frecuente (las conductas compulsivas ocurren más de ocho veces al día, pero en la mayoría de las horas del día no hay conductas compulsivas).



- 3 Grave (las conductas compulsivas ocupan más de 3 h y hasta un total de 8 h/día) o muy frecuente (las conductas compulsivas ocurren durante la mayoría de las horas del día).
- 4 Muy grave (las conductas compulsivas ocupan más de 8 h/ día) o conductas compulsivas casi permanentes (son demasiado numerosas para contarlas y casi nunca pasa una hora del día sin que haya varias de estas conductas).

7. *Interferencia provocada por las conductas compulsivas.*

¿Hasta qué punto interfieren las conductas compulsivas en su vida social o laboral o en las funciones que usted debe desempeñar?

¿Hay algo que no pueda hacer por culpa de las conductas compulsivas?

0 Nada.

1 Leve: ligera interferencia en la vida social o laboral, pero no hay alteración del funcionamiento normal.

2 Moderado: hay algunas interferencias en la vida laboral o social, pero el paciente se las arregla bien.

3 Grave: hay una alteración importante del funcionamiento social o laboral.

4 Muy grave: discapacitante.

8. *Malestar psicológico asociado con las conductas compulsivas.*

¿Qué sentiría si no pudiese realizar las conductas compulsivas?

¿Qué grado de ansiedad sentiría?

¿Qué grado de ansiedad siente mientras realiza las conductas compulsivas hasta que se siente satisfecho y las termina?

0 Ninguno.

1 Leve: sólo ansiedad ligera si no puede realizar las conductas compulsivas y únicamente ansiedad ligera mientras realiza estas conductas.

2 Moderado: aumenta la ansiedad si no puede realizar las conductas compulsivas, pero el grado de ansiedad es manejable, o la ansiedad aumenta durante la realización de las conductas compulsivas, pero es manejable.

3 Grave: ansiedad intensa y muy molesta si no puede realizar las conductas compulsivas o se interrumpe o la ansiedad aumenta mucho en intensidad y resulta muy molesta durante la realización de estas conductas.

4 Muy grave: ansiedad discapacitante si se produce cualquier intervención dirigida a detener o modificar la actividad compulsiva o ansiedad discapacitante mientras está realizando las conductas obsesivas.

9. *Resistencia a los pensamientos compulsivos.*

¿Cuánto esfuerzo hace usted para resistirse a las conductas compulsivas? ¿Con qué frecuencia intenta distraerse o pensar en otra cosa?

0 Siempre se esfuerza por resistirse o los síntomas son mínimos, por lo que no es necesario que se resista.

1 Intenta resistirse la mayor parte de las veces.

2 Hace algunos esfuerzos por resistirse.

3 Deja que aparezcan y persistan las conductas compulsivas sin hacer nada por evitarlo, nunca intenta controlarlas, pero duda de que actúe de forma adecuada.

4 Está siempre dispuesto a dejar que aparezcan y persistan las conductas compulsivas.

10. *Grado de control de las conductas compulsivas.*

0 Control completo.

1 Mucho control: siente presión para realizar las conductas compulsivas, pero generalmente es capaz de ejercer un control voluntario.

2 Control moderado: siente una fuerte presión a realizar las conductas compulsivas; las puede controlar sólo con dificultad.

- 3 Poco control: impulso muy fuerte a realizar las conductas compulsivas; éstas se realizan hasta el final, lo único que puede hacer es retrasarlas, pero con dificultad.
- 4 Sin control: el impulso a realizar las conductas compulsivas se experimenta como algo totalmente involuntario.

Reproducido con permiso de Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, I: Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006.

## **Análisis de los datos**

Según el tipo de obsesiones y compulsiones, los síntomas varían considerablemente de un paciente a otro.

Los diagnósticos de enfermería pueden ser los siguientes:

- Ansiedad.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Cansancio.
- Baja autoestima situacional.
- Deterioro de la piel (si el paciente practica rituales de lavado y frotamiento, p. ej., de las manos).

### **Resultados esperables**

Los resultados en el caso de los pacientes que sufren un TOC son:

- El paciente realizará las actividades de la vida diaria en un tiempo razonable.
- El paciente demostrará que sabe utilizar de forma eficaz las técnicas de relajación.
- El paciente podrá expresar verbalmente sus sentimientos.
- El paciente demostrará que sabe utilizar de forma eficaz las técnicas que ha aprendido durante la psicoterapia conductual.
- El paciente dedicará menos tiempo a los rituales.

## **Intervención**

### **Comunicación terapéutica**

Es importante proporcionar al paciente apoyo y motivación con el fin de ayudarlo a manejar la ansiedad y las respuestas que le provoca. El personal de enfermería debe reconocer y aceptar los sentimientos del paciente, y, al mismo tiempo, mostrarle que necesita cambiar las estrategias de afrontamiento y recuperar el control de su vida. El profesional motivará y animará al paciente a hablar de sus sentimientos y a describirlos con todo el detalle que pueda tolerar. Dado que muchos de estos pacientes intentan mantener en secreto las obsesiones y los rituales, un aspecto muy importante de la atención de enfermería consiste en hablar con él de los pensamientos y las conductas obsesivas, así como de los sentimientos asociados con dichos pensamientos y conductas. Esta intervención puede servir para aliviar la «carga» de lo que el paciente ha estado escondiendo a los demás, a veces durante un período muy prolongado.

### **Relajación y técnicas conductuales**

El profesional de enfermería enseñará al paciente técnicas de relajación como la respiración profunda, la relajación muscular progresiva y la creación de imágenes mentales. Esta intervención se realizará cuando la ansiedad del paciente haya disminuido, de lo contrario el aprendizaje de estas técnicas será poco eficaz. Al principio el profesional puede hacer una demostración de cómo realizar estas técnicas y luego practicarlas con él. Después le pedirá al paciente que las practique él solo hasta que pueda aplicarlas sin ayuda. Una vez tenga un buen dominio de estas técnicas, puede empezar a utilizarlas cuando note que la ansiedad está aumentando. Además de disminuir su ansiedad, el paciente va recuperando la sensación de control, lo que a su vez puede dar lugar a una mejora de la autoestima.

Para controlar la ansiedad y las conductas ritualizadas hay que utilizar un método para registrar la frecuencia y la duración de las mismas. Un diario puede servir para registrar cómo va evolucionando la situación. En el diario se anotan las situaciones que actúan como desencadenantes de las obsesiones, así como la intensidad de la ansiedad, el tiempo que dedica a realizar los rituales y las conductas de evitación. Este registro proporciona un cuadro de la situación muy claro tanto para el paciente como para el profesional. A continuación, el paciente empezará a practicar la exposición y prevención de respuesta que ha aprendido durante la psicoterapia conductual. Inicialmente puede reducir el tiempo que dedica a los rituales o retrasar su realización. Por último, eliminará las respuestas rituales o, al menos, las reducirá en frecuencia y duración hasta un punto en que no interfieran con las actividades de la vida diaria o que esta interferencia sea mínima. El paciente puede utilizar las técnicas de relajación, que le ayudarán a manejar y tolerar mejor la ansiedad.

Es importante tener en cuenta que el paciente tiene que estar dispuesto a practicar la exposición y prevención de respuesta de forma voluntaria. Se trata de una técnica que, por su naturaleza, no se le puede imponer al paciente si no está dispuesto a intentarla.

### *Seguimiento de unos hábitos diarios*

Para realizar las tareas de forma eficaz, al principio el paciente puede necesitar tiempo adicional para realizar los rituales. Por ejemplo, si desayuna a las ocho de la mañana y tiene que realizar un ritual de 45 min antes de ponerse a desayunar, el profesional debe tener en cuenta ese tiempo cuando planifique los horarios del paciente. Es importante que el profesional no intente impedir o interrumpir el ritual, ya que esto provocará una escalada drástica de la ansiedad. Es el paciente quien tiene que estar dispuesto a hacer cambios en su comportamiento. El profesional y el paciente acordarán un plan para limitar el tiempo dedicado a los rituales. Pueden decidir acortar el ritual de la mañana (antes del desayuno) de 45 min a 40 min, luego de 40 min a 35 min, y así sucesivamente, teniendo siempre cuidado de que la disminución progresiva del tiempo se haga a una velocidad que el paciente pueda tolerar. Cuando haya completado el ritual o haya transcurrido el tiempo permitido, el paciente puede empezar a realizar las tareas que figuran en el plan diario (en este caso, ponerse a desayunar). Esto puede provocar ansiedad, por lo que es el momento más adecuado para poner en práctica las técnicas de relajación y de disminución del estrés. En casa, el paciente actualizará el diario y seguirá

el plan de actividades con el fin de ordenar su vida y llevar a cabo las tareas a las que le obliga el desempeño del rol y las responsabilidades asociadas con éste.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

### *Para el TOC*

- Ofrezca al paciente comprensión, empatía, apoyo y motivación para superar el problema.
- Dígale claramente que está convencido de que es capaz de cambiar.
- Motive y anime al paciente a hablar de sus sentimientos, obsesiones y rituales con el máximo detalle posible.
- De acuerdo con el paciente, vaya disminuyendo progresivamente el tiempo que dedica a las conductas rituales.
- Ayude al paciente a utilizar la técnica de exposición y prevención de respuesta.
- Motive y anime al paciente a utilizar las técnicas adecuadas para manejar y tolerar las respuestas a la ansiedad.
- Ayude al paciente a llevar a cabo el plan de hábitos y actividades diarias dentro de los límites temporales establecidos de común acuerdo.
- Anime y motive al paciente a elaborar y seguir un plan por escrito en el que se especifique el tiempo que debe dedicar a cada actividad.

### *Educación del paciente y de la familia*

Es importante informar tanto al paciente como a la familia sobre lo que es el TOC. A menudo se tranquilizan cuando se les explica que el paciente no va «a volverse loco» y que las obsesiones son algo que no quiere tener y no el reflejo de algún «lado oscuro» de la personalidad del enfermo. Hablar abiertamente con el paciente y la familia sobre las obsesiones, los rituales y la ansiedad hace que el paciente no se vea obligado a mantener estos hechos en secreto, lo que a su vez sirve para que el enfermo no cargue él solo con la culpabilidad que siente. Además, los miembros de la familia, cuando están bien informados, pueden proporcionar al paciente un mejor apoyo emocional y práctico.

Un aspecto que no debe olvidarse es la información y educación sobre la medicación. En muchos casos, hay que probar con diferentes psicofármacos hasta obtener una respuesta terapéutica satisfactoria. La probabilidad de que los síntomas del TOC mejoren aumenta cuando el paciente toma la medicación de la forma en la que se ha prescrito, y, al mismo tiempo, pone en práctica las técnicas de la psicoterapia conductual (modificación de conducta).

## EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA

### *Para el TOC*

- Informe al paciente y a la familia sobre las características del TOC.
- Insista en que es importante hablar directamente sobre las obsesiones, las compulsiones y la ansiedad del paciente.
- Haga hincapié en la importancia del cumplimiento del tratamiento con la medicación como parte esencial del plan de tratamiento.
- Explique bien al paciente y a la familia las técnicas conductuales que tiene que utilizar para manejar la ansiedad y reducir las obsesiones y compulsiones.

## Valoración

Se considera que el tratamiento ha sido eficaz cuando los síntomas del TOC dejan de interferir en la capacidad del paciente de cumplir con sus responsabilidades. Cuando se llega a este punto, el paciente puede manejar las obsesiones y la ansiedad resultante sin necesidad de tener que realizar rituales complicados que, además, le ocupan una parte importante del tiempo. En estos casos, el paciente refiere que ha recuperado el control sobre su vida y la capacidad de manejar y tolerar la ansiedad con una alteración mínima de sus hábitos y obligaciones.

## TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Los pacientes que padecen un trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se preocupan excesivamente por las cosas y experimentan un nivel elevado de ansiedad al menos durante el 50 % del tiempo y durante al menos 6 meses. Estos pacientes no son capaces de controlar la preocupación ni de centrarse en asuntos que puedan servirles para distraer su atención de lo que les preocupa, y además presentan tres o más de los siguientes síntomas: desasosiego, irritabilidad, tensión muscular, cansancio, dificultad para pensar y alteraciones del sueño. La mayoría de estos pacientes llegan a la consulta del médico de atención primaria, y no a la del psiquiatra. La calidad de vida disminuye considerablemente en las personas mayores que padecen un TAG. La buspirona y los ISRS son el tratamiento más eficaz (Starcevic, 2006).

## TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno por estrés postraumático se observa en personas que han sufrido una experiencia horrible, que en algunos casos ha puesto en peligro su vida. Después de la experiencia traumática, el paciente revive continuamente la totalidad o parte de dicha experiencia mediante sueños vívidos, pesadillas o recuerdos que no desea tener, y responde a estas reviviscencias (*flashbacks*) de forma defensiva. Además, el paciente presenta uno o más de los siguientes síntomas relacionados con el trauma: alteraciones del sueño, hipervigilancia, dificultad para pensar, sobresalto excesivo (el paciente se asusta incluso cuando oye un ruido muy pequeño) y agitación (APA, 2000) (para una información más detallada sobre este trastorno, v. [cap. 11](#)).

## TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO

El trastorno por estrés agudo es muy parecido al trastorno por estrés postraumático. También en este caso, la persona revive continuamente una experiencia traumática, pero la respuesta es más disociativa. El paciente tiene la sensación de que la experiencia traumática no fue real, siente que él mismo no es real, ha olvidado algunos aspectos de la experiencia vivida, se desconecta emocionalmente o se muestra ajeno e indiferente al entorno (APA, 2000).

## TEMAS DE AUTOCONCIENCIA

Trabajar con pacientes que presentan un trastorno de ansiedad puede ser un reto



diferente para el profesional de la enfermería. Estos pacientes suelen ser personas normales en todos los demás aspectos, que saben que su conducta es ilógica e irracional, pero no pueden comportarse de forma distinta a como lo hacen. Por ello, sienten un grado muy elevado de frustración y se sienten indefensos e inútiles. No son capaces de ejercer un control sobre su propia vida y viven atormentados por el miedo a que se produzca un nuevo episodio de ansiedad. Toman medidas extremas para impedir que se produzca de nuevo la situación temida, por lo que evitan a las personas y los lugares que para ellos están asociados con episodios anteriores.

Para el profesional de la enfermería y las personas que conocen al paciente, puede resultar difícil entender por qué simplemente no deja de realizar estas conductas tan extrañas que afectan a su vida de forma tan negativa. ¿Cómo es posible que alguien llegue hasta el extremo de producirse heridas en la piel por lavarse y frotarse las manos todos los días una vez cada 60 min? Por esta razón, los profesionales necesitan conocer y comprender cómo funciona la ansiedad y las conductas que son una respuesta a la misma, no sólo para ayudar al paciente, sino también para entender mejor el papel que la ansiedad desempeña en el ejercicio de las funciones de la enfermería. Se espera que los profesionales que han elegido esta profesión tengan un rendimiento muy elevado y presten a los pacientes una atención de calidad. Para ello, deben evitar que sus propios sentimientos y necesidades interfieran negativamente en su trabajo con los pacientes. Pero los profesionales también son seres humanos, y por tanto, tienen emociones y sus propias necesidades, por lo que son tan vulnerables al estrés y a la ansiedad como cualquier otra persona.

### **Consideraciones a tener en cuenta cuando se trabaja con pacientes con ansiedad o enfermedades relacionadas con el estrés**

- Recuerde que todo el mundo sufre alguna vez las consecuencias de la ansiedad y del estrés, con la consiguiente interferencia en la vida diaria y en la actividad laboral.
- Evite caer en el error de intentar «arreglar» los problemas del paciente.
- Si tiene sentimientos negativos, hable con un colega con experiencia para que le aconseje sobre cómo tratar los sentimientos negativos hacia los pacientes.
- Es importante que practique usted mismo las técnicas para el manejo del estrés y de la ansiedad.

### ***P*reguntas de razonamiento crítico**

1. Dado que todo el mundo siente ansiedad de vez en cuando, es importante que el personal de enfermería sea consciente de sus propios mecanismos de afrontamiento. Evalúese usted mismo: ¿Qué personas, situaciones, etc. le provocan ansiedad? ¿Cuáles son sus respuestas fisiológicas, emocionales y cognitivas cuando siente ansiedad? ¿Qué mecanismos de afrontamiento utiliza para afrontar la



ansiedad? ¿Son mecanismos sanos?

2. Los pacientes que sufren un trastorno de ansiedad suelen presentar conductas de evitación en un intento de escapar a los factores o estímulos del entorno que actúan como activadores y evitar así que se produzca un nuevo episodio de ansiedad. ¿Qué puede hacer el profesional de la enfermería para asegurarse de que estos pacientes realizan las actividades diarias y cumplen con sus obligaciones y responsabilidades? ¿Qué intervenciones o estrategias educativas podrían ser eficaces?



## RECURSOS DE INTERNET

### RECURSOS

- Anxiety Disorders Association of America
- Obsessive Compulsive Foundation
- OCD Online Home Page
- Panic Anxiety Disorders Help and Support
- Phobia List
- Social Anxiety Network Home Page
- Social Phobia/Social Anxiety Association

### DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.adaa.org>  
<http://www.ocfoundation.org>  
<http://www.ocdonline.com>  
<http://www.panicdisorder.about.com>  
<http://www.phobia-fear-release.com/phobia-list.html>  
<http://www.social-anxiety-network.com>  
<http://www.socialphobia.org>

## PUNTOS CLAVE



- La ansiedad es un sentimiento vago de miedo, preocupación o aprensión. Es una respuesta a un estímulo externo o interno que puede producir síntomas conductuales, emocionales, cognitivos y fisiológicos.
- La ansiedad tiene efectos tanto positivos como negativos. Los efectos positivos son el crecimiento personal y los cambios adaptativos. Los efectos negativos son la baja autoestima, el miedo, la inhibición y los trastornos de ansiedad (además de otros tipos de trastornos mentales).
- Los cuatro niveles de ansiedad son: leve (contribuye a que sujeto aprenda, crezca personalmente y haga los cambios necesarios); moderada (hace que el individuo se centre en el estímulo o situación que actúa a modo de alarma y el aprendizaje aún es

posible); grave (disminuye drásticamente el funcionamiento cognitivo, aumentan las respuestas fisiológicas y se incrementa la necesidad de disponer de un espacio personal amplio) y pánico (el individuo se centra en la situación, huye o se queda paralizado, el aprendizaje no es posible, intenta librarse por todos los medios del malestar provocado por la ansiedad de intensidad muy elevada).

- Los mecanismos de defensa son distorsiones intrapsíquicas que el individuo emplea para sentir que tiene el control de sí mismo. Se cree que los pacientes que sufren un trastorno de ansiedad utilizan los mecanismos de defensa de forma excesiva.
- La investigación actual sobre la etiología de los trastornos de ansiedad muestra que la incidencia de estos trastornos es más elevada en algunas familias y que tres neurotransmisores están implicados en la ansiedad: el GABA, la noradrenalina y la serotonina.
- El tratamiento de los trastornos de ansiedad consiste en la administración de fármacos (ansiolíticos, ISRS y tricíclicos, clonidina y propranolol) y psicoterapia.
- La terapia cognitivo-conductual es una modalidad en la que se utilizan técnicas como la reestructuración positiva, decatastrofizar la detención del pensamiento y la distracción. La terapia conductual es otra forma de psicoterapia en la que se utiliza la técnica de exposición y prevención de respuesta para el tratamiento del TOC.
- En las crisis de angustia (ataques de pánico), el paciente tiene la sensación de que va a morir de forma inminente. Los síntomas más frecuentes son palpitaciones, sudoración, temblores, dificultad para respirar, sensación de ahogo o asfixia, dolor torácico, náuseas, molestias abdominales, mareos, parestesias y labilidad vasomotora. El paciente intenta calmar la ansiedad por todos los medios, huyendo o quedándose paralizado.
- Las fobias producen un grado elevado de ansiedad y consisten en el miedo excesivo e irracional a encontrarse en un lugar público o en un espacio abierto (agorafobia), en una situación o acontecimiento social (fobia social) o ante un objeto, persona, animal o situación concreto (fobia específica).
- El TOC consiste en la presencia de pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes de carácter egodistónico (obsesiones) que el paciente no puede evitar tener o conductas rituales (compulsiones) que el paciente realiza para neutralizar las obsesiones o eliminar la ansiedad.
- La autoconciencia sobre la propia ansiedad y sobre las respuestas que damos al estrés y a la ansiedad sirve para mejorar las relaciones tanto profesionales como interpersonales de los profesionales de la enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2000). *DSMIVTR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N. C., & Black, D. W. (2006). *Introductory textbook of psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bandelow, B. (2008). The medical treatment of obsessive-compulsive disorder and anxiety. *CNS Spectrums*, 13(9 Suppl. 14), 37–46.

- Charney, D. S. (2005). Anxiety disorders: Introduction and overview. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1718–1719). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Culpepper, L. (2006). Social anxiety disorder in the primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(Suppl. 12), 31–37.
- Freud, S. (1936). *The problem of anxiety*. New York: W. W. Norton.
- McMahon, F. J., & Kassem, L. (2005). Anxiety disorders: Genetics. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1759–1762). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Merikangas, K. R. (2005). Anxiety disorders: Epidemiology. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1720–1728). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Neumeister, A., Bonne, O., & Charney, D. S. (2005). Anxiety disorders: Neurochemical aspects. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1739–1748). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations*. New York: Putnam.
- Sakauye, K. (2008). *Geriatric Psychiatry basics*. New York: WW Norton.
- Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Selye, H. (1956). *The stress life*. St. Louis: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Spector, R. E. (2008). *Cultural diversity in health and illness* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall Health.
- Starcevic, V. (2006). Anxiety states: A review of conceptual and treatment issues. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(1), 79–83.
- Sullivan, H. S. (1952). *Interpersonal theory of psychiatry*. New York: W. W. Norton.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Iancu, I., Levin, J., Hermesh, H., Dannon, P., Poreh, A., Ben-Yehuda, Y., et al. (2006). Social phobia symptoms: Prevalence, sociodemographic correlates, and overlap with specific phobia symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 47(5), 399–405.
- Mataix-Cois, D., do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228–238.
- Uhlenhuth, E. H., Leon, A. C., & Matuzas, W. (2006). Psychopathology of panic attacks in panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 92(1), 55–62.

## Autoevaluación

### PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. El profesional de la enfermería observa que un paciente se siente cada vez peor. Se pasea de un lado a otro sin parar, hiperventila, le crujen las mandíbulas, se frota las manos con nerviosismo y está tembloroso. Habla con un tono de voz muy agudo y parece que las palabras salen de su boca al azar. Parece muy concentrado en sus

pensamientos y se le ve preocupado. Se golpea la palma de la mano con el puño. ¿Qué nivel de ansiedad sufre este paciente?

- a. Leve.
- b. Moderado.
- c. Grave.
- d. Pánico.

2. Cuando evalúa a un paciente que padece ansiedad, el profesional de la enfermería:

- a. No hará preguntas al paciente hasta que la ansiedad se haya resuelto.
- b. Formulará al paciente preguntas de respuesta cerrada.
- c. Esperará hasta que el paciente aporte información de forma espontánea.
- d. Formulará al paciente preguntas directas y específicas.

3. Durante la valoración, la paciente le dice al profesional que no puede dejar de preocuparse por su aspecto físico y que se quita el maquillaje «viejo» para ponerse uno «nuevo» cada hora o cada 2 h durante todo el día. ¿Qué trastorno de ansiedad sufre esta paciente?

- a. Trastorno por estrés agudo.
- b. Trastorno de ansiedad generalizada.
- c. Trastorno de angustia.
- d. Trastorno obsesivo-compulsivo.

4. El objetivo más importante en el caso de un paciente que está aprendiendo las técnicas de relajación es:

- a. Afrontar directamente la fuente de ansiedad.
- b. Experimentar la ansiedad sin sentirse desbordado.
- c. Informar al personal de enfermería de que no ha sufrido ningún nuevo episodio de ansiedad.
- d. Suprimir los sentimientos de ansiedad.

5. ¿Cuál de estos cuatro tipos de psicofármacos que se utilizan para el tratamiento del trastorno de angustia se considera el más seguro debido a su baja incidencia de efectos secundarios y de dependencia fisiológica?

- a. Benzodiazepinas.
- b. Antidepresivos tricíclicos.
- c. Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).
- d. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

6. ¿Cuál de estas intervenciones es la mejor en el caso de un paciente que sufre una crisis de angustia?
  - a. Implicar al paciente en una actividad física.
  - b. Ofrecer al paciente alguna distracción (p. ej., escuchar música).
  - c. Quedarse con el paciente.
  - d. Enseñarle alguna de las técnicas de relajación.
  
7. Un paciente que sufre un trastorno de ansiedad generalizada dice: «Me he dado cuenta de que lo mejor que puedo hacer es olvidarme de mis preocupaciones». ¿Qué conclusión debe extraer el profesional de la enfermería de esta afirmación?
  - a. El paciente está desarrollando su capacidad de introspección.
  - b. Las estrategias de afrontamiento del paciente han mejorado.
  - c. El paciente necesita que le motiven y le animen a verbalizar los sentimientos.
  - d. El tratamiento ha sido eficaz.
  
8. Un paciente que sufre ansiedad está empezando un tratamiento con lorazepam. ¿Cuál es el aspecto más importante que debe evaluar el personal de enfermería en este paciente?
  - a. La motivación para seguir el tratamiento.
  - b. El apoyo familiar y social.
  - c. El uso de las estrategias de afrontamiento.
  - d. El consumo de alcohol.

---

## PREGUNTAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE

*Puede elegir más de una respuesta en cada pregunta.*

1. Entre las intervenciones para un paciente que sufre un trastorno obsesivo-compulsivo deben incluirse:
  - a. Motivar y animar al paciente a verbalizar sus sentimientos.
  - b. Ayudar al paciente a evitar los pensamientos obsesivos.
  - c. Interrumpir los rituales con distracciones adecuadas.
  - d. Planificar con el paciente la limitación del tiempo dedicado a los rituales.
  - e. Enseñar al paciente técnicas de relajación.
  - f. Decirle al paciente que debe tolerar los sentimientos de ansiedad.
  
2. Cuando se está trabajando con un paciente que sufre ansiedad moderada, el profesional se encontrará con que el paciente:
  - a. No puede terminar las tareas.
  - b. No responde cuando se le intenta centrar de nuevo en el tema de la conversación.

- c. Muestra un aumento de los automatismos o de los gestos.
- d. Muestra una disminución del campo perceptivo.
- e. Su atención es selectiva.
- f. No es capaz de conectar los pensamientos si no se le ayuda.

---

## CASO CLÍNICO

Martha Cummings se puso en contacto con la Visiting Nurses Association (VNA) porque estaba muy preocupada por su hija Susan de 29 años. Susan es diseñadora gráfica y su madre dice que ha sido siempre una persona muy tímida. Ahora tiene uno o dos amigos, y le cuesta trabajo manejarse en las situaciones nuevas. Según dice Martha, durante los últimos 4 meses, Susan se ha ido mostrando cada vez más reacia a salir del apartamento en el que vive. Acostumbra a poner excusas para no visitar a su familia, y le pide a su madre que haga recados, incluso que vaya a comprarle la comida al supermercado. Martha dice que su hija ha dejado de ir a la oficina, aunque sigue trabajando en casa. Su jefe aceptó que se quedara en casa trabajando unas cuantas semanas, pero ha transcurrido más tiempo del previsto y está empezando a enfadarse porque Susan no aparece por la oficina. Martha está muy preocupada porque pueden despedir a Susan del trabajo.

Martha ha intentado hablar con su hija varias veces, pero siempre que lo intenta Susan se pone muy nerviosa y evasiva. Está claro que no quiere hablar del problema, y lo único que le dice a su madre es que no quiere salir «ahí fuera nunca más». Aunque le ha insistido, Martha no ha conseguido que su hija consulte con un médico, por lo que ahora acude a la VNA para ver si es posible que algún profesional de la enfermería se desplace al apartamento de Susan para verla. Susan acepta hablar con un profesional si éste se desplaza a su apartamento.

1. ¿Qué evaluaciones debe llevar a cabo el profesional durante su primera entrevista con Susan?
2. ¿De qué tratamiento o tratamientos se dispone en la actualidad para ayudar a Susan?
3. ¿De qué forma está afectando el comportamiento de Martha a la situación en la que se encuentra Susan? ¿Qué debería recomendar a Martha el profesional de la enfermería?





# 14

## Esquizofrenia

### Términos clave

- acatisia
- afecto aplanado
- afecto embotado
- alogia
- alucinaciones
- anhedonia
- bloqueo del pensamiento
- catatonia
- delirio
- delirio de difusión del pensamiento
- delirio de inserción del pensamiento
- delirio de robo del pensamiento
- despersonalización
- discinesia tardía
- ecolalia
- ecopraxia
- efectos secundarios extrapiramidales
- esquizofasia
- Escala de movimientos involuntarios anormales (EMI)
- flexibilidad cética
- fonemas imperativos (voces que dan órdenes)
- ideas de referencia
- latencia de respuesta
- lentitud psicomotora
- neurolépticos
- polidipsia
- psicosis

- reacciones distónicas
- seudoparkinsonismo
- síndrome neuroléptico maligno

## Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Explicar las diferentes teorías sobre la etiología de la esquizofrenia.
2. Describir los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.
3. Describir la valoración del estado mental que se realiza en los pacientes con esquizofrenia.
4. Aplicar el proceso de enfermería a los pacientes con esquizofrenia.
5. Evaluar el efecto de la medicación antipsicótica en el tratamiento de la esquizofrenia.
6. Explicar la información y educación sobre la esquizofrenia que el personal de enfermería proporciona a pacientes, familias, cuidadores y a la sociedad en general.
7. Explicar las medidas de apoyo y rehabilitación para los pacientes con esquizofrenia que viven en la comunidad.
8. Evaluar sus propios sentimientos, creencias y actitudes con respecto a los pacientes con esquizofrenia.

**LA ESQUIZOFRENIA PROVOCA** pensamientos, percepciones, emociones, movimientos y comportamientos distorsionados, incluso extravagantes. En realidad, la esquizofrenia no se puede definir como una simple enfermedad, sino que se considera como un síndrome o proceso patológico con diferentes trastornos y síntomas. En este sentido, la esquizofrenia puede compararse al cáncer: utilizamos un único término para referirnos a numerosas enfermedades que son muy distintas entre sí en algunos aspectos. Durante mucho tiempo, se ha tenido una idea equivocada de lo que es la esquizofrenia, entendiéndola como algo peligroso e incontrolable que provoca alteraciones violentas y brotes de agresividad. Muchas personas creían que los esquizofrénicos tenían que estar encerrados de por vida en hospitales alejados de los centros urbanos. Sólo recientemente los profesionales de la salud mental han conseguido convencer a la opinión pública de que la esquizofrenia tiene muchas presentaciones y síntomas, y que es una enfermedad que puede controlarse con la medicación. Gracias a la mayor eficacia de los nuevos neurolépticos (neurolépticos atípicos) y a los avances en el tratamiento basado en la comunidad, muchas personas con esquizofrenia pueden vivir en su propia casa o en hogares de acogida o tutelados. Cuando el paciente está supervisado por un médico y sigue el tratamiento prescrito, a menudo puede vivir con su familia, e incluso trabajar, siempre y cuando reciba ayuda y disponga del suficiente apoyo social.

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR: Signos y síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia

### SIGNOS Y SÍNTOMAS POSITIVOS («DUROS»)

**Abulia:** ausencia de voluntad, de ambición o de impulso para actuar o realizar una tarea.

**Afecto aplanado:** ausencia de expresión facial indicativa de las emociones o del estado de ánimo.

**Afecto embotado:** gama muy restringida de emociones, sentimientos y estados de ánimo.

**Alogia:** tendencia a hablar muy poco o hablar sobre cosas con poco contenido, sentido o significado (pobreza del contenido).

**Alucinaciones:** percepciones o experiencias perceptivas falsas de objetos que no existen en la realidad.

**Anhedonia:** incapacidad de sentir placer, así como de disfrutar de las actividades de la vida diaria, de las actividades de tiempo libre o de las relaciones interpersonales.

**Apatía:** sentimiento de indiferencia hacia las personas, las cosas, las situaciones y las actividades.

**Asociaciones laxas:** creencias o sentimientos aparentemente contradictorios sobre una misma persona, situación o experiencia.

### SIGNOS Y SÍNTOMAS NEGATIVOS («BLANDOS»)

**Catatonía:** inmovilidad debida a causas psicológicas, a veces durante un período prolongado, que se alterna con períodos de agitación o de excitación; el paciente está inmóvil, como si estuviese en trance.

**Delirio:** ideas falsas de carácter fijo sin fundamento en la realidad.

**Ecopraxia:** imitación de los movimientos y gestos de otra persona que el paciente está observando.

**Fuga de ideas:** flujo continuo de palabras en el cual el paciente pasa rápidamente de un tema a otro.

**Ideas de referencia:** falsa impresión de que los acontecimientos externos tienen un significado especial para la persona.

**Pérdida de las asociaciones:** pensamientos e ideas fragmentadas o sin relación entre sí.

**Perseveración:** adherencia persistente a una única idea o tema de conversación; repetición de una palabra o frase; resistencia del paciente a los intentos del interlocutor por cambiar de tema.

---

Adaptado del *DSM-IV-TR* (2000).

La esquizofrenia suele diagnosticarse al final de la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta y no suele aparecer durante la infancia. La máxima incidencia se da entre los 15 y los 25 años en los hombres y entre los 25 y los 35 años en las mujeres ([American Psychiatric Association \[APA\], 2000](#)). Se calcula que la tasa de prevalencia mundial es del 1 % de la población, lo que, en el caso de Estados Unidos, quiere decir que en la actualidad hay casi 3 millones de personas afectadas. Las tasas de incidencia y de prevalencia durante toda la vida son prácticamente las mismas en todo el mundo (Buchanan y Carpenter, 2005).

Los signos y síntomas de la esquizofrenia se dividen en dos categorías: los positivos o «duros» y los negativos o «blandos». Los primeros incluyen los delirios, las alucinaciones y la grave desestructuración del pensamiento, el lenguaje y el comportamiento. Los segundos incluyen el afecto aplanado, la falta de iniciativa, la abulia, el retraimiento social y el malestar psicológico. Para los criterios diagnósticos de la esquizofrenia de la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, texto revisado (DSM-IV-TR; APA, 2000) remitimos al lector a dicho manual.

Los signos y síntomas positivos pueden controlarse, pero los negativos suelen persistir una vez que se han resuelto los positivos. La cronificación de los signos y síntomas negativos es el mayor obstáculo actual para mejorar el funcionamiento del paciente en la vida diaria con vistas a su reinserción social.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), existen cinco tipos de esquizofrenia (el diagnóstico se realiza según los signos y síntomas predominantes que presenta el paciente):

- *Esquizofrenia de tipo paranoide*: se caracteriza por la presencia de delirios de persecución (el paciente cree que los demás le quieren causar cualquier tipo de daño o le espían), de grandeza, alucinaciones y, ocasionalmente, excesiva religiosidad (enfoque religioso delirante) o comportamiento hostil y agresivo.
- *Esquizofrenia de tipo desorganizado (antes esquizofrenia hebefrénica)*: se caracteriza por la presencia de afecto manifiestamente inapropiado o plano, incoherencia, asociaciones laxas del pensamiento y comportamiento extremadamente desorganizado.
- *Esquizofrenia de tipo catatónico*: se caracteriza por la presencia de alteraciones psicomotoras muy llamativas, que pueden consistir en escasez o ausencia total de movimientos o, por el contrario, en un exceso de actividad motora. La inmovilidad motora puede manifestarse por la catalepsia (**flexibilidad cérea**) o el estupor. La ausencia de habla y de gestualidad facial se denomina estupor catatónico. La actividad motora excesiva no tiene ningún propósito aparente y no está influida por los estímulos externos. Otros signos y síntomas de este tipo de esquizofrenia son el negativismo extremo, el mutismo, los manierismos (movimientos extraños y extravagantes), la ecolalia y la ecopraxia.
- *Esquizofrenia de tipo indiferenciado*: se caracteriza por una mezcla de signos y síntomas característicos de dos o más de los tipos anteriores, junto con alteraciones del afecto, el pensamiento y el comportamiento.
- *Esquizofrenia de tipo residual*: se caracteriza por la aparición de al menos un episodio esquizofrénico que no está activo en el momento de realizarse el diagnóstico y por retraimiento social, afecto aplanado y las asociaciones laxas del pensamiento.

El *trastorno esquizoafectivo* se diagnostica cuando el paciente presenta los signos y síntomas psicóticos característicos de la esquizofrenia y además cumple los criterios diagnósticos de un trastorno mayor del estado de ánimo. Éste puede ser un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto (manicodepresivo). No existe acuerdo entre los psiquiatras sobre la validez de este diagnóstico y algunos creen que en estos casos sería más adecuado hacer un diagnóstico de trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos (Lake y Hurwitz, 2007), mientras que otros consideran que debería hacerse un diagnóstico doble de esquizofrenia y trastorno del estado de ánimo (p. ej., en el trastorno bipolar) (Mahli, Green, Fagiolini, Peselow y Kumari, 2008).



## CASO CLÍNICO: ESQUIZOFRENIA

**Ricky está visitando** a su padre y piensa quedarse unas cuantas semanas con él. Durante la primera semana, todo va bastante bien, pero Ricky se olvida de tomar la medicación durante unos cuantos días. Su padre sabe que Ricky no duerme bien por las noches porque le oye hablar en voz alta consigo mismo a través de la pared de su dormitorio.

Un día, mientras el padre está en el trabajo, Ricky empieza a oír voces fuera del apartamento. Las voces son cada más altas y dicen: «No eres bueno; no eres capaz de hacer nada bien. No sabes cuidar de ti mismo ni eres capaz de proteger a tu padre. Os vamos a coger a los dos». Ricky se asusta mucho. Se dirige a un armario en el que su padre guarda las herramientas, coge un martillo y sale corriendo. Cuando el padre vuelve del trabajo, Ricky no está en el apartamento, aunque su abrigo está colgado en la percha. El padre avisa a un vecino y los dos se dedican a buscar a Ricky con el coche por el barrio. Finalmente, le encuentran agazapado detrás de un arbusto. A pesar de que la temperatura es de 7 °C, viste sólo una camiseta de manga corta y pantalones cortos. No lleva zapatos. El vecino del padre llama al servicio de urgencias. Mientras tanto, el padre intenta convencer a su hijo de que entre en el coche, pero Ricky se niega. En ese momento, las voces le hablan en un tono más alto que antes, y Ricky está convencido de que el diablo ha raptado a su padre y de que ahora va a raptarlo a él. Cree que en el coche hay otra persona además de su padre. Las voces le dicen que estrellarán el coche si sube, y se ríen de él con carcajadas muy sonoras. Ricky no se atreve a entrar en el coche porque está convencido de que se trata de una trampa. Piensa que su padre intenta hacer todo lo que puede para ayudarle, pero que ha caído en la trampa en la que él no quiere caer. Ahora las voces le dicen a Ricky que tiene que destruir el coche con el martillo porque es la única forma de matar al diablo. Levanta el brazo para golpear con fuerza el parabrisas del coche, pero alguien le agarra la mano justo a tiempo.

Por fin, llega la ambulancia medicalizada del servicio de urgencias. El personal sanitario habla con Ricky con tranquilidad pero con firmeza. Le quitan el martillo y le dicen que van a llevarle al hospital para que él y su padre estén seguros y protegidos. Con mucho cuidado, ponen a Ricky en una camilla con contención física para sujetarle los brazos y las piernas. Le meten en la ambulancia y el padre les acompaña al hospital.

## CURSO CLÍNICO

Si bien los síntomas de la esquizofrenia son siempre graves, el curso a largo plazo no siempre conlleva un deterioro progresivo, y de hecho, el curso clínico varía mucho de un paciente a otro.

### Inicio

El inicio puede ser abrupto o insidioso, pero en la mayoría de los casos los síntomas y los signos clínicos van apareciendo y desarrollándose de forma lenta y gradual. Los primeros signos del trastorno suelen ser el retraimiento social, las conductas extrañas o inusuales, la pérdida del interés por el trabajo o por los estudios y el abandono de la higiene personal. En la mayoría de los casos, el diagnóstico se hace cuando el paciente comienza a mostrar de forma más activa los síntomas positivos como delirios, alucinaciones y pensamiento desorganizado (psicosis). Con independencia de cuándo y cómo empieza la enfermedad y del tipo de esquizofrenia, las consecuencias para el paciente y su familia son importantes y duraderas.

El momento y la forma de inicio parecen guardar relación con el pronóstico. Así, se ha observado que la edad de inicio es un factor importante que influye en el desenlace, que es peor cuanto más joven es el paciente al inicio de la enfermedad. Los pacientes más



jóvenes presentan un peor ajuste premórbido, signos y síntomas negativos más importantes y mayor alteración cognitiva que los pacientes más mayores. Los pacientes con un inicio gradual y progresivo del trastorno (aproximadamente el 50 %) suelen tener un curso inicial y a largo plazo más grave y complicado que aquéllos con un inicio agudo y repentino (Buchanan y Carpenter, 2005). Aproximadamente una tercera parte de los pacientes esquizofrénicos tienen una recidiva en el primer año después del brote psicótico (Ucok, Polat, Cakir y Genc, 2006).

### Curso inicial

En los años inmediatamente posteriores al inicio de la sintomatología psicótica, aparecen dos patrones clínicos característicos. En uno de ellos, el paciente presenta síntomas psicóticos de forma continua y nunca se recupera completamente, si bien la gravedad de los síntomas puede ir cambiando a lo largo del tiempo. En el otro patrón, el paciente sufre episodios psicóticos, denominados brotes psicóticos, que se alternan con fases de resolución relativamente completa de los síntomas.

### Curso a largo plazo

La intensidad de la psicosis tiende a disminuir con los años. Muchos pacientes con deterioro después de muchos años de enfermedad recuperan algún grado de funcionamiento social y laboral. Con el tiempo, el trastorno se vuelve menos molesto para el paciente y la familia y más fácil de manejar, pero rara vez supera del todo los efectos negativos de tantos años de enfermedad (Buchanan y Carpenter, 2005). Cuando ya son bastante mayores, estos pacientes pueden vivir de forma independiente o en un contexto estructurado de tipo familiar. Algunos incluso pueden adaptarse bien a la vida laboral con expectativas estables, aunque en un entorno laboral favorable. No obstante, la mayoría tiene muchas dificultades para el funcionamiento en la sociedad y pocos consiguen vivir de forma totalmente independiente (Carter, 2006). Las razones principales son la cronificación de los síntomas negativos, las alteraciones cognitivas y los síntomas positivos resistentes al tratamiento.

La medicación antipsicótica (neurolépticos) desempeña un papel clave en el curso y el desenlace del trastorno. Estos medicamentos no curan la enfermedad, pero son fundamentales para un tratamiento eficaz. Cuanto mejor sea la respuesta a la medicación y el cumplimiento terapéutico del paciente, mejor será el desenlace clínico. Según Marshall y Rathbone (2006) el diagnóstico precoz y el tratamiento rápido y decidido del primer episodio psicótico se asocian a mejores resultados.

## TRASTORNOS RELACIONADOS

Hay una serie de trastornos mentales que, aunque son distintos a la esquizofrenia, guardan relación con sus síntomas de presentación y la duración y magnitud de la alteración. Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), estos trastornos son los siguientes:

- *Trastorno esquizofreniforme*: el paciente presenta los mismos signos y síntomas que en la esquizofrenia, pero con una duración menor de 6 meses necesarios para cumplir

con los criterios de diagnóstico para la esquizofrenia. El funcionamiento social o laboral no resultan afectados.

- *Trastorno delirante*: el paciente presenta una o más ideas delirantes no extrañas y sistemáticas, es decir, el tema del delirio es creíble, coherente y no cambia a lo largo del tiempo. No existe alteración del funcionamiento psicosocial y el comportamiento no es extraño ni estafalario.
- *Trastorno psicótico breve (bouffée délirante)*: el paciente presenta al menos un síntoma psicótico de inicio abrupto, como delirios, alucinaciones o desorganización del pensamiento o del lenguaje, que dura entre 1 día y 1 mes. Puede haber o no un factor estresante identificable responsable del episodio psicótico (a veces el desencadenante puede ser el nacimiento de un hijo, en cuyo caso se habla de trastorno psicótico breve de inicio en el posparto).
- *Trastorno psicótico compartido (folie à deux)*: dos personas comparten un mismo delirio. La persona que ha sido diagnosticada desarrolla el delirio en el contexto de una relación muy estrecha con alguien que ya sufría el mismo tipo de delirio.

El trastorno esquizoide de la personalidad y el trastorno esquizotípico de la personalidad no son trastornos psicóticos y no deben confundirse con la esquizofrenia, aunque los términos «esquizoide» y «esquizotípico» se parezcan al término «esquizofrenia». Estos dos trastornos de la personalidad se tratan en el [capítulo 16](#).

## ETIOLOGÍA

Durante muchos años, los psiquiatras y los investigadores han discutido sobre si la esquizofrenia es o no una enfermedad orgánica provocada por una alteración del encéfalo. Durante la primera mitad del siglo XX, los estudios se centraron en intentar encontrar un patrón de alteraciones anatomopatológicas del encéfalo que fuera característico de la enfermedad mediante el estudio de muestras de autopsia, pero no se encontró ningún patrón característico de la esquizofrenia. En las décadas de 1950 y 1960, el interés se desplazó hacia el estudio de las causas sociales y psicológicas de la enfermedad. Los partidarios de las teorías basadas en las relaciones interpersonales defendían que el origen de la esquizofrenia son las relaciones interpersonales disfuncionales en la infancia y la adolescencia. Sin embargo, esto no pudo demostrarse y los estudios recientes se centran en buscar más evidencia que apoye la causa neurológica/neuroquímica de la esquizofrenia. Sin embargo, algunos autores aún consideran que la esquizofrenia tiene su origen en una disfunción parental o de la dinámica familiar. Hay que tener en cuenta que esta teoría es fuente de mucho sufrimiento en los padres y familiares de los pacientes con esquizofrenia, ya que se atormentan pensando en lo que hicieron mal o no hicieron para prevenir la enfermedad.

Los resultados de estudios científicos recientes sugieren que la causa de la esquizofrenia es algún tipo de disfunción cerebral. En la década de 1970, los estudios se centraron en las posibles causas bioquímicas y éste sigue siendo el centro de interés de las investigaciones actuales. Estas teorías neuroquímicas/neurológicas se basan en los efectos de los neurolépticos, psicofármacos que contribuyen a controlar la sintomatología

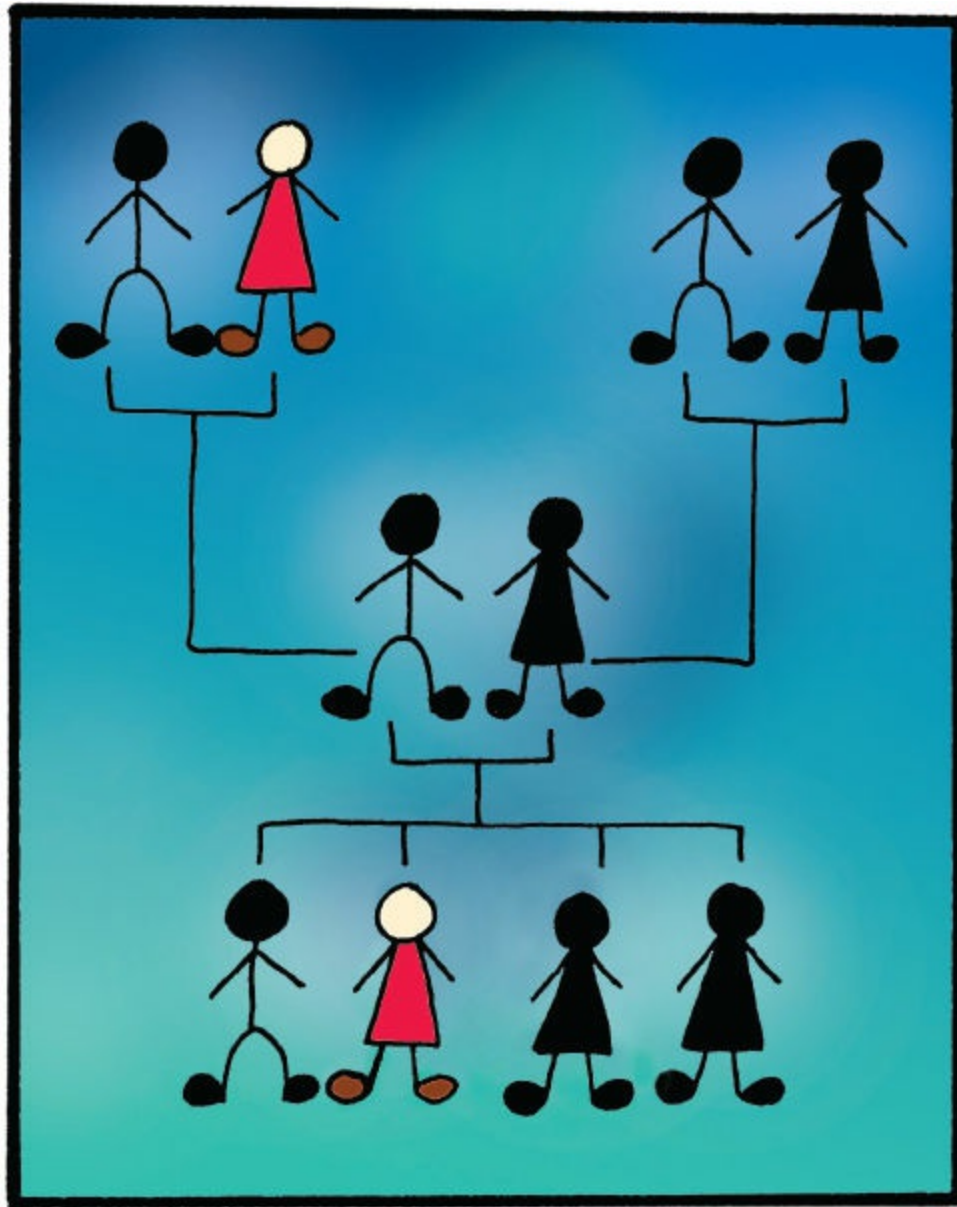
psicótica, así como en los resultados de las pruebas de neuroimagen, como la tomografía computarizada (TC), que demuestran que el encéfalo de los pacientes esquizofrénicos difiere en estructura y funcionamiento del encéfalo de los individuos sanos.

### **Teorías biológicas**

Las teorías biológicas de la esquizofrenia se centran en los factores genéticos, neuroanatómicos y neuroquímicos (estructura y funcionamiento del encéfalo) e inmunoviroológicos (respuesta del organismo a la exposición a un virus).

#### ***Factores genéticos***

La mayoría de los estudios genéticos se basan en los familiares de primer grado (es decir, padres, hermanos e hijos) de los pacientes esquizofrénicos con el fin de determinar si la esquizofrenia se transmite genéticamente. En pocos estudios se han investigado familiares más lejanos. Las investigaciones más importantes se han realizado con gemelos, y los resultados demuestran que los gemelos idénticos (monocigóticos) muestran un riesgo del 50 % de sufrir esquizofrenia; es decir, si uno de los gemelos padece esquizofrenia, el otro tiene una probabilidad del 50 % de sufrirla también. Los gemelos no idénticos (dicigóticos) tienen un riesgo de sólo el 15 % (Kirkpatrick y Tek, 2005). Estos hallazgos indican que, al menos en parte, la esquizofrenia es hereditaria.



**La genética influye en los trastornos mentales.**

En otros estudios importantes se ha observado que los niños cuyo padre o madre biológico padece esquizofrenia tienen un riesgo del 15 %, y el riesgo aumenta al 35 % cuando tanto el padre como la madre biológicos son esquizofrénicos. Los niños nacidos de padres biológicos con antecedentes de la enfermedad que al nacer fueron adoptados por una familia sin antecedentes siguen manteniendo el riesgo genético de estos últimos. Todos estos estudios indican una tendencia genética en la esquizofrenia, pero que éste no es el único factor etiológico, como demuestra el hecho de que los gemelos monocigóticos tienen un riesgo de solo el 50 %, a pesar de que sus genes son idénticos en un 100 % (Riley y Kendler, 2005).

#### ***Factores neuroanatómicos y neuroquímicos***

Con la introducción en los últimos 25 años de las técnicas de imagen no invasivas como

la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) y la tomografía por emisión de positrones (TEP), los científicos han podido estudiar la estructura (neuroanatomía) y el funcionamiento o actividad (neuroquímica) del encéfalo de los pacientes esquizofrénicos. Los resultados de estos estudios indican que los individuos con esquizofrenia tienen menos tejido cerebral y menos líquido cefalorraquídeo que los individuos sanos (sujetos control) (Schneider-Axmann et al., 2006). Esto podría deberse a una alteración del desarrollo del sistema nervioso o a una pérdida de tejido consecuencia de la propia enfermedad. Las imágenes de TC muestran agrandamiento de los ventrículos cerebrales y atrofia cortical. Las imágenes obtenidas mediante tomografía de emisión de positrones indican que hay una disminución del metabolismo de la glucosa y del oxígeno en las estructuras frontocorticales del cerebro. La investigación ha demostrado de forma consistente una disminución del volumen cerebral y un funcionamiento anómalo en las áreas temporal y frontal de los pacientes con esquizofrenia. Estos hallazgos neuroanatómicos se correlacionan tanto con los signos positivos (como las alucinaciones y los delirios) (lóbulo temporal) como con los signos negativos (como la abulia, la falta de motivación y la anhedonia) (lóbulo frontal). Hasta la fecha, se desconoce si las alteraciones de los lóbulos frontal y temporal constituyen un fallo producido durante el desarrollo del sistema nervioso o si un virus, un traumatismo o una respuesta del sistema inmunitario ha dañado estas estructuras encefálicas. Actualmente, se investiga la influencia de los factores intrauterinos, como la nutrición deficiente de la madre, el tabaquismo, el consumo de alcohol y otras drogas y el estrés, ya que se cree que estos factores podrían ser la causa del daño estructural en el encéfalo de los pacientes esquizofrénicos (Buchanan y Carpenter, 2005).

Los estudios neuroquímicos han mostrado alteraciones en el sistema de los neurotransmisores en los esquizofrénicos. La red neuronal que transmite información mediante señales eléctricas desde una neurona a otra a través del axón, de la hendidura sináptica y de los receptores postsinápticos parece funcionar de forma deficiente en los esquizofrénicos. La transmisión de la señal a través de la sinapsis requiere una serie muy compleja de acciones de naturaleza bioquímica. En la investigación neuroquímica sobre la esquizofrenia se han estudiado los siguientes neurotransmisores: dopamina, serotonina, noradrenalina, acetilcolina, glutamato y varios neuropéptidos.

En la actualidad, las teorías neuroquímicas más importantes son las relacionadas con la dopamina y la serotonina. Una de estas teorías sostiene que el exceso de dopamina es una de las causas de la esquizofrenia. Esta teoría se basa en dos observaciones: en primer lugar, los fármacos que aumentan la actividad del sistema dopaminérgico, como las amfetaminas y la levodopa, pueden provocar reacciones psicóticas de tipo paranoide similares a las de la esquizofrenia. En segundo lugar, los medicamentos que reducen la acción de los receptores postsinápticos de la dopamina disminuyen la intensidad de los síntomas psicóticos; de hecho, cuanto mayor es la capacidad de un psicofármaco de bloquear los receptores de la dopamina, más eficaz es para disminuir la intensidad de los síntomas positivos de la esquizofrenia (Buchanan y Carpenter, 2005).

Más recientemente se ha incluido la serotonina entre los principales factores

neuroquímicos relacionados con la esquizofrenia. Esta teoría sostiene que este neurotransmisor modula y participa en el control del exceso de dopamina. Algunos investigadores consideran que el exceso de serotonina por sí mismo contribuye a la aparición de la esquizofrenia. Los neurolépticos atípicos como la clozapina son antagonistas tanto de la dopamina como de la serotonina. Los estudios clínicos han demostrado que la clozapina puede reducir drásticamente la intensidad de los síntomas psicóticos y, además, mejorar los síntomas negativos de la esquizofrenia (Kane y Marder, 2005).

Los investigadores están explorando la posibilidad de que la esquizofrenia sea un trastorno mental formado por tres complejos sindromatológicos o síndromes: alucinaciones/delirios, desorganización del pensamiento, del lenguaje y del comportamiento y síntomas negativos (Buchanan y Carpenter, 2005). Los estudios demuestran que estos tres síndromes están relacionados con alteraciones neurobiológicas específicas, y se postula que podrían ser homogéneos con respecto al curso clínico y a la fisiopatología, y por tanto, también respecto al tratamiento.

### *Factores inmunoviológicos*

Han ido apareciendo una serie de teorías que sostienen que la exposición a un virus o la correspondiente respuesta del sistema inmunitario puede haber provocado la alteración de la fisiología del encéfalo en la esquizofrenia. Si bien los científicos continúan estudiando esta posibilidad, existen pocos datos procedentes de la investigación que avalen estas teorías.

Las citocinas son mensajeros químicos que actúan entre las células del sistema inmunitario y desempeñan un papel muy importante en las respuestas inmunológicas e inflamatorias. Algunos tipos de citocinas actúan como factores de señalización que indican al encéfalo que debe realizar los cambios neuroquímicos y conductuales necesarios para afrontar el estrés físico o psicológico con el fin de mantener la homeostasis. Se piensa que las citocinas pueden contribuir de forma importante a la aparición de algunos trastornos mentales graves como la esquizofrenia (Brown, Bresnahan y Susser, 2005).

Recientemente, los investigadores se han interesado por el papel que las infecciones de la madre durante el embarazo podrían tener en la génesis de la esquizofrenia. En Inglaterra, Gales, Dinamarca, Finlandia y otros países se ha observado un aumento de la incidencia de esquizofrenia una generación después de las epidemias de gripe. Además, se ha comprobado que las tasas de incidencia son más elevadas entre los nacidos en familias numerosas de zonas muy pobladas en una época fría del año, dos condiciones propicias para la aparición de infecciones respiratorias (Brown, Bresnahan y Susser, 2005).

## **ASPECTOS CULTURALES**

El conocimiento de las diferencias culturales es importante cuando se evalúan los signos y síntomas de la esquizofrenia. Las ideas que se consideran delirantes en una cultura, como la creencia en la hechicería y en la brujería, pueden ser aceptadas como normales



en otra. Además, las alucinaciones auditivas o visuales, como ver a la Virgen María u oír la voz de Dios, pueden ser un componente normal de las experiencias religiosas en algunas culturas. Por otro lado, la evaluación del afecto requiere que el profesional de la enfermería sea sensible a las diferencias culturales en lo que respecta al contacto visual con el interlocutor, el lenguaje corporal y la expresión de las emociones, ya que son aspectos de la comunicación humana que varían mucho entre culturas (APA, 2000).

El comportamiento psicótico que se observa en países distintos a los occidentales o en culturas o grupos étnicos específicos se denominan síndromes psicóticos ligados a la cultura. Aunque se han observado sobre todo en países muy concretos, pueden verse también en otros países debido a los flujos migratorios. [Mojtabai \(2005\)](#) ha estudiado algunos comportamientos psicóticos propios de algunos países con cultura distinta a la occidental:

- *Bouffée délirante*: es un síndrome específico de África occidental y de Haití, caracterizado por la aparición brusca de un brote de agitación y agresividad, confusión grave y excitación psicomotora. A veces hay alucinaciones visuales y auditivas o ideación paranoide.
- *Enfermedad de los espíritus*: consiste en una preocupación excesiva por la muerte y por las personas fallecidas. Se observa en algunas culturas de los indios aborígenes de Norteamérica. Los síntomas son pesadillas, debilidad, sensación de peligro, pérdida del apetito, síncope, mareos, miedo, ansiedad, alucinaciones, pérdida de la consciencia, confusión, sentimientos de futilidad y sensación de ahogo.
- *Locura*: es el nombre que dan los hispanoamericanos («hispanos») residentes en Estados Unidos y en sus países de origen a las psicosis crónicas. Los síntomas consisten en incoherencia, agitación, alucinaciones visuales y auditivas, incapacidad para seguir las normas sociales, impredecibilidad y, a veces, conducta agresiva.
- *Qi-gong*: reacción psicótica en forma de episodio agudo y de duración limitada caracterizado por síntomas paranoides, disociativos y otros síntomas psicóticos. Aparece en algunas personas que acaban de participar en una práctica de la medicina tradicional china dirigida a fortalecer la salud denominada *qi-gong*. Son especialmente vulnerables las personas que se implican demasiado en esta práctica tradicional.
- *Zar*: consiste en la posesión de una persona por los espíritus y se observa en Etiopía, Somalia, Egipto, Sudán, Irán y otros países del norte de África y de Oriente próximo. El afectado puede reír, gritar, llorar ruidosamente o golpearse la cabeza contra las paredes, pero también puede mostrarse apático y retraído y negarse a comer o a realizar las tareas de la vida diaria. No se considera un comportamiento patológico en estos países.

El grupo étnico también puede ser un factor importante en la respuesta del paciente a los psicofármacos. Esta diferencia en la respuesta a la medicación probablemente se debe a la constitución física asociada con cada grupo étnico. Algunas personas metabolizan ciertos fármacos más lentamente, por lo que su concentración en la sangre es mayor de lo deseable. En Estados Unidos, los afroamericanos, los caucásicos (estadounidenses de origen europeo) y los hispanos parecen necesitar las mismas dosis de neurolépticos,

mientras que los asiáticos necesitan dosis más bajas (p. ej., de haloperidol) para alcanzar el mismo efecto; por tanto, los pacientes asiáticos pueden sufrir más efectos secundarios con la dosis habitual.

## TRATAMIENTO

### Psicofarmacología

El primer tratamiento médico de la esquizofrenia es la psicofarmacología. En el pasado se utilizaba la terapia electroconvulsiva (electroshock), la cura de insulina y la psicocirugía, pero desde la introducción de la clorpromazina en 1952, estas modalidades de tratamiento han quedado obsoletas. Los **neurolépticos**, denominados también antipsicóticos, se prescriben fundamentalmente debido a su eficacia para reducir la intensidad y frecuencia de los síntomas psicóticos. No curan la esquizofrenia, pero son muy eficaces para controlar los síntomas más complicados de la enfermedad.

Los neurolépticos convencionales o neurolépticos de primera generación son antagonistas de la dopamina. Los neurolépticos atípicos o de nueva generación son antagonistas tanto de la dopamina como de la serotonina (v. [cap. 2](#)). En la [tabla 14-1](#) se presenta la denominación genérica de los neurolépticos, la dosis diaria recomendada y los efectos secundarios más frecuentes. Los neurolépticos convencionales se utilizan para tratar los signos y síntomas positivos de la esquizofrenia, como los delirios, las alucinaciones y la desorganización del pensamiento, así como otros síntomas psicóticos, pero no tienen ningún efecto en los signos y síntomas negativos. Los neurolépticos atípicos no sólo son eficaces para tratar los síntomas positivos, sino que también, al menos en algunos pacientes, reducen la intensidad y frecuencia de los signos y síntomas negativos, como la abulia, la falta de motivación, el retraimiento social y la anhedonia.

### *Tratamiento de mantenimiento*

La flufenazina en dos preparaciones de depósito (depot), decanoato y el haloperidol en enantato son dos neurolépticos disponibles en inyecciones de liberación lenta para el tratamiento de mantenimiento. El vehículo utilizado en estos fármacos es el aceite de sésamo, lo que hace que el organismo absorba el medicamento lentamente durante un período prolongado. El efecto dura entre 2 y 4 semanas, por lo que no es necesario que el paciente tome el medicamento por vía oral todos los días (v. [cap. 2](#)). La duración de la acción es de entre 7 y 28 días en el caso de flufenazina y de 4 semanas en el caso del haloperidol. Con la administración por vía oral de estos neurolépticos puede tardarse varias semanas en conseguir el nivel estable antes de que pueda iniciarse la transición a las inyecciones de liberación lenta. Por tanto, estos neurolépticos no son adecuados para el tratamiento de los episodios psicóticos agudos; sin embargo, son muy útiles para los pacientes que requieren supervisión médica del cumplimiento terapéutico durante un período prolongado.

### *Efectos secundarios*

Los neurolépticos producen efectos secundarios importantes que pueden oscilar entre molestias ligeras y alteraciones permanentes del movimiento ([Kane y Marder, 2005](#)). Dado que muchos de estos efectos secundarios asustan al paciente y además son muy

molestos, suelen ser la razón principal por la que los pacientes interrumpen el tratamiento o disminuyen la dosis sin consultarlo con su médico. Entre los efectos secundarios neurológicos graves de los neurolepticos se encuentran los **efectos secundarios extrapiramidales (ESEP)** (reacciones distónicas agudas, acatisia y seudoparkinsonismo), la discinesia tardía, las crisis convulsivas y el síndrome neuroleptico maligno (SNM). Los efectos secundarios no neurológicos más frecuentes son el aumento de peso, la sedación, la fotosensibilidad y los efectos secundarios anticolinérgicos, como la sequedad de boca, la visión borrosa, el estreñimiento, la retención de orina y la hipotensión ortoestática. En la [tabla 14-2](#) se presentan los efectos secundarios de los neurolepticos y las correspondientes intervenciones de enfermería.

**Tabla 14-1. Dosis diaria recomendada y efectos secundarios más frecuentes de los neurolepticos**

Nombre genérico	Dosis diaria recomendada* (mg)	Sedación	Hipotensión arterial	ESEP	Efectos secundarios anticolinérgicos
<b>Neurolepticos convencionales</b>					
Clorpromazina	200-1600	++++	+++	++	+++
Perfenazina	16-32	++	++++	+	
Flufenazina	2,5-20	+	+	++++	+
Tioridazina	200-600	++++	+++	+	+++
Mesoridazina	75-300	++++	++	+	++
Tiotixeno	6-30	+	+	++++	+
Haloperidol	2-20	+	+	++++	+/0
Loxapina	60-100	+++	++	+++	++
Molindona	50-100	+	+/0	+	++
Perfenazina	16-32	++	++	+++	+
Trifluoperazina	6-50	+	+	++++	+
<b>Neurolepticos atipicos</b>					
Clozapina	150-500	++++	++	+/0	++
Risperidona	2-8	+++	++	++	+
Olanzapina	5-20	++++	+++	+	++
Quetiapina	150-500	+/0	++++	+	+
Ziprasidona	40-160	++	+/0	+	+
Paliperidona	6	++	++	++	+
Aripiprazol	10-40	+	++	+	+++

++++ muy frecuente; +++ frecuente; ++, poco frecuente; + muy poco frecuente; +/0, muy inusual o ausente; ESEP, efectos secundarios extrapiramidales.  
\*Sólo para administración oral.

**Efectos secundarios extrapiramidales.** Los ESEP consisten en alteraciones reversibles del movimiento causadas por los neurolepticos. Las principales son las reacciones distónicas agudas, la acatisia y el seudoparkinsonismo.

Las **reacciones distónicas** agudas a los antipsicóticos aparecen al principio del tratamiento y consisten en espasmos que afectan a grupos musculares específicos, como la musculatura del cuello (tortícolis) y del ojo (crisis oculogiras). Estos espasmos pueden acompañarse de protrusión de la lengua, disfagia y espasmos laríngeos y faríngeos que pueden afectar a las vías respiratorias del paciente y dar lugar a una situación de urgencia. Las reacciones distónicas agudas son muy dolorosas y atemorizan mucho al paciente. El tratamiento debe ser inmediato y consiste en la administración de difenhidramina por vía intramuscular o intravenosa, o de benztropina por vía intramuscular.

El **seudoparkinsonismo** o parkinsonismo causado por neurolépticos se caracteriza por rigidez, postura encorvada, rostro inexpresivo, marcha festinante (el paciente anda con pasos muy cortos), disminución del balanceo de los brazos, deambulación arrastrando los pies, rigidez en rueda dentada (los movimientos de las articulaciones se parecen a los de una carraca), babeo, temblores, bradicardia y movimientos en reposo de los dedos de la mano como si el paciente estuviese liando un cigarrillo. Estos síntomas parkinsonianos suelen aparecer los primeros días después de empezar el tratamiento o de aumentar la dosis del neuroléptico. El tratamiento de los efectos secundarios parkinsonianos y la prevención de la aparición de nuevas reacciones distónicas agudas se lleva a cabo con los fármacos que aparecen en la [tabla 14-3](#).

La **acatisia** se caracteriza por inquietud motora, que lleva al paciente a caminar sin parar de un lado para otro, incapacidad de sentarse o permanecer sentado y nerviosismo generalizado. Suele aparecer al iniciarse el tratamiento con el neuroléptico o al aumentar la dosis. El paciente experimenta sensaciones muy desagradables, por lo que puede dejar de tomar la medicación para evitar estos efectos secundarios. Los medicamentos más eficaces para el tratamiento de la acatisia son los  $\beta$ -bloqueantes como el propranolol, mientras que las benzodiazepinas, aunque son menos eficaces, también disminuyen la intensidad de los síntomas.

La detección y el tratamiento precoz de los ESEP sirven para mantener o mejorar el grado de cumplimiento terapéutico. A menudo es el profesional de la enfermería quien observa estos síntomas o quien recibe las quejas del paciente. Para que la valoración se lleve a cabo de forma coherente y sistemática, se ha creado una escala estandarizada para la valoración de los síntomas extrapiramidales, denominada Escala de Simpson-Angus.

**Discinesia tardía.** La **discinesia tardía** es un efecto secundario que aparece tarde durante el curso del tratamiento con neurolépticos. Se caracteriza por movimientos involuntarios anormales, como movimientos de la lengua y de la musculatura de la cara y del cuello, así como de los miembros y del tronco (movimientos coreicos). También son característicos la masticación repetitiva, el movimiento oscilatorio de la mandíbula, la protrusión de la lengua, la gestualidad con los labios, el parpadeo excesivo, las muecas y otros movimientos faciales excesivos o innecesarios. Estos movimientos avergüenzan al paciente y pueden agravar aún más el retraimiento social. Una vez que aparece, la discinesia tardía es irreversible, pero puede detenerse la progresión interrumpiendo el tratamiento con el neuroléptico o disminuyendo la dosis. Se sabe que la clozapina, un neuroléptico atípico, no provoca este efecto secundario, por lo que se recomienda para el tratamiento de los pacientes que presentan discinesia tardía con los neurolépticos convencionales.



**Tabla 14-2. Efectos secundarios de los neurolepticos e intervenciones de enfermería**

Efecto secundario	Intervención de enfermería
Reacciones distónicas agudas	Administrar la medicación prescrita por el médico; evaluar la eficacia de la medicación; tranquilizar al paciente si está asustado
Discinesia tardía	Utilizar la Escala de movimientos involuntarios para la evaluación; informar de la puntuación al médico, sobre todo si ha aumentado desde la última evaluación
Síndrome neuroleptico maligno	Suspender el tratamiento; informar al médico inmediatamente
Acatisia	Administrar la medicación prescrita por el médico; evaluar la eficacia de la medicación
Efectos secundarios extrapiramidales o seudoparkinsonismo (seudoparkinsonismo causado por neurolepticos)	Administrar la medicación prescrita por el médico; evaluar la eficacia de la medicación
Crisis convulsivas	Suspender el tratamiento; informar al médico; tomar medidas para proteger al paciente frente a las lesiones durante las crisis convulsivas; tranquilizar al paciente después de la crisis y proteger su intimidad
Sedación	Precaución con las actividades que requieren que el paciente esté alerta, como conducir un vehículo a motor
Fotosensibilidad	Informar al paciente de que evite la exposición al sol; aconsejarle que se proteja con ropa adecuada y crema protectora
Aumento de peso	Recomendar al paciente que siga una dieta equilibrada con control de las raciones y que haga ejercicio físico con regularidad; tomar cualquier otra medida para que el aumento de peso sea el mínimo posible
Síntomas anticolinérgicos	
Sequedad de boca	Utilizar cubitos de hielo o caramelos duros para aliviar la sequedad
Visión borrosa	Evaluar al paciente a intervalos regulares (este efecto secundario debería mejorar con el tiempo); informar al médico si no mejora
Estreñimiento	Aumentar la ingesta de líquidos y de fibra dietética; puede ser necesario administrar un emoliente para ablandar las heces si no se observa mejoría
Retención de orina	Decirle al paciente que informe de cualquier síntoma urinario, como cambios en la frecuencia o dolor o quemazón al orinar; informar al médico si no mejora
Hipotensión ortoestática	Decirle al paciente que se levante despacio cuando esté sentado o tumbado y que no empiece a andar hasta que no se le pase del todo el mareo

**Tabla 14-3. Eficacia de los fármacos para tratar los efectos secundarios extrapiramidales e intervenciones de enfermería**

Nombre genérico	Acatisia	Distonía	Rigidez	Temblores	Intervención de enfermería
Benzatropina	2	2	3	2	Aumentar la ingesta de líquidos y de fibra dietética para evitar el estreñimiento; utilizar cubitos de hielo o caramelos duros para la sequedad de boca; evaluar los déficits mnésicos (otro efecto secundario)
Trihexifenidilo	2	3	3	3	
Biperideno	1	3	3	3	
Prociclidina	1	3	3	3	
Amantadina	3	2	3	2	Utilizar cubitos de hielo o caramelos duros para la sequedad de boca; evaluar al paciente por si empeoran los síntomas psicóticos (efecto secundario ocasional)
Difenhidramina	2	2-3	1	2	Utilizar cubitos de hielo o caramelos duros para la sequedad de boca; observar al paciente para ver si presenta signos de sedación
Diazepam	2	1-2	1-2	0-1	Observar al paciente para ver si presenta signos de sedación; riesgo de dependencia o de consumo excesivo
Lorazepam	2	1-2	1-2	0-1	Observar al paciente para ver si presenta signos de sedación; riesgo de dependencia o de consumo excesivo
Propranolol	3	0	0	1-2	Observar al paciente para ver si presenta palpitaciones, mareos o manos y pies fríos

### Cuadro 14-1. Escala de movimientos involuntarios (EMI)

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Evaluación realizada por: \_\_\_\_\_

Antes o después de la evaluación, observe al paciente con discreción (p. ej., mientras se encuentra en la sala de espera). La silla que va a utilizarse para la evaluación debe ser resistente, firme y sin brazos.

Según la gravedad, cada síntoma se puntúa en una escala de 0 a 4, donde 0 es ausente; 1, mínimo; 2, leve; 3, moderado, y 4, grave.

Pregúntele al paciente si tiene algo en la boca (chicle, caramelo, etc.). Si es así, tiene que sacárselo antes de empezar la evaluación.

Pregúntele al paciente por el estado de sus piezas dentales y si lleva dentadura postiza. ¿Le molesta la dentadura postiza o tiene algún problema con los dientes o muelas?

Pregúntele al paciente si ha notado algún movimiento anormal de la boca, la cara, las manos o los pies. Si es así, pídale que describa el movimiento y le explique hasta qué punto el movimiento le molesta o interfiere en sus actividades.

0 1 2 3 4 Pídale al paciente que se siente en la silla y que coloque las manos sobre las rodillas. Las piernas deben estar ligeramente separadas y las plantas de los pies bien pegadas al suelo (mientras el paciente se encuentra en esta posición, observe todo su cuerpo para ver si aparece algún tipo de movimiento).

0 1 2 3 4 Pídale al paciente que se siente con las manos colgando, sin apoyarlas. Si es un hombre, que coloque las manos entre las piernas; si es una mujer y lleva un vestido, puede dejar las manos sobre las rodillas (sin apoyarlas). Observe las manos y las demás partes del cuerpo.

0 1 2 3 4 Pídale al paciente que abra la boca y observe la lengua en reposo en su interior. Haga esto dos veces.

0 1 2 3 4 Pídale al paciente que saque la lengua. Fijese en si hay movimientos anormales de la lengua. Haga esto dos veces.

0 1 2 3 4 Pídale al paciente que se toque el pulgar con cada uno de los otros dedos de la mano alternativamente y lo más rápido que pueda durante 10 s a 15 s; primero con la mano derecha y luego con la izquierda. Observe los movimientos de la cara y de las piernas.

0 1 2 3 4 Flexione y extienda los brazos del paciente, primero el derecho y luego el izquierdo (nunca los dos a la vez; una vez cada brazo).

0 1 2 3 4 Pídale al paciente que se ponga de pie. Obsérvele de perfil. Fijese de nuevo en todas las partes de su cuerpo, incluidas las caderas.

0 1 2 3 4 \*Pídale al paciente que extienda los brazos al frente a la vez con las palmas de las manos hacia abajo. Observe el tronco, las piernas y la boca.

0 1 2 3 4 \*Pídale al paciente que camine por la habitación, que se dé media vuelta y que vuelva a la silla (observe las manos y la marcha). Haga esto dos veces.

\*Movimientos activados.

Es importante evaluar a los pacientes para ver si han desarrollado algún tipo de alteración del movimiento de aparición tardía durante el tratamiento con neurolépticos. La **Escala de movimientos involuntarios (EMI)** es un instrumento estandarizado que se utiliza en la evaluación de los síntomas de las alteraciones del movimiento. Se observa al paciente en diferentes posiciones y se puntúa la gravedad de los síntomas de 0 a 4. La EMI puede administrarse cada 3-6 meses. Si el profesional de enfermería observa un aumento en la puntuación de la escala, indicaría que han aumentado los síntomas de la discinesia tardía y tiene que notificarlo al médico para que cambie de neuroléptico o la dosis para evitar que la discinesia tardía siga avanzado. En el [cuadro 14-1](#) se presenta la EMI.

**Crisis convulsivas.** Las convulsiones son un efecto secundario poco frecuente de los neurolépticos; de hecho, la incidencia entre los pacientes tratados con estos psicofármacos es del 1 %. La única excepción es la clozapina (incidencia, 5 %). Las crisis convulsivas son más frecuentes con dosis elevadas de medicación. El tratamiento



consiste en disminuir la dosis o cambiar de neuroléptico.

**Síndrome neuroléptico maligno.** El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es un efecto secundario grave de los neurolépticos que a menudo provoca la muerte del paciente. Se caracteriza por rigidez muscular, fiebre elevada, aumento de la concentración de las enzimas musculares (sobre todo de creatina cinasa) y leucocitosis (aumento de la cifra de leucocitos). Se calcula que entre el 0,1 % y el 1 % de los pacientes tratados con neurolépticos sufren SNM. Cualquier neuroléptico puede provocar esta complicación, que se trata suspendiendo su administración. La capacidad de tolerar otro neuroléptico después del SNM varía mucho de un paciente a otro, pero en la mayoría de los casos, parece posible utilizar otro neuroléptico.

**Agranulocitosis.** Un posible efecto secundario de la clozapina es la agranulocitosis, que puede poner en peligro la vida del paciente. Se caracteriza por la incapacidad de la médula ósea de producir leucocitos adecuadamente. Este efecto aparece de forma abrupta y los signos y síntomas son fiebre, malestar general, úlceras en la garganta y leucopenia. En algunos casos, los síntomas no aparecen de forma inmediata al administrarse el neuroléptico, y pueden transcurrir 18-24 semanas entre el inicio del tratamiento y la aparición de los síntomas de agranulocitosis. El tratamiento con el neuroléptico debe suspenderse de inmediato. En los pacientes que están tomando clozapina hay que realizar un análisis de sangre todas las semanas para determinar la cifra de leucocitos durante los primeros 6 meses del tratamiento, y luego cada 2 semanas. La clozapina se administra sólo cada 7 o 14 días, y, antes de proporcionar la siguiente dosis, es necesario asegurarse de que la cifra de leucocitos supera las 3 500 células/mm<sup>3</sup>.

### **Tratamiento psicosocial**

Además del tratamiento con psicofármacos, existen otras modalidades de tratamiento para la esquizofrenia. La psicoterapia individual y de grupo, la terapia familiar, la intervención en la familia y el entrenamiento en habilidades sociales pueden realizarse tanto en el hospital como en entornos comunitarios.

Las sesiones de psicoterapia individual y de grupo suelen ser de apoyo y proporcionan al paciente la oportunidad de mantener contacto social con personas que pueden llegar a ser importantes para él. El trabajo grupal se centra en comentar temas que interesan a todos los pacientes, como la medicación, los servicios sociales disponibles, los problemas de la vida familiar y la utilización de los recursos sociales. Se ha demostrado que la psicoterapia de grupo es beneficiosa para muchas personas con esquizofrenia (Pfammatter, Junghan y Brenner, 2006).

El paciente puede mejorar sus competencias sociales con el entrenamiento en habilidades sociales. Esta mejora se traduce en un funcionamiento más eficaz en la comunidad. El entrenamiento en habilidades sociales básicas consiste en dividir los comportamientos sociales complejos en tareas más sencillas, en la práctica de juegos de rol (*role playing*) y en la aplicación de lo aprendido en el mundo real, es decir, en la comunidad. El entrenamiento de adaptación cognitiva mediante apoyo del entorno está pensado para mejorar el funcionamiento adaptativo en el hogar. Los apoyos del entorno

individualizados y adaptados a las necesidades de cada paciente, como señales, calendarios, material para la higiene y recipientes para la medicación, le ayudan a realizar las tareas de la vida diaria (Velligan et al., 2006). Moriana, Alarcón y Herruzo (2006) observaron que el entrenamiento en habilidades sociales es más eficaz cuando se realiza durante las visitas domiciliarias, es decir, en el propio entorno del paciente, en lugar de en las consultas externas del hospital, en el ambulatorio o en cualquier otro entorno comunitario.

Existe una nueva modalidad psicoterapéutica denominada terapia de mejora cognitiva (TMC), en la que se combina el entrenamiento cognitivo con ordenador y la sesiones de terapia de grupo. La TMC permite al paciente desarrollar y practicar habilidades sociales. Esta modalidad terapéutica está pensada para prevenir o mejorar los déficits sociales y neurocognitivos como la atención, la memoria y el procesamiento de la información. Los ejercicios prácticos ayudan al paciente a ponerse en la perspectiva de la otra persona en vez de centrarse sólo en sí mismo. Los resultados positivos de la TMC son el aumento de la energía mental, el paso del procesamiento pasivo de la información al procesamiento activo y el incremento de la capacidad de negociar de forma espontánea y adecuada problemas sociales improvisados (Hogarty, Greenwald y Eack, 2006).

Se ha observado que la terapia familiar y la intervención en la familia disminuyen los efectos negativos de la esquizofrenia y reducen la tasa de reaparición (Penn, Waldheter, Perkins, Mueser y Lieberman, 2005). Aunque se sabe que la inclusión de la familia es un factor que mejora el resultado clínico del paciente, muchos profesionales sanitarios no incluyen a la familia. A menudo, los familiares lo pasan muy mal intentando afrontar las complejidades y ramificaciones de la enfermedad. Esto, a su vez, genera estrés en el grupo familiar, lo que no beneficia al paciente ni a la familia. La psicoeducación de la familia contribuye a que sus miembros se sientan parte del equipo terapéutico. Para información sobre el Family Education Course de la National Alliance for the Mentally Ill Family, véase el capítulo 3.

Además, la familia del paciente puede obtener apoyos del entorno, lo que la ayudará a afrontar muchas de las dificultades que se plantean cuando uno de los miembros de la familia padece esquizofrenia. Entre ellas están seguir cuidando en casa de un niño o adolescente que ya es un adulto, la preocupación por quién cuidará del paciente cuando los padres mueran o sean ancianos, afrontar el estigma social que conlleva sufrir un trastorno mental grave y, en algunos casos, los problemas económicos, los conflictos de pareja y el aislamiento social. Las familias de personas esquizofrénicas pueden obtener ayuda a través de la National Alliance for the Mentally Ill y otros grupos de apoyo y de autoayuda. Los profesionales sanitarios tienen que ayudar a la familia a contactar con estos grupos y organizaciones y hacer las remisiones pertinentes según sean las necesidades sociales, económicas y psicológicas de cada familia.

## **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA**

### **Valoración**

La esquizofrenia afecta al proceso y contenido del pensamiento, a la percepción, a las

emociones, al comportamiento y al funcionamiento social; sin embargo, la enfermedad afecta a cada paciente de forma diferente. El grado de afectación tanto en la fase aguda (psicótica) como en la fase crónica varía mucho de un paciente a otro, y lo mismo ocurre con la intervención de enfermería que se realizará en cada caso. El profesional no partirá de supuestos previos sobre las habilidades o limitaciones del paciente basándose sólo en el diagnóstico médico de esquizofrenia.

Por ejemplo, el profesional de enfermería puede hacerse cargo del paciente en una unidad hospitalaria de agudos. El paciente puede mostrarse asustado, oír voces (alucinaciones auditivas), no presentar contacto visual y murmurando continuamente. En un caso así, el profesional tendrá que tratar los signos y síntomas positivos (psicóticos) de la enfermedad. No obstante, en otro caso el profesional puede encontrarse con un paciente esquizofrénico que vive en casa y no presenta síntomas ni signos psicóticos, sino que padece abulia y falta de energía para realizar las tareas de la vida diaria y se siente solo y socialmente aislado (signos y síntomas negativos de la esquizofrenia). Si bien los dos pacientes tienen el mismo diagnóstico médico, el enfoque y las intervenciones de enfermería de cada uno de estos dos profesionales serán muy diferentes.

### *Antecedentes*

Durante la valoración, lo primero que hará el profesional de enfermería es recoger información sobre la historia anterior del paciente con esquizofrenia con el fin de establecer los datos de referencia. Para ello, hará preguntas sobre el funcionamiento del paciente antes del primer episodio psicótico, como: «¿en qué solía emplear el tiempo? o «¿qué hacía en un día normal?».

Se registrará la edad que tenía el paciente al inicio de la esquizofrenia, teniendo en cuenta que una edad de inicio precoz se asocia a un peor desenlace clínico. También es importante registrar los antecedentes de hospitalización y la respuesta del paciente a las hospitalizaciones anteriores.

Se valorarán los antecedentes de intento de suicidio. El 10 % de los pacientes con esquizofrenia acaban suicidándose. El profesional preguntará al paciente: «¿ha intentado suicidarse alguna vez? y «¿ha oído alguna vez voces en su interior que le decían que se hiciera daño a sí mismo?». También es importante recoger información sobre los antecedentes de violencia o de conducta agresiva, ya que estas dos variables son un fuerte predictor de conducta agresiva o violenta en el futuro. Para ello, le preguntaremos al paciente cómo se comporta cuando se siente enfadado, frustrado, molesto o asustado.

Asimismo, se valorará si el paciente ha utilizado o está utilizando los diferentes sistemas de apoyo social:

- ¿Tiene el paciente contacto con su familia o amigos?
- ¿Ha ido el paciente a alguna cita para el tratamiento o para una reunión programada con un grupo de apoyo o de autoayuda?
- ¿Tiene problemas económicos?
- ¿Ha cambiado recientemente el paciente de alojamiento?

Por último, el profesional valorará la percepción que tiene el paciente de su situación actual, es decir, lo que cree que son acontecimientos o factores estresantes en ese momento. Para ello, el profesional puede preguntar: «¿cuál cree usted que es su principal problema en este momento?» o «¿para qué necesita ayuda ahora?».

### *Aspecto general y comportamiento motor y lenguaje*

El aspecto general puede variar mucho en los pacientes con esquizofrenia. Algunos tienen un aspecto normal en lo que se refiere a la forma de vestir, de sentarse y de conversar, y no muestran gestos o posturas inusuales. Por el contrario, otros presentan un comportamiento extraño e incluso estafalario. Pueden estar despeinados y desarreglados, sin ninguna preocupación por la higiene personal, o pueden llevar ropa inadecuada o extraña (p. ej., abrigo y gorro de lana en verano).

El comportamiento motor también puede parecer extraño o inusual. El paciente puede estar inquieto y ser incapaz de sentarse o de permanecer sentado, o puede estar agitado y no dejar de andar de un sitio para otro, o por el contrario, estar inmóvil como una estatua (**catatonía**). Es frecuente que estos pacientes hagan gestos o movimientos sin propósito aparente (movimientos estereotipados) y la expresión facial resulte extraña e incomprensible (p. ej., muecas sin propósito aparente). El paciente puede imitar los gestos y movimientos de alguien que él esté observando (ecopraxia). Estos movimientos y gestualidades pueden acompañarse de un discurso intrincado o anecdótico («irse por las ramas») y es probable que el entrevistador no consiga entender lo que el paciente pretende decir.

Otros pacientes presentan **lentitud psicomotora generalizada** (lentitud de todos los movimientos). El paciente puede estar casi inmóvil o hecho un ovillo (posición fetal). Uno de los signos más característicos de la esquizofrenia catatónica es la flexibilidad cética, que consiste en que el enfermo se queda quieto en una posición como si fuese una estatua, incluso cuando la posición resulta muy incómoda, pero el interlocutor puede cambiar la posición de una parte del cuerpo (p. ej., de un brazo), y el paciente adopta la posición en la que se le ha colocado.

El patrón del lenguaje puede ser raro e inusual. Dos patrones característicos del lenguaje de los esquizofrénicos son la **ensalada de palabras** y la **ecolalia**. La ensalada de palabras consiste en un aluvión de palabras o grupos de palabras entremezcladas desconectadas entre sí o incoherentes sin sentido para el interlocutor. En la ecolalia, el paciente repite lo que alguien dice. El habla puede ser lenta o acelerada y el volumen muy alto o muy bajo. Algunos pacientes susurran en vez de hablar, mientras que otros hablan muy alto e incluso gritan. La **latencia de la respuesta** es el tiempo que una persona tarda en responder a lo que se le ha preguntado. En los esquizofrénicos esta latencia puede ser de entre 30 s y 45 s, y suele ser indicativa de que el paciente tiene dificultades cognitivas o con los procesos del pensamiento. En el [cuadro 14-2](#) se presentan ejemplos de patrones del lenguaje característicos de la esquizofrenia.

### *Estado de ánimo y afectos*

Los pacientes con esquizofrenia refieren y muestran una variación muy amplia del estado

de ánimo y de los afectos. Generalmente se dice que estos pacientes presentan afecto aplanado (no hay expresiones faciales indicativas del estado de ánimo o de los afectos) o afecto embotado (se observan pocas expresiones faciales indicativas del estado de ánimo o de los afectos). La expresión facial suele describirse como algo parecido a una máscara. Otros pacientes presentan un estado de ánimo denominado pueril, que se caracteriza por carcajadas o risa tonta sin motivo aparente. El paciente puede también presentar emociones incongruentes con el contexto o la situación. La incongruencia oscila entre leve o sutil y muy evidente. Por ejemplo, el paciente puede sonreír o incluso reírse a grandes carcajadas mientras está hablando de la muerte de un familiar, o puede ponerse a llorar cuando se está hablando del tiempo.

El paciente puede referir sentimientos depresivos y comentar que no obtiene ningún placer de nada de lo que hace (**anhedonia**). Por el contrario, puede comentar que es omnisciente y omnipotente y que no le preocupa nada. Lo más habitual es que refiera una sensación exagerada de bienestar durante los episodios psicóticos, mientras que durante la fase crónica de la enfermedad, cuando ya no hay sintomatología psicótica, refiera falta de energía y anhedonia.

### *Proceso y contenido del pensamiento*

A veces, la esquizofrenia se define como un trastorno del pensamiento, dado que ésta es la característica fundamental de la enfermedad: los procesos de pensamiento están desordenados y la continuidad de los pensamientos y del procesamiento de la información se encuentran alterados. El profesional puede valorar el proceso del pensamiento por inferencia a partir de lo que el paciente dice, y el contenido del pensamiento a partir de las palabras del paciente. Por ejemplo, el enfermo puede interrumpirse en medio de una frase y luego permanecer en silencio entre varios segundos y 1 min (**bloqueo del pensamiento**). También puede afirmar que cree que otras personas pueden oír sus pensamientos (**difusión del pensamiento**), coger sus pensamientos y sacarlos de su cabeza (**robo del pensamiento**), o meterle pensamientos en la cabeza en contra de su voluntad (**inserción del pensamiento**).

## Cuadro 14-2. Patrones de lenguaje característicos de la esquizofrenia

**Asociaciones por el sonido.** Ideas que están relacionadas con otras por el sonido en vez de por el significado.

Ejemplo: «Tomaré la pastilla si usted se sube a una silla, pero no si mi nombre es Luisilla, no quiero una astilla».

**Neologismos.** Palabras inventadas por el paciente.

Ejemplo: «Soy un psicomegatrón. Si hay algún psicomegatrón aquí, tendré que marcharme. ¿Es usted un psicomegatrón?».

**Verbigeración.** Repetición estereotipada de palabras, grupos de palabras o frases que pueden tener o no sentido para el interlocutor.

Ejemplo: «Quiero irme a casa, irme a casa, irme a casa».

**Ecolalia.** El paciente repite lo que dice el interlocutor.

Ejemplo: *Profesional de enfermería:* «¿Cómo te sientes hoy, Frank?». *Paciente:* «¿Cómo te sientes hoy, Frank, te sientes hoy, Frank?».

**Lenguaje rebuscado.** Utilización de palabras, grupos de palabras o frases demasiados pomposos, floridos o pretenciosos.

Ejemplo: «Me pregunto si usted, como representante de esa egregia enfermera que fue en su día y lo será por siempre Florence Nightingale, sería tan amable de hacerme el honor de traerme una insignificante y nimia cantidad de un refresco, quizá en forma de agua mineral».

**Perseveración.** Adherencia persistente a una única idea o tema de conversación acompañada de la repetición de una palabra, grupo de palabras o frase, incluso cuando el interlocutor intenta cambiar el tema de la conversación.

Ejemplo: *Profesional de enfermería:* «¿Qué tal duerme últimamente?». *Paciente:* «Últimamente me han estado siguiendo». *Profesional de enfermería:* «¿Dónde vive?». *Paciente:* «Donde vivo me han estado siguiendo». *Profesional de enfermería:* «¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?». *Paciente:* «Nada porque me han estado siguiendo».

**Esquizofasia.** Combinación de palabras o grupos de palabras desconectadas entre sí o incoherentes que no tienen sentido para el interlocutor.

Ejemplo: «maíz, patatas fritas, saltar, jugar a algo, armario».

En algunas personas con esquizofrenia se observa un tipo de pensamiento denominado pensamiento tangencial, que consiste en que el paciente continuamente se desvía hacia asuntos sin relación con el tema de conversación y no es capaz de responder a lo que se le pregunta:



*Profesional:* «¿Qué tal duerme últimamente?»

*Paciente:* «Intento dormir por la noche. Para que me ayude a dormir, me gusta la música, me gusta oír música antes de irme a dormir. Me gusta mucho, me encanta la música clásica. ¿Le gusta a usted la música clásica? ¿Podría darme algo de comer? Tengo mucha hambre».

*Profesional:* «¿Podría decirme qué tal duerme?».

La circunstantialidad consiste en que el paciente da demasiados detalles, lo que hace que se aparte del tema de conversación, pero finalmente consigue responder a la pregunta o aportar la información que se le ha pedido:



*Profesional:* «¿Qué tal duerme últimamente?»

*Paciente:* «Me acuesto temprano para poder descansar mucho. Antes de meterme en la cama, me gusta escuchar música o leer. Ahora estoy leyendo una novela de misterio. Está muy bien. Quizá algún día me ponga a escribir una novela de misterio. Bueno, leer antes de irme a dormir no ayuda mucho, porque ahora estoy durmiendo sólo 2 o 3 horas cada noche».





### Delirio de difusión del pensamiento.

La pobreza de contenido (**alogia**) se refiere a la falta de significado real o de sustancia en lo que dice el paciente:



*Profesional: «¿Qué tal duermes últimamente?».*

*Paciente: «Bueno, bien, supongo. No sé, es difícil de decir».*

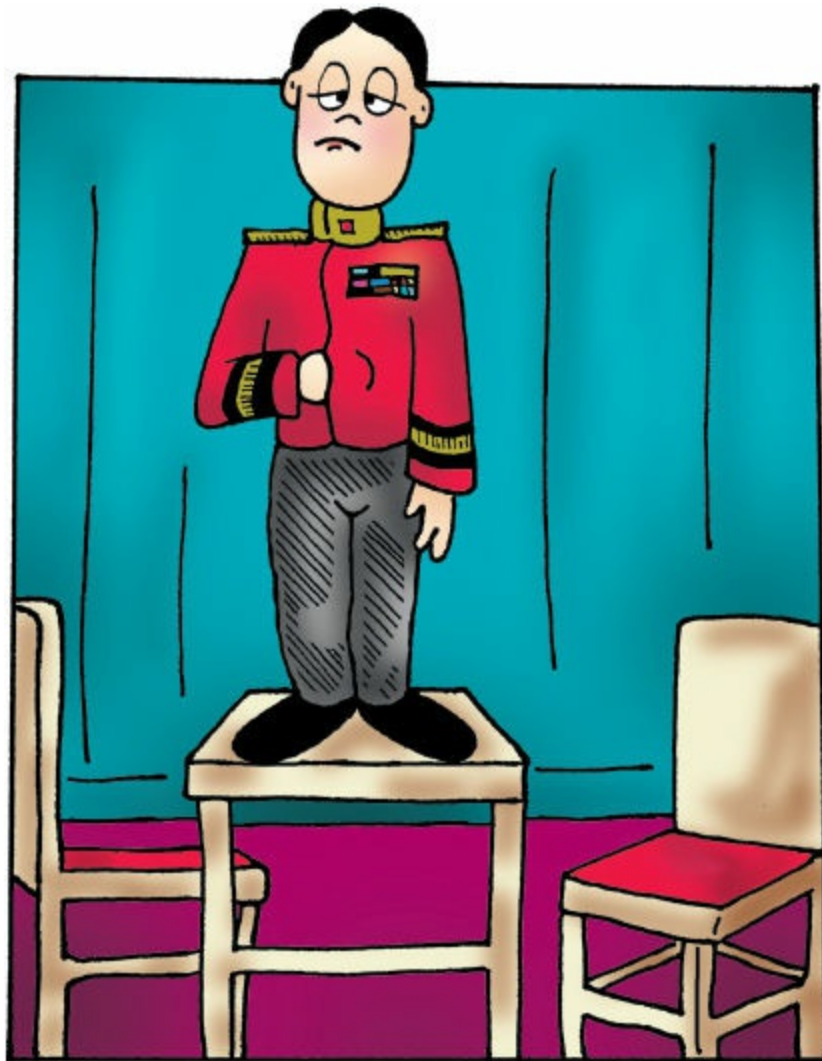
### Delirios

Los pacientes esquizofrénicos generalmente sufren delirios o ideas delirantes (creencias falsas y persistentes que no tienen ninguna base real) en la fase psicótica de la enfermedad. Una característica común a todos los delirios esquizofrénicos es la certeza total, directa e inmediata con la que el paciente mantiene la creencia delirante. Por esta razón, la persona actúa en consecuencia con el contenido del mismo. Por ejemplo, el paciente con un delirio de persecución probablemente será suspicaz, desconfiado y

cauteloso y tendrá mucho cuidado de no revelar información de carácter personal, examinará cada cierto tiempo la habitación en la que se está realizando la valoración y hablará en un tono de voz muy bajo, como si contara un secreto.

El tema o contenido del delirio varía de un paciente a otro. En el [cuadro 14-3](#) se presentan los temas delirantes más frecuentes en la esquizofrenia. Los hechos y la información proveniente del exterior no alteran la convicción delirante del paciente. Si se le pregunta por qué cree en algo tan improbable, suele responder «porque lo sé».

Inicialmente, el profesional debe valorar el contenido y la profundidad del delirio para saber qué comportamiento cabe esperar del paciente e intentar reconectarlo con la realidad. Cuando se está recogiendo información sobre las ideas delirantes, hay que tener cuidado de no dar la razón al paciente, pero tampoco hay que discutirle sus ideas. El profesional pedirá al paciente que le explique sus ideas (p. ej., «por favor, explíqueme eso» o «dígame qué piensa sobre eso»).



**Delirio de grandeza.**



## Diagnóstico de enfermería

Alteración de los procesos de pensamiento: *perturbación de las operaciones cognitivas y las actividades.*

### DATOS DE LA VALORACIÓN

- El pensamiento no se basa en la realidad.
- Desorientación.
- Labilidad de los afectos.
- Poca capacidad de atención.
- Alteración del sentido de la realidad.
- Distracción.

### RESULTADOS ESPERABLES

#### Inmediato

##### *El paciente*

- No se accidentará ni se hará daño a sí mismo.
- Demostrará que el nivel de ansiedad ha disminuido.
- Responderá a las interacciones basadas en la realidad iniciadas por otras personas, por ejemplo, interactuará verbalmente con los profesionales sanitarios durante un periodo previamente especificado.

#### Estabilización

##### *El paciente*

- Interactuará sobre la base de la realidad, por ejemplo, participará en las actividades diarias.
- Mantendrá la atención y la concentración para terminar las tareas y actividades.

#### En la comunidad

##### *El paciente*

- Expresará verbalmente el reconocimiento de las ideas delirantes si éstas persisten.
- No tendrá delirios o demostrará su capacidad para funcionar en la vida diaria sin responder a las ideas delirantes.

## IMPLEMENTACIÓN

### Intervenciones de enfermería: (\*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)

Sea sincero y honesto cuando se comunica con el paciente. Evite las frases vagas o evasivas.

Sea coherente al establecer objetivos y expectativas, fijar normas, etcétera.

No haga promesas que no pueda cumplir.

Motive y anime al paciente a hablar, pero no se entrometa en sus asuntos para conseguir información.

Explique al paciente los procedimientos y haga todo lo posible por asegurarse de que los entiende antes de iniciarlos.

Proporcione al paciente refuerzos positivos cada vez que haga algo bien.

Acepte que el delirio del paciente es su forma particular de percibir el entorno.

Inicialmente, no discuta con el paciente ni intente convencerle de que sus creencias delirantes son falsas.

Interactúe con el paciente partiendo siempre de cosas reales; no haga hincapié en el material delirante.

Al principio, implique al paciente en actividades y tareas en las que sólo sea necesaria la interacción entre usted y él, luego en pequeños grupos y, finalmente, en grupos grandes.

Reconozca y apoye los logros del paciente (proyectos terminados, responsabilidades cumplidas, interacciones iniciadas).

Muestre empatía hacia los sentimientos del paciente; haga que se sienta seguro de su presencia y aceptación.

No haga juicios de valor sobre las creencias del paciente y no se burle de ellas ni las ridiculice; no haga chistes a partir del material delirante.

Nunca insinúe que cree en el delirio del paciente.

Expresar sus dudas sobre el delirio tan pronto como observe que el paciente está preparado para aceptarlas (p. ej., «me cuesta trabajo aceptar eso»). No discuta con él, pero explíquelo cómo percibe usted la situación.

Pregúntele al paciente cómo cree que el contenido del delirio interfiere en su vida o le causa problemas.

### Justificación

Los pacientes con ideas delirantes son extremadamente sensibles a las actitudes, palabras y conductas de los demás y se dan cuenta de que una persona no está siendo sincera. Los comentarios evasivos y las vacilaciones refuerzan la desconfianza del paciente, incluso las ideas delirantes.

Los límites claros y coherentes proporcionan al paciente una estructura bien definida, lo que hace que se sienta más seguro. No cumplir las promesas refuerza la desconfianza del paciente hacia los demás.

Los interrogatorios para sonsacar información fomentan la suspicacia del paciente y afectan negativamente a la relación terapéutica.

Cuando el paciente conoce bien los procedimientos, es menos probable que se sienta engañado por los profesionales sanitarios.

El refuerzo positivo fomenta el bienestar del paciente y le ayuda a orientarse en la realidad y a alejarse de las ideas delirantes.

Reconocer que el delirio es la forma en la que el paciente percibe la realidad puede servir de ayuda al profesional para comprender lo que el paciente siente.

La argumentación lógica no sirve para disipar las ideas delirantes y puede afectar al establecimiento o incremento de la confianza.

Interactuar en y a partir de la realidad es sano para el paciente.

Los pacientes recelosos, suspicaces o desconfiados suelen funcionar mejor cuando al principio tienen que interactuar sólo con una persona. La introducción gradual de otras personas al ritmo que el paciente pueda tolerar resulta menos amenazadora.

Reconocer los logros del paciente puede disminuir su ansiedad y la necesidad de recurrir al delirio para aumentar su autoestima.

El delirio puede causar al paciente mucho estrés y sufrimiento.

La empatía transmite al paciente que el profesional se preocupa por él, lo cuida para que no le suceda nada malo y lo acepta.

El delirio y los sentimientos del paciente no tienen nada de divertido. Puede que el paciente no entienda este tipo de bromas o se sienta rechazado.

Indicar o simplemente sugerir que el profesional cree en las ideas delirantes del paciente refuerza el delirio y, por tanto, la enfermedad.

Cuando el paciente empieza a confiar en el profesional, puede que empiece a manifestar verbalmente sus dudas sobre el delirio, sobre todo si el profesional ha expresado antes las suyas.

Hablar de los problemas que el delirio causa al paciente es una forma de conducirlo al presente y a la realidad.

Adaptado de Schultz JM y Videbeck SL (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8.ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

## Nivel de consciencia y procesos cognitivos

Una de las características clave de la esquizofrenia son las **alucinaciones** (percepciones falsas o experiencias perceptivas de cosas que no existen en la realidad). Las alucinaciones pueden afectar a los cinco sentidos y pueden ser amenazantes o asustar al paciente, aunque con menos frecuencia, los pacientes afirman que las alucinaciones son agradables. Al principio, la persona con esquizofrenia cree en ellas, pero durante el curso de la enfermedad, se da cuenta de que son alucinaciones.

Las alucinaciones se distinguen de las *ilusiones* en que estas últimas son errores al identificar un estímulo que está presente en el entorno. Por ejemplo, una persona que camina por el bosque cree que hay una serpiente al borde del camino, pero cuando se



acerca se da cuenta de que en realidad es una rama. La información de la realidad sirve para corregir las ilusiones; sin embargo, las alucinaciones no se basan en la realidad, y por tanto, no pueden corregirse.

### Cuadro 14-3. Tipos de delirios

**Delirio de persecución o de perjuicio.** El paciente cree que «otros» están planeando hacerle daño, le espían, le persiguen, le ridiculizan o se ríen de él. A veces, no es capaz de decir a quién se refiere cuando dice «otros».

Ejemplos: el paciente puede pensar que le han puesto veneno en la comida o que su habitación está llena de micrófonos ocultos que alguien ha colocado allí para escuchar lo que dice. A veces, el «perseguidor» es el Gobierno, el FBI u otra organización poderosa. En otros casos, el «perseguidor» es un individuo concreto, incluso un familiar.

**Delirio de grandeza.** El paciente dice que está relacionado con alguna persona importante o famosa o que él mismo es alguien importante que ha hecho o va a hacer grandes cosas.

Ejemplos: el paciente puede creer que está participando en el rodaje de una película de un director muy famoso porque es una gran estrella de cine. Otras veces dice que tiene relación con alguna figura pública, como la hija del presidente de Estados Unidos o que ha descubierto la forma de curar el cáncer.

**Delirio religioso.** A menudo gira en torno a la segunda venida de Jesucristo o de otra figura religiosa o profeta relevante. Los delirios religiosos aparecen de repente como parte del cuadro psicótico del paciente y no forma parte de su fe religiosa o de la de otras personas.

Ejemplos: el paciente dice que es el Mesías o un profeta enviado por Dios para salvar al mundo, o cree que Dios se comunica directamente con él o que tiene que realizar una misión «especial» de tipo religioso o que posee poderes especiales que Dios le ha concedido.

**Delirio somático.** Suele consistir en creencias vagas e irreales sobre la salud o sobre el funcionamiento del organismo. La información contenida en los libros de medicina y los resultados de los análisis y de otras pruebas médicas no sirven para modificar el delirio.

Ejemplos: un paciente de sexo masculino puede decir que está embarazado, otro puede referir que se le están pudriendo los intestinos o que tiene gusanos en el cerebro.

**Delirio de referencia o ideas de referencia.** El paciente cree que la gente habla de él, generalmente para criticarle, o que las noticias de la radio, la televisión o los periódicos se refieren a él o tienen alguna relación con él.

Ejemplo: el paciente puede afirmar que el presidente del Gobierno se puso a hablar directamente con él durante el telediario o que los artículos de opinión que se publican en los periódicos contienen mensajes dirigidos a él.

Las alucinaciones pueden ser de los siguientes tipos (Kirkpatrick y Tek, 2005):

- **Auditivas:** son el tipo más frecuente. Consisten en oír sonidos, generalmente voces que hablan entre sí o le hablan al paciente. Puede haber una o varias voces de personas conocidas o desconocidas. Las **alucinaciones de órdenes** son voces que ordenan al paciente que haga algo, generalmente que se haga daño a sí mismo o a otras personas, por lo que se consideran peligrosas.
- **Visuales:** consisten en ver algo que no existe o que no está presente en ese momento, como luces o a una persona fallecida. Generalmente se apoyan en un objeto que está presente en el entorno en ese momento (p. ej., la persona puede ver al profesional de enfermería, creer que es un monstruo horrible y asustarse). Es el segundo tipo más

frecuente de alucinación.

- *Olfativas*: consisten en percibir un olor que no existe en ese momento en el entorno. Puede tratarse de un olor específico, como a orina o heces, o un olor más general, como a podrido o a rancio. Los pacientes con demencia, epilepsia o accidente cerebrovascular también sufren este tipo de alucinaciones.
- *Alucinaciones táctiles o hápticas*: consisten en sensaciones como la de electricidad que recorre el cuerpo o de bichos (por lo general insectos o gusanos) que corren por la piel. Se observan en la mayoría de las veces en pacientes con síndrome de abstinencia de alcohol, casi nunca en pacientes esquizofrénicos.
- *Alucinaciones gustativas*: consisten en un gusto permanente en la boca o en la sensación de que los alimentos tienen un sabor distinto al habitual. El gusto permanente puede ser metálico o ácido o ser un sabor más específico.
- *Alucinaciones cenestésicas*: el paciente afirma que percibe sensaciones corporales que son indetectables o que constituyen una percepción anormal de las funciones corporales. Un ejemplo sería sentir cómo se forma la orina en el interior del organismo o cómo se transmiten los impulsos eléctricos en el cerebro.
- *Alucinaciones cinestésicas*: se producen cuando el paciente está quieto, pero aun así, refiere sensaciones de movimiento. A veces, el movimiento del cuerpo se percibe de forma inusual; por ejemplo, como si el cuerpo estuviese flotando y levitando sobre el suelo.

Durante los episodios psicóticos, el paciente suele presentar desorientación temporal y a veces también espacial. La forma más extrema de desorientación es la **despersonalización** (de persona), en la que el enfermo se siente desconectado de su propio cuerpo, pensamiento y conducta. Aunque si se le pregunta, el paciente puede decir su nombre, siente como si su cuerpo no le perteneciera y como si su «espíritu» se hubiese separado del cuerpo.

La valoración de los procesos intelectuales de los pacientes esquizofrénicos suele ser una tarea complicada cuando se encuentran afectados por un episodio psicótico. Generalmente, se observa un funcionamiento intelectual muy bajo debido al desorden del pensamiento. No obstante, el profesional de la enfermería no debe llegar a la conclusión de que el paciente tiene una capacidad intelectual limitada únicamente sobre la base de los resultados de la valoración de los procesos del pensamiento. Puede ocurrir que el paciente no sea capaz de centrarse, concentrarse o prestar atención, y, por tanto, no puede demostrar su verdadera capacidad intelectual. Es probable que se obtengan resultados más precisos y fiables de la capacidad del paciente cuando los procesos del pensamiento están menos desordenados.

Estos pacientes tienen muchas veces problemas con el pensamiento abstracto y puede que respondan de forma muy literal a lo que se les dice. Por ejemplo, cuando se les pregunta qué quiere decir el refrán «No por mucho madrugar amanece más temprano», puede que contesten «Mañana me tengo levantar muy temprano». En muchos casos, el paciente no entiende lo que se le dice y puede interpretarlo de forma errónea. Esto



plantea problemas muy serios en lo que respecta a la medicación. Por ejemplo, el profesional de la enfermería le dice al paciente «Es importante que tome todos los medicamentos que le ha recetado el médico», y el paciente puede interpretar mal lo que ha dicho el profesional y tomarse todas las pastillas contenidas en el envase de una sola vez.

### ***Sentido de la realidad y capacidad de introspección***

El sentido de la realidad suele estar alterado en los pacientes con esquizofrenia. Dado que el sentido de la realidad se basa en la capacidad de interpretarla correctamente, los pacientes con un desorden de los procesos del pensamiento y tendencia a interpretar de forma errónea la información del entorno necesariamente tendrán una alteración del sentido de la realidad. A veces, la alteración del sentido de la realidad es tan grave que el paciente no puede satisfacer sus necesidades más elementales ni protegerse frente a los peligros, lo que le pone en riesgo continuo. Esta alteración oscila desde la incapacidad de ponerse ropa de abrigo cuando hace frío hasta la imposibilidad de concertar una cita con el médico cuando está gravemente enfermo. Incluso puede que no sienta la necesidad de comer y de dormir.

La capacidad de introspección también puede estar gravemente afectada, sobre todo en las primeras fases de la enfermedad, cuando paciente, familia y amigos aún no entienden lo que está pasando. Con el tiempo, algunos pacientes aprenden cosas sobre la enfermedad, así como a prever los problemas y a buscar la ayuda adecuada cuando la necesitan. Sin embargo, la cronicación de la esquizofrenia y la consiguiente alteración cognitiva hacen que el paciente no pueda entender que la enfermedad que padece es un problema de salud a largo plazo que requiere tratamiento continuo.

### ***Concepto de sí mismo***

El deterioro del concepto de sí mismo (*self*) es un problema muy importante en la esquizofrenia. La expresión «pérdida de los límites del yo» se refiere a la falta de una idea clara de dónde empieza y termina el propio cuerpo, mente y capacidad de influencia del paciente y dónde empieza y termina el espacio que ocupan los demás, los animales y los objetos que forman el mundo. La pérdida de los límites del yo se observa en fenómenos como la despersonalización, la desrealización (los objetos del entorno parecen más pequeños o mayores de lo que en realidad son o el entorno mismo le resulta al paciente extraño o desconocido a pesar de serle familiar) y las ideas de referencia. El paciente puede creer que se ha fusionado con otra persona o con un objeto, puede que no reconozca una parte de su propio cuerpo o que no sepa si es hombre o mujer. Estas dificultades son el origen de muchas conductas extrañas, como desnudarse o masturbarse en público, hablar sobre sí mismo en tercera persona o aferrarse a algún objeto del entorno. Suele observarse también una distorsión de la imagen corporal.

### ***Roles y relaciones interpersonales***

El aislamiento social es muy frecuente en estos pacientes. En parte se debe a la presencia de los signos y síntomas positivos, como las alucinaciones, los delirios y la pérdida de los límites del yo. Relacionarse con los demás es difícil cuando la persona no tiene claro el

concepto de sí mismo. Además, estos pacientes tienen problemas con la confianza en los demás y con la intimidad, lo que interfiere en la capacidad de establecer relaciones interpersonales satisfactorias. La baja autoestima es uno de los signos negativos de la esquizofrenia y deteriora aún más la capacidad del paciente de interactuar con otras personas y con el entorno. Los pacientes esquizofrénicos carecen de confianza en sí mismos y en los demás, se sienten diferentes a las demás personas y se consideran personas poco valiosas. Como consecuencia, evitan a las demás personas.

El paciente puede sufrir una gran frustración cuando intenta desempeñar la función que le corresponde en la familia y, en general, en la vida social. El rendimiento en el trabajo y en los estudios puede estar gravemente afectado debido a las dificultades del paciente para pensar con claridad, recordar, prestar atención y concentrarse. Además sufren una falta de motivación. Los esquizofrénicos adolescentes y jóvenes tienen más dificultades que los pacientes con un inicio más tardío de la enfermedad ya que no tienen la oportunidad de seguir el curso normal de los estudios.

El desempeño de los roles familiares, como el de hijo o hermano, resulta difícil a estos pacientes. En muchos casos, su comportamiento errático e impredecible asusta o provoca vergüenza a los miembros de la familia, que no saben ya lo que el paciente puede llegar a hacer la próxima vez. Además, los familiares pueden sentirse culpables o, al menos, responsables porque creen que han fallado en algo y que si hubiesen tratado a su familiar de otra forma, quizás no se hubiese convertido en esquizofrénico. Muchos pacientes son conscientes de los problemas que crean a su familia por su incapacidad para vivir de forma independiente.

### *Problemas fisiológicos y autocuidado*

Con frecuencia, los pacientes con esquizofrenia presentan déficits importantes en el autocuidado. La falta de atención a la higiene personal y al cuidado personal es un hecho habitual, especialmente en los episodios psicóticos. El paciente puede estar tan centrado y preocupado por los delirios o alucinaciones que le resulte imposible realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Estos pacientes pueden incluso no sentir la necesidad de comer y de dormir, por lo que la ingesta de alimentos y líquidos puede ser inadecuada. Esto a su vez puede provocar desnutrición y estreñimiento. Además, el estreñimiento es un efecto secundario frecuente de los neurolépticos, lo que complica aún más el problema. Las ideas de referencia y el delirio de persecución, con el consiguiente temor de que los alimentos y los líquidos hayan sido envenenados, son problemas muy frecuentes que pueden interferir de forma muy negativa en la alimentación del paciente. Si está agitado y camina sin parar de un lado para otro, puede que sea incapaz de permanecer sentado el tiempo suficiente para comer.

En algunos casos, se observa **polidipsia** (ingesta excesiva de agua), que puede provocar una intoxicación por agua. Las concentraciones séricas de sodio pueden descender drásticamente, y esto, a su vez, puede provocar crisis convulsivas. La polidipsia suele observarse en pacientes con un trastorno mental grave de larga duración que llevan mucho tiempo en tratamiento con neurolépticos. Puede deberse a factores

psicológicos o al uso de neurolépticos o de antidepresivos (Dundas, Harris y Narasimhan, 2007). También son frecuentes las alteraciones del sueño. Las alucinaciones pueden provocar un estado permanente de hiperactivación, lo que provocará insomnio. En otros casos, el problema reside en que el paciente es desconfiado y receloso y está convencido de que alguien le va infligir algún tipo de daño mientras duerme. Al igual que ocurre en otros aspectos del autocuidado, es posible que el paciente no reconozca las señales fisiológicas como el cansancio, que le indica que debe dormir.



#### **Deterioro del autocuidado.**

Para ayudar al paciente a desenvolverse en sociedad, el profesional evaluará las habilidades funcionales para realizar las actividades de la vida diaria. Estas actividades, como disponer de una cuenta corriente en un banco y extender cheques, hacer la compra, preparar la comida y utilizar el transporte público, representan en muchos casos una gran dificultad para los pacientes esquizofrénicos. Puede ocurrir que, debido a su edad, no hayan aprendido nunca a realizar estas tareas o que las hayan aprendido pero sean incapaces de llevarlas a cabo ahora por culpa de la enfermedad.

## **Análisis de los datos**

El profesional de la enfermería analizará los datos obtenidos en la evaluación para determinar las prioridades y elaborar un plan de tratamiento eficaz y realista. No todos los pacientes esquizofrénicos tienen los mismos problemas y necesidades, ni es probable que un paciente presente todos los problemas que aparecen a la esquizofrenia. El nivel de apoyo familiar y social también varía mucho de un paciente a otro, lo que influirá de forma muy significativa en el plan de tratamiento y en el resultado clínico.

Los datos obtenidos durante la evaluación generalmente pertenecen a dos categorías: datos asociados con los signos y síntomas positivos y con los signos y síntomas negativos. Los diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association asociados con los signos y síntomas positivos (psicóticos) son los siguientes:

- Riesgo de violencia dirigida contra otros.
- Riesgo de suicidio.
- Alteración de los procesos de pensamiento.
- Alteración de la percepción sensorial.
- Alteración de la identidad personal.
- Alteración de la comunicación verbal.

Los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis asociados con los signos y síntomas negativos y con las habilidades funcionales son los siguientes:

- Déficits en el autocuidado.
- Aislamiento social.
- Actividades de ocio deficientes.
- Mantenimiento de la salud ineficaz.
- Cumplimiento ineficaz del régimen de tratamiento.

## **Resultados esperables**

Es probable que el paciente con un episodio psicótico agudo sea tratado en un contexto de tratamiento intensivo, como una unidad hospitalaria de agudos. Durante esta fase, la atención se centra en estabilizar los procesos de pensamiento y la orientación en la realidad del paciente, así como en proteger su seguridad. Éste es también el momento en el que tienen que evaluarse los recursos y sistemas de apoyo con los que cuenta el paciente, hacer las derivaciones oportunas y empezar a planificar la rehabilitación y retorno a la comunidad.

Los siguientes son ejemplos de resultados de la fase psicótica aguda:

1. El paciente no se dañará a sí mismo ni a otras personas.
2. El paciente restablecerá el contacto con la realidad.
3. El paciente interactuará con otras personas en el contexto en el que se encuentra.
4. El paciente expresará verbalmente sus pensamientos y sentimientos de forma tranquila y socialmente aceptable.
5. El paciente participará en las intervenciones terapéuticas que se le hayan prescrito.

Una vez que se haya resuelto el episodio psicótico agudo, la atención se centra en desarrollar las habilidades del paciente para vivir en sociedad de la forma más independiente y eficaz posible. Esto suele requerir un seguimiento continuo del paciente, la participación de la familia y recursos y servicios sociales suficientes. La prevención, la detección precoz de las recaídas y el consiguiente tratamiento influyen de forma muy significativa en la rehabilitación. Dado que la medicación no suele tener efecto en los signos y síntomas negativos del trastorno, la intervención en ellos se convierte en el principal problema del tratamiento de la esquizofrenia una vez que el paciente se ha recuperado del episodio psicótico agudo. Serán los cuidadores del paciente (por lo general los familiares) los que tendrán que hacer frente a este problema. Los siguientes son ejemplos de resultados de continuidad asistencial después de la fase aguda:

1. El paciente seguirá el régimen de tratamiento que se le ha prescrito (incluida la medicación y la asistencia a las consultas de seguimiento).
2. El paciente mantendrá los hábitos diarios de alimentación, ingesta de líquidos y sueño.
3. El paciente demostrará que es capaz de realizar las tareas de autocuidado de forma independiente.
4. El paciente se comunicará con otras personas de forma eficaz con objeto de satisfacer sus necesidades.
5. El paciente buscará y aceptará ayuda cuando la necesite con objeto de satisfacer sus necesidades.

El profesional de enfermería valorará la gravedad de la esquizofrenia del enfermo y los efectos profundos, y a veces destructivos, que la enfermedad tiene sobre la vida del paciente y de la familia. Es muy importante no tratar al paciente como si fuese un «caso perdido», alguien sobre quien no cabe tener ninguna esperanza sobre sus posibilidades de vivir una vida digna y con sentido. No hay que esperar demasiado ni demasiado poco del paciente. La valoración continua es necesaria para aplicar el plan de tratamiento y las intervenciones que permitan responder las necesidades del paciente para ayudarlo a alcanzar el mejor nivel posible de funcionamiento.

## **Intervención**

### ***Promoción de la seguridad del paciente y de los demás***

La seguridad tanto del paciente como del personal de enfermería debe ser una prioridad en la atención a la esquizofrenia. El paciente puede presentar un delirio de referencia, de persecución o de perjuicio, y, por tanto, su actitud puede ser suspicaz y desconfiada hacia el entorno en general y sobre todo hacia el profesional. Puede sentirse intimidado o amenazado por el profesional y actuar en consecuencia. Aunque la actitud del paciente sea amenazante, hay que tener en cuenta que se siente inseguro y temeroso porque puede tener el convencimiento delirante de que se le va hacer daño. Por tanto, hay que dirigirse siempre al paciente de forma no amenazante. Mostrarse autoritario (p. ej., darle órdenes) sólo sirve para aumentar aún más el miedo del enfermo. Por lo general, si se da al paciente un espacio personal amplio se ayuda a aumentar su sensación de seguridad.

Cuando un paciente esquizofrénico está asustado o agitado, existe riesgo para sí mismo

y para los demás. El profesional estará siempre atento a los signos indicativos de que el paciente está acumulando tensión o de que está produciéndose una escalada de las actitudes y conductas que pueden desembocar en violencia, como andar de un lado para el otro cada vez más deprisa y con más nerviosismo, gritar o hablar en voz muy alta y golpear o dar patadas a los objetos del entorno. El profesional tomará las medidas pertinentes para proteger al paciente, a sí mismo y a las demás personas. Entre estas medidas está administrar la medicación, trasladar al paciente a un lugar tranquilo con pocos estímulos y, en situaciones extremas, recurrir temporalmente a la contención física o al aislamiento. En el [capítulo 10](#) se explica qué hacer ante la hostilidad y la agresividad, y en el [capítulo 15](#) se ofrece una explicación detallada de cómo tratar a los pacientes que intentan suicidarse o que tienen ideación e impulsos suicidas.

### *Establecimiento de la relación con el paciente*

El establecimiento de una relación de confianza entre el paciente y el profesional de enfermería contribuye a reducir los miedos del enfermo. Inicialmente, el paciente tolerará sólo 5 min o 10 min de contacto con el profesional en una misma sesión. El establecimiento de la relación con el paciente lleva tiempo en estos casos, por lo que el profesional necesitará paciencia. Le proporcionará al paciente explicaciones que sean siempre claras, directas y fáciles de entender. La comunicación no verbal incluirá el contacto visual, pero se evitará mirar al paciente fijamente a los ojos. La postura del cuerpo del profesional será relajada en todo momento y la expresión facial buscará transmitir al paciente interés y empatía. Decirle el nombre del profesional y llamarle siempre por el suyo ayudarán a establecer la confianza y, además, sirve para orientar al enfermo en la realidad.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

### Pacientes con esquizofrenia

- Promover la seguridad del paciente y de las demás personas, además de proteger su dignidad y su derecho a la intimidad.
- Establecer una relación terapéutica con el paciente para ganarse su confianza.
- Utilizar la comunicación terapéutica (clarificar los sentimientos y lo que intenta decir cuando el pensamiento y el lenguaje estén distorsionados o sean confusos).
- Intervenciones para el delirio:
  - No intente controlar el delirio de forma directa; no discuta con el paciente.
  - Establezca y mantenga el sentido de la realidad. Utilice técnicas de distracción.
  - Enseñe al paciente las técnicas de autoverbalización positiva y de pensamiento positivo para afrontar el delirio.
- Intervenciones para las alucinaciones:
  - Establezca y mantenga el sentido de la realidad mediante el contacto frecuente y la comunicación con el paciente.
  - Determine el contenido de las alucinaciones para proteger al paciente y a los demás. Conocer el contenido de las alucinaciones ayuda al profesional a calmar y tranquilizar al paciente.
  - Implicar al paciente en actividades basadas en la realidad, como jugar a las cartas, escuchar música y participar en actividades de terapia ocupacional.
- Intervenciones para las conductas socialmente inadecuadas: Aparte al paciente de las situaciones



problemáticas.

Trate las conductas inadecuadas sin emitir juicios de valor, refiriéndose sólo a los hechos, no riña ni castigue al paciente.

Explique a los demás que el paciente no tiene la culpa de las conductas y comentarios socialmente inadecuados ya que éstos son consecuencia de la enfermedad que sufre (proporcionar esta información sin poner en riesgo el derecho a la confidencialidad del paciente).

Reintegre al paciente al medio terapéutico lo antes posible.

Haga que el paciente no se sienta rechazado o castigado por las conductas y comentarios socialmente inadecuados.

Enseñe al paciente habilidades sociales mediante la educación, el modelado del rol y la práctica.

- Eduque al paciente y a la familia.
- Establezca el sistema de apoyo social y de tratamiento comunitario.

El profesional estará muy atento a las respuestas del paciente al contacto físico. Algunos interpretan este tipo de contacto como un signo de empatía, pero otros pueden interpretar el contacto físico erróneamente y percibirlo como una amenaza. Cuando el profesional se sienta cerca, ¿se retira el paciente o mira para otro lado? ¿Se le ve asustado, receloso o precavido por la cercanía del profesional? Si es así, es mejor concluir que el contacto físico no sirve para tranquilizar al paciente; por el contrario, le asustaría y lo interpretaría como una amenaza, por lo que se evitará.

### *Utilización de la comunicación terapéutica*

La comunicación con los pacientes con sintomatología psicótica puede ser difícil y frustrante. El profesional intentará comprender lo que el paciente dice y buscar el sentido de sus palabras y de su actitud. Esto puede resultar extraordinariamente difícil si en ese momento el enfermo sufre alucinaciones, está desconectado de la realidad o guarda silencio. El profesional prestará atención a la comunicación no verbal con el paciente, sobre todo cuando la comunicación verbal no es posible o es poco eficaz. Esto exige pasar mucho tiempo al lado del paciente, a veces con períodos de silencio muy prolongados. La presencia del profesional representa para el paciente una forma de contacto con la realidad y sirve al profesional para mostrar su interés y empatía. Llamar al paciente siempre por su nombre, hacer referencia al día de la semana y a la hora y hacer comentarios sobre el entorno son técnicas útiles para mantener el contacto con un paciente con problemas con la orientación en la realidad y con la comunicación verbal. Se ha observado que los esquizofrénicos a quienes se deja solos durante períodos prolongados se vuelven más psicóticos, por lo que el contacto frecuente y pasar el tiempo con ellos tienen una función terapéutica muy importante, incluso cuando el profesional no está seguro de que el paciente sea consciente de su presencia.

La escucha activa es una habilidad importante para el profesional de enfermería que está tratando con un paciente con lenguaje desorganizado, disparatado o absurdo. En vez de dejar de prestar atención a lo que dice el paciente porque no resulta claro, el profesional se esforzará por captar el significado y el sentido de lo que el paciente intenta transmitir. Prestar atención a las frases y a los temas recurrentes, pedir al paciente que nos aclare algún punto que no nos ha quedado claro y analizar el significado y el sentido de las palabras y frases del enfermo son técnicas muy útiles que contribuyen a aumentar

la comprensión del profesional.

Cuando no está claro lo que el paciente quiere decir, el profesional se lo hará saber. Nunca es útil simular que se ha entendido o decir que se está de acuerdo, cuando en realidad no se está de acuerdo, o dejar pasar lo que ha dicho el paciente para no molestarlo en intentar entenderlo. Estas conductas insinceras por parte del profesional deterioran la confianza que se ha establecido entre el profesional y el paciente.



*Profesional: «¿Qué tal se siente hoy?» (técnica de comunicación verbal; apertura amplia).*

*Paciente: «Invisible».*

*Profesional: «¿Qué quiere decir “invisible”?» (técnica de comunicación verbal; buscar aclaraciones).*

*Paciente: «No importa».*

*Profesional: «Me interesa saber cómo se siente; pero no estoy seguro de haber entendido lo que me ha dicho» (técnicas de comunicación verbal; mostrar reconocimiento y buscar aclaraciones).*

*Paciente: «No significa casi nada».*

*Profesional: «A ver si puedo entenderlo. ¿Se siente como si los demás pasaran de usted, como si no le prestasen atención, y siente que nadie le escucha?» (técnica de comunicación verbal; verbalizar las implicaciones de lo que ha dicho el paciente).*

### **Intervenciones para las ideas delirantes**

Los pacientes con delirios están totalmente convencidos de que están en lo cierto, por lo que no es posible convencerlos argumentando o presentándoles pruebas empíricas. Los delirios tienen una influencia muy importante en la conducta del paciente. Por ejemplo, si el enfermo cree que le están envenenando, se comportará de forma recelosa, suspicaz y desconfiada, y probablemente se resistirá a proporcionar información y a tomar la medicación.

El profesional nunca enfrentará de forma abierta y directa al paciente con el delirio ni discutirá con él, pero tampoco debe reforzar las ideas delirantes del paciente mostrándole que cree en ellas. Es responsabilidad del profesional presentar la realidad al paciente e intentar mantenerle en la realidad. Para ello, utilizará frases sencillas como:



*«Yo no he visto ninguna prueba de que eso sea así» (técnica de comunicación verbal: informar sobre la realidad) o*

*«No estoy seguro de que eso así» (técnica de comunicación verbal: verbalizar la duda).*

Conforme el tratamiento con el neuroléptico va haciendo efecto, el profesional puede hablar con el paciente sobre las ideas delirantes y evaluar cómo estas ideas interfieren en la vida diaria del enfermo.

Asimismo, el profesional puede ayudar al paciente a minimizar los efectos de las ideas delirantes. Algunas técnicas de distracción como escuchar música, ver la televisión, escribir o charlar con amigos pueden ser útiles. También puede ser de utilidad enseñar al paciente a utilizar autoverbalizaciones positivas y técnicas de pensamiento positivo para minimizar el efecto de las ideas delirantes.

### **Intervenciones para las alucinaciones**

Intervenir cuando el paciente está sufriendo alucinaciones requiere que el profesional se

centre en lo que es real para ayudar al enfermo a volver a la realidad. Para empezar, el profesional determinará claramente qué está percibiendo el paciente, por ejemplo, si se trata de una alucinación auditiva, qué le dicen las voces que oye, y si se trata de una alucinación visual, qué está viendo. Esto le sirve al profesional para comprender mejor la naturaleza de los sentimientos y del comportamiento del paciente. En las alucinaciones auditivas, el paciente oye voces que se dirigen a él y le ordenan que haga algo, en muchos casos autolesionarse o dañar a otros. Por esta razón, el profesional recogerá información sobre el contenido de la alucinación, de forma que los profesionales sanitarios puedan tomar las medidas de precaución oportunas para proteger al paciente y a las personas en riesgo. El profesional de enfermería puede decir:



*«Yo no oigo ninguna voz, ¿qué es lo que oye usted?» (técnicas de comunicación terapéutica: informar sobre la realidad y buscar aclaraciones).*

Esto ayuda al profesional a saber qué puede hacer para aliviar los miedos del paciente.

Por ejemplo, el paciente puede afirmar que está viendo imágenes de fantasmas o de monstruos, y el profesional puede decir:



*«Yo no veo nada, pero usted debe estar muy asustado. No tiene que preocuparse. Aquí, en el hospital, no le va a pasar nada» (técnicas de comunicación verbal: informar sobre la realidad y traducir a sentimientos).*

De esta forma, el profesional transmite al paciente que es consciente de que siente miedo, y, al mismo tiempo, le tranquiliza diciéndole que no tiene nada que temer porque se encuentra acompañado y en un lugar seguro. Los pacientes no siempre informan de que están sufriendo una alucinación, y cuando lo hacen, no siempre la describen. A veces, el profesional tiene que inferir el contenido de la alucinación a partir de la conducta del paciente. Algunos ejemplos de conductas indicativas de que el paciente está sufriendo una alucinación son: la alternancia entre escuchar al profesional y hablar con alguien que no está presente en la habitación en ese momento, reírse sin razón alguna y susurrar o hablar consigo mismo.

Una estrategia eficaz para intervenir en las alucinaciones consiste en implicar al paciente en una actividad basada en la realidad, como jugar a las cartas, participar en alguna actividad de terapia ocupacional y escuchar música. Al paciente le resulta difícil prestar atención al mismo tiempo a la alucinación y a la actividad basadas en la realidad, por lo que esta técnica de distracción suele dar resultado.

También puede ser útil trabajar con el paciente para identificar ciertos estímulos del entorno, situaciones o estados mentales que preceden a las alucinaciones o actúan como desencadenantes de las mismas. La intensidad de las alucinaciones suele estar relacionada con el nivel de ansiedad; por lo que evaluarlo y aplicar las intervenciones dirigidas a disminuirlo puede servir para reducir la intensidad de las alucinaciones. Los pacientes que se dan cuenta de que ciertos estados de ánimo o patrones de pensamiento preceden al inicio de las voces que le hablan pueden llegar a manejar o controlar las alucinaciones

aprendiendo a evitar dichos estados de ánimo o patrones de pensamiento. Para esto, es posible que el paciente tenga que aprender a relajarse cuando empiezan las voces, así como a distraer la atención, a corregir las autoverbalizaciones y a buscar o evitar la interacción social.

Enseñar al paciente a responder a las voces también puede ayudarle a manejar las alucinaciones auditivas. El paciente responderá a las voces en un lugar privado, no en un lugar público. Existe un grupo internacional de autoayuda formado por personas que «oyen voces» que ayuda a las personas con este problema a manejar y controlar las voces. Este grupo ha inventado una técnica que consiste en llevar un móvil (real o falso) para hacer frente a las voces cuando se está en un lugar público. Con el móvil, los miembros del grupo pueden mantener conversaciones con las voces en la calle (y decirles que se callen) evitando así la vergüenza y la sensación de ridículo de que todo el mundo les mire por ir hablando solos por la calle. Ser capaz de verbalizar la resistencia puede contribuir a que el paciente no se sienta tan impotente, y, por tanto, a que se sienta más capaz de hacer frente a las alucinaciones (Farhall, Greenwood y Jackson, 2007).

También puede ser beneficioso para el paciente mantener una conversación franca y directa sobre la experiencia de oír voces. Hablar con otros pacientes con el mismo problema ha demostrado ser una técnica útil desde el punto de vista terapéutico (McLeod, Morris, Birchwood y Dovey, 2007), entre otras razones, porque permite al paciente no sentirse tan solo y aislado con respecto a la experiencia alucinatoria. Varios autores han observado que algunos pacientes esquizofrénicos solicitan hablar de sus alucinaciones con los profesionales sanitarios de los centros de salud mental (Coffey y Hewitt, 2008) porque quieren saber por qué las sufren y qué significado tienen.

### *Intervenciones para las conductas socialmente inapropiadas*

Los pacientes con esquizofrenia sufren muchas veces una pérdida de los límites del yo. Esto le provoca muchos problemas al paciente y a los demás cuando el enfermo está intentado integrarse en la comunidad. Son frecuentes las conductas extrañas, incluso estafalarias, como tocar a la gente de repente y sin ninguna razón, invadir el espacio personal de los demás, acariciar o hablar con objetos inanimados, desvestirse en público, masturbarse delante de los demás y orinar en cualquier lugar. El paciente puede acercarse a una persona desconocida e insultarla o hacerle proposiciones de índole sexual. En estas situaciones, el personal de enfermería debe tener en cuenta los derechos y necesidades de los demás y del propio paciente.

La protección del paciente es la principal responsabilidad del personal de enfermería, y esto incluye protegerle de la ira y de la venganza de las personas a quienes ha perjudicado la conducta socialmente inapropiada del paciente. El profesional apartará al enfermo de todas las situaciones que pueden conllevar riesgo de una conducta no deseada. Asimismo, hay que proteger la dignidad y el derecho a la intimidad del paciente. Cuando existe riesgo de que se produzca una conducta indeseada, a veces es de ayuda llevar al paciente a su habitación o a un lugar con menos estimulación. También está indicado mantener al paciente ocupado en actividades apropiadas. Por ejemplo, si se desnuda en público, el profesional puede decirle:



*«Vamos a ir su habitación y allí puede volver a vestirse» (solicitar la colaboración del paciente y redirigirlo hacia una actividad adecuada).*

Si el paciente está molestando a otras personas con insultos o frases groseras o de carácter sexual, el profesional puede proponerle dar un paseo o ir a otro lugar a escuchar música. Siempre se hará frente a las conductas socialmente inadecuadas del paciente con tranquilidad y sin hacer juicios de valor. Esto quiere decir que en ningún momento alzaremos la voz, insultaremos o reprenderemos al paciente ni haremos comentarios denigratorios sobre su comportamiento o su persona. Hay que recordar que el paciente no es un niño, sino una persona adulta.

Algunas conductas de los pacientes esquizofrénicos son tan provocadoras o amenazantes para los demás que éstos pueden reaccionar gritándoles, insultándoles y amenazándoles, e incluso, agrediendoles. Si bien la responsabilidad más importante del profesional es proteger al enfermo, también hay que tener en cuenta la necesidad de ayudar a las personas perjudicadas por su conducta. En la mayoría de los casos, el profesional puede simplemente explicar que el paciente sufre un problema de salud mental, pero sin violar la confidencialidad a la que están obligados los profesionales sanitarios. En estos casos, se puede decir:



*«Usted no hizo nada para provocar este comportamiento. A veces las personas con una enfermedad se comportan de formas extrañas que pueden ser incómodas para los demás. No debemos reírnos o tomar represalias por comportamientos que forman parte de la enfermedad» (técnicas de comunicación verbal: dar información e informar sobre la realidad).*

El personal de enfermería debe tranquilizar a la familia del paciente explicándole que estas conductas son parte de la enfermedad y que no se dirigen contra ellos ni contra ninguna otra persona en concreto. Las situaciones creadas por la conducta inapropiada del paciente son una buena oportunidad para educar a la familia sobre la esquizofrenia y ayudar a disminuir los sentimientos de culpabilidad, vergüenza o exceso de responsabilidad.

Hay que reintegrar al paciente al medio terapéutico tan pronto como sea posible. No debe sentirse rechazado o castigado por su conducta inadecuada. Los profesionales sanitarios deben reintroducir de forma gradual la estimulación procedente del entorno, haciéndola cada vez más compleja. Por ejemplo, cuando el paciente está cómodo con el profesional de enfermería y su conducta es apropiada, una o dos personas más pueden empezar a interactuar con el paciente en alguna actividad estructurada. De esta forma, la implicación del paciente en las relaciones con los demás se va incrementando y haciéndose más compleja de forma gradual: primero con una sola persona, luego en un grupo pequeño, después en un grupo grande estructurado y, finalmente, en un grupo grande menos estructurado. Hay que evaluar si el paciente tolera el aumento gradual de la estimulación sin descompensarse (por descompensación se entiende el regreso del paciente a estrategias de afrontamiento menos eficaces que ya ha mostrado antes).

## *Educación del paciente y de la familia*

La esquizofrenia obliga tanto al paciente como a la familia a realizar ajustes muy importantes en su forma de vida. Comprender la enfermedad, la necesidad de establecer un tratamiento y seguimiento permanente y la incertidumbre acerca del pronóstico es, en principio, la tarea principal que tienen que afrontar el paciente y la familia. Todos ellos necesitan ayuda para enfrentarse al tremendo choque emocional que produce el diagnóstico de esquizofrenia. Para una información detallada sobre estas cuestiones, véanse en este mismo capítulo los cuadros sobre educación del paciente y de la familia.

### EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA

#### Esquizofrenia

- Explique cómo manejar los síntomas y la enfermedad en general.
- Enseñe a reconocer los signos precoces de que va a producirse una recaída.
- Elabore un plan para enfrentar los signos de recaída.
- Explique la importancia de mantener el tratamiento farmacológico, de tomar la medicación tal como la ha prescrito el médico y de acudir a las consultas de seguimiento.
- Evite el consumo de alcohol y otras drogas.
- Insista en la importancia de la alimentación, el sueño y el autocuidado.
- Enseñe al paciente habilidades sociales mediante la educación, el modelado del rol y la práctica social.
- Enseñe al paciente y a la familia a solicitar ayuda para prevenir o controlar las situaciones estresantes.
- Eduque a la familia y a las demás personas importantes para el paciente sobre las causas biológicas y el curso clínico de la esquizofrenia, así como sobre la necesidad del paciente de recibir apoyo y ayuda de forma permanente.
- Explique la importancia de mantener el contacto con la sociedad y de participar en grupos y organizaciones de apoyo y de autoayuda.

### Cuadro 14-4. Signos precoces de la recaída

- Alteración del razonamiento causaefecto.
- Alteración del procesamiento de la información.
- Alimentación deficiente.
- Falta de sueño.
- Falta de ejercicio físico.
- Cansancio.
- Falta de habilidades sociales, aislamiento social, soledad.
- Dificultades en las relaciones interpersonales.
- Falta de control, irritabilidad.
- Cambios de estado de ánimo.
- Utilización ineficaz de la medicación.
- Baja autoestima.
- Cambios del aspecto general, cambios en el comportamiento.
- Sentimientos de desesperanza.
- Pérdida de la motivación.
- Ansiedad y preocupación.
- Desinhibición.



- Aumento de la negatividad.
- Descuido del autocuidado y del aspecto general.
- Mala memoria.

La identificación y satisfacción de las propias necesidades con respecto a la salud será la prioridad más importante para todo el mundo, pero adquiere especial importancia en el caso de los pacientes esquizofrénicos puesto que sus necesidades pueden ser muy complejas, y su capacidad para satisfacerlas, incluso para identificarlas, muy escasa. El profesional ayudará al paciente a manejarse con su enfermedad y con otras necesidades de su salud de la forma más independiente posible. Este objetivo sólo puede conseguirse mediante la educación y el apoyo continuados.

Enseñar al paciente y a los miembros de la familia a prevenir y afrontar las recaídas es una parte esencial del plan de educación. Esto incluye proporcionar información sobre la esquizofrenia y sobre los signos de que se va a producir o se ha producido una recaída y enseñar técnicas para promover la salud y el bienestar físico y mental. Se ha observado que la identificación precoz de los signos de la recaída ([cuadro 14-4](#)) produce la disminución de su frecuencia. Además, cuando no puede prevenirse la recaída, la identificación precoz es el componente fundamental para un tratamiento eficaz. Por ejemplo, si el profesional observa que el paciente está cansado o que no duerme o come bien últimamente, las intervenciones para promover el descanso y la nutrición pueden servir para prevenir la recaída o, al menos, para minimizar su intensidad y duración.

El profesional puede utilizar la lista de factores de riesgo de recaída de varias formas. Puede incluir esta lista en la educación del paciente y de la familia que se lleva a cabo en el momento del alta hospitalaria, de forma que uno y otros sepan a qué factores prestar atención y cuándo buscar ayuda profesional. El profesional también puede utilizar la lista cuando está evaluando al paciente en consultas externas, en el ambulatorio o cuando esté trabajando con los pacientes en el programa de apoyo comunitario. Además, puede valerse de la lista para enseñar al personal auxiliar (p. ej., cuidadores ajenos a la familia) que va a trabajar con el paciente cuándo deben ponerse en contacto con los profesionales de la salud mental. Tomar la medicación tal como la ha prescrito el médico, acudir a la consultas de seguimiento y evitar el consumo de alcohol y otras drogas son tres factores claramente asociados con menos hospitalizaciones y estancias más breves en el hospital. Además, los pacientes que saben identificar y evitar las situaciones estresantes tienen menos riesgo de sufrir recaídas continuas. Por último, usar la lista de los factores de riesgo de recaída sirve para valorar los progresos que está realizando el paciente en su proceso de reintegración en la comunidad.

La respuesta de la familia a la enfermedad varía mucho de una familia a otra. Ante las conductas extrañas e imprevisibles del paciente, algunos familiares pueden sentirse apenados o avergonzados, mientras que otros pueden sentir miedo. Lo que más preocupa a la familia es que el enfermo sufra una recaída. Además, pueden sentirse culpables por estos sentimientos de pena, vergüenza, miedo y preocupación, o temer por su propia salud mental y su bienestar. Si el paciente tiene problemas graves debido a la

esquizofrenia o a las recaídas frecuentes, la familia puede caer en un estado de agotamiento emocional o incluso alejarse del paciente con la sensación de que ya no pueden hacer frente a la situación. Por tanto, las familias de los pacientes esquizofrénicos necesitan ayuda y apoyo constantes. También necesitan información y educación sobre la enfermedad, y saber que ellos no son la causa de la enfermedad. La participación en organizaciones como Alliance for the Mentally Ill puede ayudarles a superar los problemas diarios.

**Educación sobre el autocuidado y la alimentación.** Debido a la apatía y a la falta de energía que caracterizan el curso de la enfermedad, la mala higiene personal puede ser un problema para las personas con sintomatología psicótica, y por tanto, para los pacientes con esquizofrenia. Cuando una persona sufre un trastorno mental de carácter psicótico suele prestar poca atención a la higiene personal o puede ser incapaz de mantener la atención o la concentración que requiere las tareas de aseo y cuidado personal. A veces, el profesional tiene que ayudarle a que aprenda y organice las diferentes fases del proceso: meterse en la ducha, enjabonarse, lavarse la cabeza, secarse, ponerse ropa limpia, etc. Las instrucciones serán siempre escuetas, claras, directas y fáciles de entender. Hay que dar al paciente un tiempo muy amplio para las tareas de higiene personal y acicalamiento, y en ningún momento presionarle para que se dé prisa. De esta forma, se motiva al paciente para ser lo más independiente posible cuando sea factible, es decir, cuando esté mejor orientado con respecto a la realidad y sea capaz de mantener la atención y concentración que requieren estas tareas.

Si el paciente presenta deficiencias en la higiene y el cuidado personal debido a la apatía o a la falta de energía para realizar estas tareas, puede utilizarse otro enfoque para promover su independencia en estas áreas. Es más probable que realice estas tareas si se convierten en parte de sus hábitos diarios. Si dispone de una estructura establecida que incluye sus propias preferencias, las posibilidades de éxito son mayores que en el caso del paciente que toma decisiones de forma aleatoria sobre la higiene y el acicalamiento. Por ejemplo, puede que el paciente prefiera ducharse y lavarse la cabeza los lunes, miércoles y viernes al levantarse por la mañana. En tal caso, el profesional ayudará al paciente a incorporar este plan a sus actividades de la vida diaria con el fin de que se convierta en un hábito. Además, así el paciente no se ve obligado a decidir todos los días si se va a duchar o no o si le apetece ducharse hoy pero no mañana.

La alimentación y la ingesta de líquidos son dos aspectos esenciales del bienestar físico y psicológico del paciente. La evaluación detallada de sus patrones y preferencias respecto a la alimentación permiten determinar si necesita ayuda en estas áreas. Como ocurre con cualquier otro tipo de deficiencia en el autocuidado, ayudaremos al paciente mientras lo necesite y, luego, promoveremos su independencia gradualmente tan pronto como sea capaz de empezar a ser independiente.

Cuando el paciente está en la comunidad, hay una serie de factores distintos a la enfermedad que pueden contribuir a que la ingesta nutricional no sea la adecuada, como la falta de dinero para comprar comida, ignorar cómo debe ser una dieta sana y equilibrada, el transporte inadecuado y la falta de habilidades para preparar la comida. En

consecuencia, llevaremos a cabo una valoración detallada de las habilidades funcionales del paciente para vivir en la comunidad. Los resultados de esta valoración nos ayudarán a elaborar el plan de intervenciones de forma individualizada y adaptado a las necesidades de cada paciente (v. el apartado «Atención comunitaria»).

**Enseñanza de habilidades sociales.** El paciente puede estar socialmente aislado debido a una serie de razones. Las conductas y comentarios extraños e imprevisibles de los enfermos que sufren alucinaciones y delirios pueden asustar o avergonzar a la familia y a otras personas. Los pacientes recelosos, suspicaces o desconfiados suelen evitar el contacto con los demás. En otros casos, el paciente puede carecer de las habilidades sociales necesarias para establecer y mantener relaciones interpersonales. Además, no hay que olvidar que los trastornos mentales siguen siendo estigmatizados, especialmente en el caso de los pacientes en los que la medicación no permite controlar con eficacia los signos y síntomas positivos de la enfermedad.

El profesional puede ayudar al paciente a adquirir habilidades sociales mediante la educación, el modelado del rol y la práctica. Es posible que el paciente no sea capaz de distinguir entre los temas de los que puede hablar con el profesional y los que son adecuados para iniciar una conversación en un autobús. Por tanto, ayudaremos al paciente a aprender cuáles son los temas sociales neutros apropiados para cualquier conversación, como el tiempo o los acontecimientos recientes de la localidad. También es beneficioso para el paciente aprender que algunos detalles de su enfermedad, como las alucinaciones y los delirios, es mejor compartirlos sólo con los profesionales sanitarios.

El modelado del rol y la práctica de habilidades sociales pueden ayudar al paciente a mantener interacciones sociales más satisfactorias. Habilidades específicas como el contacto visual, la escucha atenta y hablar por turnos de palabra pueden servir para aumentar la confianza y la competencia del paciente para la socialización.

**Educación sobre la medicación.** Mantener el tratamiento farmacológico es vital para alcanzar unos buenos resultados clínicos en la esquizofrenia. Dejar de tomar la medicación o no tomarla como el médico la ha prescrito es una de las causas más frecuentes de recaída (reaparición de la sintomatología psicótica) y de hospitalización (Kane y Marder, 2005). Los pacientes que responden bien a la medicación y mantienen el régimen de tratamiento pueden llevar una vida relativamente normal con muy pocas recaídas. Por el contrario, los que no responden bien a la medicación o no siguen bien el régimen de tratamiento pueden pasar toda su vida enfrentándose a las alucinaciones y los delirios, a los signos negativos y a un deterioro importante. Muchos pacientes esquizofrénicos se sitúan en algún punto entre estos dos extremos. Véase el cuadro «Educación del paciente y de la familia. Medicación: neurolépticos».

## EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA

### Medicación: neurolépticos

- Tomar bebidas sin azúcar y chupar caramelos duros sin azúcar para aliviar la sequedad de boca (efecto secundario anticolinérgico).
- Evitar las bebidas y los caramelos que contienen azúcar porque contribuyen al aumento de peso y apenas

alivian la sequedad de boca; además, provocan caries.

- El estreñimiento puede prevenirse o mejorar con una ingesta adecuada de agua, aumentando la ingesta diaria de fibra y haciendo ejercicio físico.
- Se permite el uso de emolientes para ablandar las heces, pero no utilizar laxantes.
- Se utilizará un protector solar para prevenir las quemaduras cuando el paciente se exponga al sol. Evitar la exposición prolongada al sol y llevar ropa adecuada para protegerse. Debido a la fotosensibilidad, el paciente puede quemarse fácilmente.
- Cuando el paciente esté sentado o tumbado, se levantará despacio para prevenir las caídas provocadas por la hipotensión ortostática y los mareos causados por el descenso brusco de la presión arterial. Antes de ponerse a andar, tiene que esperar a que el mareo desaparezca.
- Hay que vigilar la cantidad de horas que el paciente duerme cada día y la somnolencia diurna. El paciente evitará conducir o realizar actividades peligrosas hasta que los reflejos y el tiempo de respuesta sean normales.
- Si el paciente olvida tomar una dosis de la medicación, puede tomarla más tarde si no han transcurrido más de 3-4 h. Si se supera ese período o ya es la hora de tomar la siguiente dosis, se saltará la dosis que ha olvidado.
- Si el paciente tiene problemas para recordar cuándo tiene que tomar la medicación, utilice un papel en el que estén apuntados los días y las horas a las que tiene que tomar el medicamento o una caja con compartimentos, en la que cada comprimido se encuentre en el compartimiento correspondiente al día y a la hora de cada dosis.

Existen muchas razones por las que el paciente abandona el régimen de tratamiento farmacológico. El profesional determinará en cada paciente los obstáculos que impiden que el cumplimiento terapéutico sea satisfactorio. A veces, el paciente intenta tomar la medicación de la forma en la que se le ha prescrito, pero tiene dificultades para recordar cuándo tiene que tomarla y si ha tomado o no el comprimido. También puede resultarle difícil cumplir los hábitos diarios de la medicación. Existen varios métodos para ayudar al paciente a acordarse de cuándo debe tomar la medicación. Uno de ellos consiste en utilizar una caja con compartimentos para guardar los comprimidos, en la que cada compartimento corresponde a un día de la semana y a una hora del día. Después de llenar la caja con los comprimidos (a veces se necesita la ayuda del profesional encargado del paciente o del gestor del caso), se le entrega al paciente y, en muchos casos, el enfermo deja de tener problemas con la medicación. También es útil anotar en un papel los días y las horas en los que el paciente tiene que tomar el medicamento para que pueda ir tachando las horas en que toma cada comprimido.

Existen otras razones que explican por qué el cumplimiento terapéutico es insatisfactorio, como la falta de medios económicos para comprar medicamentos, que en algunos casos son bastante costosos, problemas de transporte y desconocimiento de qué debe hacerse para conseguir una receta nueva cuando se acaba la medicación. Otro problema es la falta de previsión del paciente, que no es capaz de anticipar cuándo se le va a terminar la medicación y concertar una cita con el médico unos días antes para no quedarse sin comprimidos. Generalmente, los pacientes pueden superar estos problemas una vez que el profesional de la enfermería los ha identificado.

A veces, el paciente decide disminuir la dosis por su cuenta o dejar de tomar la medicación debido a las molestias de los efectos secundarios. Con frecuencia, se informa

de que los efectos secundarios son la razón más importante por la que el paciente deja de tomar la medicación (Kane y Marder, 2005). Algunas intervenciones, como seguir una alimentación adecuada, tomar una cantidad suficiente de líquidos, utilizar emolientes para ablandar las heces, chupar caramelos duros para aliviar la sequedad de boca y utilizar protectores solares para evitar quemarse durante la exposición al sol, pueden ayudar a controlar algunos de los efectos secundarios más molestos de los neurolépticos (v. tabla 13-2). Algunos efectos secundarios, como la boca seca y la visión borrosa, mejoran con el tiempo o cuando se reduce la dosis. Para tratar los efectos secundarios de tipo neurológico más frecuentes (p. ej., los ESEP y la acatisia) puede ser necesario administrar medicación.

A muchos pacientes les resulta embarazoso hablar de algunos efectos secundarios (p. ej., los que afectan al funcionamiento sexual), en cuyo caso, lo único que hará el paciente es confirmar que existe cuando el profesional le pregunte directamente. Cuando aparecen estos efectos secundarios, puede ser necesario que el profesional se ponga en contacto con el psiquiatra o el médico de atención primaria para que le prescriba al paciente otro tipo de neuroléptico.

En otros casos, el paciente deja de tomar la medicación porque no le gusta o porque cree que no la necesita. Es posible que estuviese motivado y dispuesto a tomar la medicación mientras tenía los síntomas psicóticos, pero una vez que estos síntomas desaparecen, el paciente se siente mejor y puede pensar que ya no necesita seguir tomando el medicamento. Negarse a tomar el medicamento puede ser una forma de negar la gravedad, incluso la existencia, de la esquizofrenia. Este tipo de incumplimiento terapéutico es más difícil de resolver. El profesional tiene que explicarle al paciente en qué consiste la esquizofrenia, haciendo hincapié en que se trata de un trastorno mental crónico, por lo que es necesario seguir tomando la medicación para controlar los síntomas y prevenir las recaídas. Por ejemplo, podemos decirle al paciente: «este medicamento le ayuda a pensar con más claridad» o «tomar este medicamento hace que sea menos probable que vuelva a oír esas voces que tanto le molestan».

Incluso después de estas intervenciones, algunos pacientes siguen negándose a tomar la medicación. En estos casos, la única forma de que el paciente entienda la relación entre tomar la medicación y la prevención de la recaída consiste en que experimente el retorno de la sintomatología psicótica. Aun así, puede seguir sin comprender la importancia de tomar la medicación de la forma en que se le ha prescrito, e incluso después de numerosas recaídas, seguir sin tomar la medicación, por lo que no queda más remedio que hospitalizarle una y otra vez.

## **Valoración**

El profesional de la enfermería evaluará el plan de tratamiento teniendo en cuenta las características de cada paciente y cada familia. La evaluación continua proporciona datos que permiten determinar si se están consiguiendo los objetivos del plan de tratamiento. Hay que evaluar también la percepción del paciente sobre la eficacia del tratamiento. Incluso si se cumplen todos los objetivos, el profesional preguntará al paciente si se siente

satisfecho con la calidad de vida que ha alcanzado.

En términos generales, la evaluación del tratamiento de la esquizofrenia se lleva a cabo respondiendo a las siguientes preguntas:

- ¿Han desaparecido los síntomas psicóticos? Si la respuesta es negativa, ¿es capaz el paciente de realizar las actividades de la vida diaria a pesar de la sintomatología psicótica?
- ¿Entiende el paciente el régimen de tratamiento farmacológico prescrito? ¿Está dispuesto a seguirlo?
- ¿Tiene el paciente las habilidades funcionales necesarias para vivir en la comunidad?
- ¿Se dispone de servicios y recursos sociales suficientes para ayudar al paciente a alcanzar su objetivo de vivir en la comunidad?
- ¿Se ha elaborado un plan para después del alta hospitalaria o para la intervención en crisis con el fin de intervenir si se produce una recaída o si el paciente tiene dificultades para vivir en sociedad?
- ¿Tienen el paciente y su familia suficiente información y educación sobre la esquizofrenia?
- ¿Considera el paciente que su calidad de vida es satisfactoria?

## **ESQUIZOFRENIA EN LAS PERSONAS MAYORES**

El concepto de esquizofrenia de inicio tardío o esquizofrenia tardía se utiliza cuando la enfermedad se diagnostica por primera vez después de los 45 años de edad. No es habitual que la enfermedad se diagnostique por primera vez en una persona mayor, y los signos y síntomas psicóticos que aparecen en las últimas décadas de la vida suelen estar asociados con la depresión o la demencia, no con la esquizofrenia. Los pacientes esquizofrénicos llegan a viejos en un estado que varía mucho de un paciente a otro, ya que el desenlace clínico de la enfermedad a largo plazo es un muy variable. Aproximadamente una cuarta parte de los pacientes esquizofrénicos que llegan a la vejez padecen una demencia que provoca un estado de deterioro continuo y progresivo; otro 25 % presenta una reducción de los signos y síntomas positivos que, hasta cierto punto, puede considerarse una remisión de la enfermedad, y en los demás pacientes, la esquizofrenia persiste sin cambios o con muy pocos cambios (Sakaue, 2008).

## **ATENCIÓN COMUNITARIA**

Actualmente ya no se hospitaliza a los pacientes esquizofrénicos durante períodos prolongados. La mayoría de ellos viven en la comunidad con la ayuda de su familia o de los servicios de apoyo. Pueden vivir con algún familiar, solos o en programas residenciales, como casas compartidas, casas de acogidas o pisos tutelados, en los que pueden recibir los servicios que necesitan sin tener que estar hospitalizados. Los programas de atención comunitarios han demostrado ser eficaces para controlar los síntomas más problemáticos y la medicación, por lo que se ha conseguido disminuir la tasa de hospitalizaciones. Además, en estos programas se ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades sociales, laborales, educativas y de tiempo libre, y se proporciona todo



tipo de ayuda al enfermo y a la familia. El profesional de enfermería especializado en psiquiatría y salud mental forma parte del equipo multidisciplinario que trabaja con los pacientes en los programas de atención comunitaria. Sus funciones principales son la supervisión del tratamiento psicofarmacológico, incluidos los efectos secundarios, y la promoción del bienestar y la salud física y mental del paciente. Además, cada vez son más frecuentes los programas de atención conductual domiciliaria en los que los profesionales de la enfermería proporcionan a los pacientes con esquizofrenia y a otros pacientes psiquiátricos un tratamiento integral dirigido a su rehabilitación y reinserción social. Si bien en los últimos años se ha hecho un enorme esfuerzo por proporcionar a estos pacientes la ayuda que necesitan para vivir en la comunidad, es necesario mejorar la atención a las personas que padecen esquizofrenia y que viven en la calle o en instituciones penitenciarias.

Los programas de apoyo comunitario a menudo desempeñan un papel muy importante en la atención a los pacientes esquizofrénicos y sus familias. Puede asignarse a cada enfermo un gestor del caso (también denominado coordinador de la asistencia), cuya función es gestionar los diferentes servicios que recibe el paciente en el entorno comunitario. De hecho, hay pacientes esquizofrénicos que tienen su correspondiente gestor del caso. Otros necesitan orientación para conseguir su gestor del caso. Según el tipo de servicios y recursos existentes en la localidad en la que reside el paciente, el profesional de enfermería puede derivar al paciente a un asistente social o directamente a los servicios de gestión de casos.

A veces, los servicios de gestión de casos se ocupan de ayudar al paciente en cuestiones como la vivienda, el transporte, la gestión de su presupuesto, las citas de seguimiento con el médico y otros profesionales sanitarios, y las actividades sociales y de tiempo libre. El contacto telefónico frecuente con el paciente permite a los encargados de los servicios de gestión de casos conocer con rapidez y de primera mano los problemas del enfermo, y esto, a su vez, sirve para tomar medidas encaminadas a evitar la recaída y la rehospitalización. Los problemas más frecuentes tienen que ver con la medicación y con otras modalidades de tratamiento comunitario, con los síntomas de la enfermedad, con el estrés causado por el entorno y con todo lo relacionado con el dinero. Si bien el apoyo de los profesionales en entornos comunitarios es enormemente importante, el profesional no puede olvidar que debe promover en lo posible la autonomía personal y las habilidades del paciente para cuidar de su propia salud.

## **PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL**

El objetivo de la rehabilitación psiquiátrica es la recuperación e integración en la sociedad de los pacientes con un trastorno mental grave. La rehabilitación va mucho más allá del control de los síntomas y de la medicación (v. [cap. 4](#)). Trabajar con el paciente para que pueda hacerse cargo de su propia vida, tomar decisiones terapéuticas eficaces y mejorar su calidad de vida, teniendo en cuenta el punto de vista y los criterios del paciente, son los aspectos principales de los programas de rehabilitación psiquiátrica. La promoción de la salud mental incluye los esfuerzos por mejorar las habilidades del paciente para superar

las adversidades y los múltiples problemas con los que inevitablemente va a encontrarse en su día a día. Las estrategias de rehabilitación consisten en mejorar la confianza del paciente en sí mismo y en ofrecerle la posibilidad de participar activamente en todo lo relacionado con su vida, así como en mejorar su resistencia frente a las adversidades, sus habilidades para responder adecuadamente a los acontecimientos estresantes y las estrategias de afrontamiento de los problemas de la vida diaria. Para más información sobre el concepto de confianza en sí mismo y de resistencia (v. [cap. 7](#)).

La intervención precoz en la esquizofrenia es un tema que interesa cada vez más a los investigadores. Los primeros signos y síntomas de la enfermedad aparecen en la adolescencia o los primeros años de la juventud ([Borgmann-Winter, Calkins, Kniele y Gur, 2006](#)). La identificación precisa de las personas con un riesgo más elevado es la clave para la intervención precoz. Se ha propuesto una serie de iniciativas para la detección y la intervención precoces y la prevención dirigidas a los médicos de atención primaria, ya que estos profesionales son los que están mejor situados para detectar antes los signos y síntomas prodrómicos que predicen la aparición del primer episodio psicótico, como las alteraciones del sueño y el apetito, la pérdida de energía, la disminución del interés por las personas y las actividades que antes eran importantes para la persona, los patrones de lenguaje inusuales, oír voces, las conductas extrañas, la expresión inadecuada de los sentimientos, la escasez de producción verbal, las ideas de referencia y la sensación de despersonalización o desrealización. Una vez que se han identificado estos signos asociados con riesgo elevado de aparición de un primer episodio psicótico, se realiza una intervención individualizada que puede consistir en un programa de educación y de afrontamiento del estrés, en la administración de psicofármacos o en ambos. Además, hay que implicar a la familia y satisfacer las necesidades del individuo respecto a la educación, la vida laboral, la socialización y el tiempo libre. La intervención debe ser de carácter intensivo, mediante visitas domiciliarias y, si es necesario, con sesiones diarias.

En Suiza se han realizado estudios ([Simon et al., 2006](#)) destinados a la identificación de los individuos que padecen un riesgo elevado de sufrir un primer episodio psicótico asociado con la esquizofrenia. Los resultados demuestran que existen una serie de signos y síntomas prodrómicos centrales: alteración cognitiva, síntomas afectivos, aislamiento social y disminución del funcionamiento social. En Alemania, se ha elaborado un programa de tratamiento cognitivoconductual intensivo para los individuos que presentan signos y síntomas prodrómicos iniciales. Las personas con signos y síntomas prodrómicos más avanzados se tratan con neurolepticos a bajas dosis junto con psicoterapia cognitivoconductual ([Bechdolf, Ruhrmann y Wagner, 2006b](#); [Hafner y Maurer, 2006](#)). En Alemania, Australia y Reino Unido se ha observado que la intervención precoz mejora la sintomatología prodrómica y previene el estancamiento o declive social y previene o retrasa la progresión hacia la psicosis ([Bechdolf, Phillips y Francey, 2006a](#)).

## TEMAS DE AUTOCONCIENCIA



El trabajo con los pacientes esquizofrénicos representa varios retos importante personal de enfermería. Estos pacientes tienen experiencias que pueden resultar difíciles de comprender, como las alucinaciones y los delirios. El comportamiento de tipo paranoide (susplicacia, desconfianza, ideas de referencia) puede hacer sentir al profesional que es una persona que no merece confianza o hacer que se cuestione su integridad moral. Hay que reconocer estas conductas y actitudes del paciente como parte de la enfermedad y no interpretarlas ni responder a ellas como si se tratase de una afrenta personal. Eso sólo haría que el profesional respondiera defensivamente, lo que es contraproducente para establecer una relación terapéutica.

Por otro lado, el profesional de la enfermería puede sentirse asustado o amenazado por la conducta del paciente cuando se muestra hostil o agresivo. Hay que reconocer estos sentimientos y tomar las medidas oportunas para garantizar la propia seguridad. Por tanto, puede ser necesario interactuar con el paciente en una zona amplia y abierta en vez de en una habitación pequeña, o bien hacerse acompañar de otros miembros del personal de enfermería para evitar quedarse a solas con el paciente. Si el profesional está asustado pero hace todo lo posible por disimularlo, el paciente puede percibir el miedo, lo que hará que se sienta más inseguro y que, a su vez, aumente el riesgo de que el paciente pierda el control.

Al igual que ocurre con otras muchas enfermedades crónicas, el profesional puede sentirse frustrado cuando el paciente no toma la medicación o no la toma de la forma en la que se le ha prescrito, no acude a las citas de seguimiento o sufre recaídas de forma continua. En este caso, el profesional puede sentir que todo el trabajo realizado no ha servido para nada o que no merece la pena seguir esforzándose. La esquizofrenia es un trastorno mental crónico y los pacientes pueden sufrir numerosas recaídas y hospitalizaciones. En consecuencia, el profesional no puede sentirse responsable de la eficacia o la ineficacia de los esfuerzos terapéuticos ni considerar el estado del paciente como un éxito o un fracaso personal. Cuando surgen algunos de estos problemas, el profesional tiene que recurrir a sus compañeros para recibir apoyo y orientación.

### **Consideraciones a tener en cuenta cuando se trabaja con pacientes esquizofrénicos**

- Recuerde que aunque estos pacientes sufren numerosas recaídas y rehospitalizaciones, pueden vivir y funcionar en la comunidad. Fijarse en el tiempo que el paciente pasa fuera del hospital puede servir para disminuir la frustración que puede experimentarse cuando se trabaja con pacientes con una enfermedad crónica.
- Visualice el paciente, no cuando está en su peor momento, sino cuando mejora y los síntomas son menos intensos.
- Recuerde que los comentarios del paciente no se dirigen personalmente contra usted, sino que son producto del pensamiento desordenado y confuso provocado por la esquizofrenia.
- Hable de estos temas con un colega con más experiencia, que le aconsejará sobre sus sentimientos, actitudes y conductas cuando interactúe con los pacientes

esquizofrénicos. Nadie espera de usted que tenga respuestas para todas las preguntas ni soluciones para todos los problemas.



## RECURSOS DE INTERNET

### RECURSOS

- National Alliance for the Mentally III
- National Schizophrenia Foundation
- Esquizofrenia
- Información y ayuda para la esquizofrenia
- Schizophrenia National Mental Health Information Center
- Schizophrenia Society of Canada
- Schizophrenics Anonymous

### DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.nami.org>

<http://www.nsfoundation.org>

<http://imh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>

<http://www.schizophrenia.com>

<http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/ken98-0052/default.asp>

<http://www.schizophrenia.ca>

<http://sanonymous>

## PUNTOS CLAVE



- La esquizofrenia es una enfermedad crónica que requiere estrategias de tratamiento a largo plazo y el desarrollo de habilidades de afrontamiento por parte del paciente y de la familia. Es una enfermedad del encéfalo, un síndrome
- clínico que afecta al pensamiento, a las percepciones, a las emociones, a los movimientos y a la conducta.
- Los efectos de la esquizofrenia sobre el enfermo pueden ser profundos y afectar a todos los aspectos de su vida social: interacciones sociales, equilibrio emocional y capacidad para trabajar y funcionar normalmente en comunidad.
- Los pacientes esquizofrénicos presentan dos tipos de signos y síntomas: los positivos (alucinaciones, delirios y alteraciones del pensamiento y del lenguaje) y los negativos (retramiento social, apatía, anhedonia, abulia y falta de motivación).
- El cuadro clínico, el pronóstico y el desenlace de la esquizofrenia varían mucho de un paciente a otro. Por tanto, es importante realizar una evaluación individualizada de cada paciente para decidir qué intervenciones van a llevarse a cabo.

## Preguntas de razonamiento crítico

1. Por lo general, los pacientes esquizofrénicos que no toman la medicación regularmente son hospitalizados repetidamente, y esto puede resultar muy caro. ¿Cómo se puede conciliar el respeto al derecho del paciente (negarse a ser tratado o a tomar la medicación) con la necesidad de recortar el gasto sanitario?
  2. ¿Qué calidad de vida puede esperarse en un paciente con esquizofrenia que responde mal a los neurolépticos y en el que el resultado del tratamiento es insatisfactorio?
  3. Si un paciente esquizofrénico que sufre recaídas con frecuencia tiene un hijo pequeño, ¿debería el niño seguir con su padre/madre? ¿Qué factores deben tenerse en cuenta al tomar esta decisión? ¿Quién debería tomar una decisión de este tipo?
- La valoración detallada del paciente es esencial para elaborar un plan de tratamiento eficaz.
  - Los familiares de los pacientes con esquizofrenia pueden sentir miedo, vergüenza o culpabilidad por la enfermedad. El personal de enfermería informará y educará a la familia del paciente sobre el trastorno, el curso clínico y el tratamiento.
  - No seguir el tratamiento, no tomar la medicación como se ha prescrito y el consumo de alcohol u otras drogas están asociados con un peor pronóstico de la esquizofrenia.
  - En el caso de los pacientes que presentan sintomatología psicótica, las principales intervenciones de enfermería son: proteger la seguridad del paciente y su derecho a la intimidad y a la dignidad, intervenir en las conductas socialmente inadecuadas de forma neutral y sin emitir juicios de valor, ayudar al paciente a reorientarse y mantenerse en la realidad mediante el contacto y la comunicación frecuentes y controlar la medicación.
  - En el caso de los pacientes en quienes se ha conseguido estabilizar la enfermedad mediante la medicación, las principales intervenciones de enfermería son: apoyar y ayudar al paciente de forma continuada, mantener con el paciente una relación basada en la confianza, clarificar los sentimientos y lo que quieren decir los pacientes que presentan alteraciones del pensamiento y del lenguaje, ayudar al paciente a aprender habilidades sociales mediante el modelado y la práctica, colaborar en la educación del paciente y de la familia sobre todo lo relacionado con la esquizofrenia y subrayar la importancia de mantener el tratamiento y otros hábitos de autocuidado.
  - Los aspectos más importantes de la autoconciencia de los profesionales de enfermería que trabajan con pacientes esquizofrénicos son: el tratamiento de los síntomas psicóticos, la preocupación por la propia seguridad y la frustración por las recaídas y las rehospitalizaciones del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text

- revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bechdolf, A., Phillips, L. J., Francey, S. M., et al. (2006a). Recent approaches to psychological interventions for people at risk of psychosis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 159–173.
- Bechdolf, A., Ruhrmann, S., Wagner, M., et al. (2006b). Interventions in the prodromal states of psychosis in Germany: Concept and recruitment. *British Journal of Psychiatry*, 48(Suppl.), s45–s48.
- Borgmann-Winter, K., Calkins, M. E., Kniele, K., & Gur, R. E. (2006). Assessment of adolescents at risk for psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 8(4), 313–321.
- Brown, A. S., Bresnahan, M., & Susser, E. S. (2005). Schizophrenia: Environmental epidemiology. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1371–1380). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Buchanan, R. W., & Carpenter, W. T. (2005). Concept of schizophrenia. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1329–1345). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carter, C. S. (2006). Editorial: Understanding the glass ceiling for functional outcome in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 356–358.
- Coffey, M., & Hewitt, J. (2008). “You don’t talk about the voices”: Voice hearers and community mental health nurses talk about responding to voice hearing experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1591–1600.
- Dundas, B., Harris, M., & Narasimhan, M. (2007). Psychogenic polydipsia review: Etiology, differential, and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 9(3), 236–241.
- Farhall, J., Greenwood, K. M., & Jackson, H. J. (2007). Coping with hallucinated voices in schizophrenia: A review of selfinitiated strategies and therapeutic interventions. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 476–493.
- Hafner, H., & Maurer, K. (2006). Early detection of schizophrenia: Current evidence and future perspectives. *World Psychiatry*, 5(3), 130–138.
- Hogarty, G. E., Greenwald, D. P., & Eack, S. M. (2006). Durability and mechanism of effects of cognitive enhancement therapy. *Psychiatric Services*, 57(12), 1751–1757.
- Kane, J. M., & Marder, S. R. (2005). Schizophrenia: Somatic treatment. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1467–1476). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kirkpatrick, B., & Tek, C. (2005). Schizophrenia: Clinical features and psychopathology concepts. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1416–1436). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lake, C. R., & Hurwitz, N. (2007). Schizoaffective disorder merges schizophrenia and bipolar disorders as one disease—there is no schizoaffective disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 365–379.
- Mahli, G. S., Green, M., Fagiolini, A., Peselow, E. D., & Kumari, V. (2008). Schizoaffective disorder: Diagnostic issues and future recommendations. *Bipolar Disorders*, 10(1), 215–230.
- Marshall, M., & Rathbone, J. (2006). Early intervention for psychosis. *Cochrane Database of Systematic Review (online)*, 4(CD004718).
- McLeod, T., Morris, M., Birchwood, M., & Dovey, A. (2007). Cognitive behavioural therapy group work with voice hearers. Part 1. *British Journal of Nursing*, 16(4), 248–252.
- Mojtabai, R. (2005). Culturebound syndromes with psychotic features. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1538–1541). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moriana, J. A., Alarcon, E., & Herruzo, J. (2006). Inhome psychosocial training for patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(2), 260–262.
- Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser, K. T., & Lieberman, J. A. (2005). Psychosocial treatment for firstepisode psychosis: A research update. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2220–2232.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from metaanalysis. *Schizophrenia Bulletin*, 32(Suppl. 1), S64–S80.
- Riley, B. P., & Kendler, K. S. (2005). Schizophrenia: Genetics. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1354–1371). Philadelphia: Lippincott Williams &



Wilkins.

- Sakauye, K. (2008). *Geriatric psychiatry basics*. New York: W. W. Norton.
- Schneider-Axmann, T., Kamer, T., Moroni, M., et al. (2006). Relation between cerebrospinal fluid, gray matter and white matter changes in families with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 40(7), 646–655.
- Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Simon, A. E., Dvorsky, D. N., Boesch, J., Roth, B., Isler, E., Schueler, P., et al. (2006). Defining subjects at risk for psychosis: A comparison of two approaches. *Schizophrenia Research*, 81(1), 83–90.
- Ucok, A., Polat, A., Cakir, S., & Genc, A. (2006). One year outcome in first episode schizophrenia: Predictors of relapse. *European Archives of Psychiatry and Neuroscience*, 256(1), 37–43.
- Velligan, D. I., Mueller, J., Wang, M., Dicocco, M., Diamond, P. M., Maples, N. J., et al. (2006). Use of environmental supports among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(2), 219–224.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Hunt, I. M., Kapur, N., Windfuhr, K., Robinson, J., Bickley, H., Flynn, S., et al. (2006). Suicide in schizophrenia: Findings from a national clinical survey. *Journal of Psychiatric Practice*, 12(3), 139–147.
- Kane, J. M. (2006). Utilization of longacting antipsychotic medication in patient care. *CNS Spectrums*, 11(12 Suppl. 14), 1–8.
- Klam, J., McLay, M., & Grabke, D. (2006). Personal empowerment program: Addressing health concerns in people with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing*, 44(8), 20–28.
- Kopelwicz, A., Liberman, R. P., & Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32(Suppl. 1), S12–S23.

## Autoevaluación

### PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. La familia de un paciente con esquizofrenia pregunta al profesional de enfermería sobre la diferencia entre los neurolépticos convencionales y atípicos. ¿Cuál de estas respuestas es correcta?
  - a. Los neurolépticos atípicos son más modernos, pero actúan de la misma forma que los neurolépticos convencionales.
  - b. Los neurolépticos convencionales son antagonistas de la dopamina, mientras que los neurolépticos atípicos inhiben la recaptación de la serotonina.
  - c. Los neurolépticos convencionales tienen efectos secundarios graves, mientras que los neurolépticos atípicos apenas tienen efectos secundarios.
  - d. Los neurolépticos atípicos son antagonistas de la dopamina y de la serotonina, mientras que los neurolépticos convencionales son antagonistas sólo de la dopamina.
2. El profesional de enfermería está planificando la información para el alta de un paciente que toma clozapina. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es esencial incluir

- en dicha información?
- El paciente ha de tener cuidado de no salir a la calle sin ropa apropiada cuando hace mucho sol.
  - El paciente ha de recordar que tiene que hacerse análisis de sangre para determinar el recuento leucocitario.
  - Dar instrucciones al paciente sobre las restricciones dietéticas.
  - Dar al paciente un gráfico para que anote cada día la frecuencia del pulso.
3. El profesional de enfermería está atendiendo a un paciente que ha estado 2 días tomando flufenazina. El paciente empieza a gritar de repente, gira el cuello hacia un lado y los ojos parecen darse la vuelta. El profesional observa que el médico le ha prescrito al paciente una serie de medicamentos para que el profesional se los administre en caso de necesidad. En este caso, ¿cuál de los siguientes medicamentos tiene que administrarle?
- 2 mg de benztropina por vía oral dos veces al día.
  - 2 mg de flufenazina por vía oral tres veces al día.
  - 5 mg de haloperidol por vía intramuscular si la agitación es muy intensa.
  - 25 mg de difenhidramina por vía intramuscular.
4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones indica que la educación sobre la esquizofrenia que se ha dado a la familia ha sido eficaz?
- «Si nuestro hijo toma la medicación como que le ha dicho el médico, no tendrá otro episodio psicótico».
  - «Supongo que tendremos que hacernos a la idea de que nuestra hija saldrá finalmente del hospital y tendremos que cuidarla en casa».
  - «Nos tranquiliza saber que nosotros no hemos provocado la esquizofrenia de nuestro hijo».
  - «Nos avergüenza saber que nuestra hija no podrá tener hijos».
5. Si un paciente dice que tiene miedo de salir de su apartamento y al mismo tiempo dice que le gustaría salir y quedar con unos amigos, esto se llama:
- Ambivalencia.
  - Anhedonia.
  - Alogia.
  - Evitación.
6. Si un paciente permanece en silencio 30 s antes de responder a la pregunta que le ha formulado el evaluador, se habla de:
- Afecto embotado.
  - Latencia de respuesta.
  - Delirio paranoide.
  - Pobreza del habla.

7. El principal objetivo de la rehabilitación psiquiátrica es:
- Controlar los síntomas.
  - Evitar la hospitalización.
  - Controlar la ansiedad.
  - Recuperarse de la enfermedad.

---

## PREGUNTAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE

*Puede elegir más de una respuesta en cada pregunta.*

- En el plan de educación para un paciente que está tomando un neuroléptico debe incluirse la siguiente recomendación:
  - Aplicarse un protector solar antes de salir de casa.
  - Tomar bebidas sin azúcar para aliviar la sequedad de boca.
  - Determinar las concentraciones séricas del medicamento al menos una vez al mes.
  - Levantarse despacio cuando se está sentado.
  - Saltarse la dosis si se ha olvidado de tomarla.
  - Tomar la medicación con comida para evitar las náuseas.
- ¿Cuáles de los siguientes son signos positivos de la esquizofrenia?
  - Anhedonia.
  - Delirios.
  - Las alucinaciones.
  - Pensamiento desorganizado.
  - Ilusiones.
  - Retraimiento social.

---

## CASO CLÍNICO

John Jones, de 33 años, ha sido ingresado en el hospital por tercera vez diagnosticado de esquizofrenia paranoide. John había estado tomando haloperidol, pero lo dejó hace 2 semanas, y le dijo a su gestor del caso que era «el veneno que me está haciendo enfermar». Ayer, John fue llevado al hospital después de que los vecinos llamaran a la policía porque había estado toda la noche gritando en voz alta en su apartamento. Le oyeron decir: «¡No puedo hacerlo! ¡No merece morir!». Y declaraciones similares.

John aparece prevenido y suspicaz y tiene muy poco que decir a nadie. Su pelo está enmarañado, tiene un olor corporal fuerte y está vestido con varias capas de ropa gruesa, a pesar de que la temperatura es cálida. Hasta el momento, se ha negado a comer o beber cualquier cosa. Cuando la enfermera se le acercó con una dosis de haloperidol, dijo, «¿Quieres que me muera?».

1. ¿Qué datos adicionales de valoración hace el profesional de enfermería necesarios para planificar la asistencia de John?
2. Identificar las tres prioridades, diagnósticos de enfermería y los resultados esperables para el cuidado de John, con su justificación de las decisiones.
3. Identificar al menos dos intervenciones de enfermería para las tres prioridades mencionadas anteriormente.
4. ¿Qué referentes o apoyos en la comunidad podrían ser beneficiosos para John cuando sea dado de alta?

# 15

## Trastornos del estado de ánimo

### Términos clave

- adinamia
- anhedonia
- crisis hipertensiva
- estado de ánimo eutímico
- excitación psicomotriz
- fuga de ideas
- hipomanía
- ideación suicida
- labilidad emocional
- latencia de la respuesta
- lenguaje acelerado
- manía
- prevención del suicidio
- proceso de facilitación (*kindling*)
- retraso psicomotor
- rumiación obsesiva
- suicidio
- terapia electroconvulsiva (TEC)
- trastorno afectivo estacional (TAE)
- trastornos del estado de ánimo

### Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Explicar las teorías sobre la etiología de la depresión y del trastorno bipolar.
2. Describir los factores de riesgo y las manifestaciones de los trastornos del estado de ánimo.

3. Aplicar el proceso de enfermería a la atención a los pacientes con trastorno del estado de ánimo y a su familia.
4. Proporcionar información y educación a los pacientes, a su familia, a los cuidadores y a la sociedad en general sobre los trastornos del estado de ánimo.
5. Identificar a las poblaciones que presentan riesgo de suicidio.
6. Aplicar el proceso de enfermería a la atención de los pacientes con riesgo de suicidio.
7. Evaluar sus propios sentimientos, creencias y actitudes sobre los trastornos del estado de ánimo y el suicidio.

**DE VEZ EN CUANDO TODO EL MUNDO SE SIENTE** triste, alicaído y cansando, con deseos de quedarse en la cama todo el día y de desconectarse del mundo. Estos episodios suelen acompañarse de adinamia (falta de energía), agotamiento, nerviosismo, intolerancia al ruido y lentificación de los procesos del pensamiento, y todo ello hace que nos cueste mucho trabajo tomar decisiones.

Las responsabilidades familiares, sociales y laborales hacen que la mayoría de las personas se levanten por la mañana y se pongan a realizar sus tareas diarias, incluso cuando parece que nada va bien y el estado de ánimo irritable es obvio para quienes tienen que tratar con el individuo en cuestión. Estos «períodos de bajón» duran unos cuantos días y después volvemos a sentirnos bien. Las fluctuaciones del estado de ánimo son algo tan normal que no nos sorprendemos cuando alguien nos dice que está deprimido porque tiene mucho trabajo. Hoy, todo el mundo utiliza los términos «depresión» y «deprimido», pero esto no significa que la persona que usa estas palabras esté deprimida desde el punto de vista clínico, sino simplemente que está pasando por una mala etapa. Además, el estado de ánimo triste puede deberse a un revés, como la muerte de un familiar o un amigo, a problemas económicos o a la pérdida del empleo (v. [cap. 12](#)).

En el otro extremo del espectro del estado de ánimo están los episodios en los que el individuo muestra una energía exagerada. En estos casos, la persona está totalmente convencida de que puede realizar cualquier tarea por difícil que sea o entablar relación con quien se proponga. Este tipo de estado de ánimo se denomina euforia, y las personas que pasan por un episodio de euforia se muestran incansables en el trabajo y en las relaciones familiares y sociales. Esta sensación de «estar en la cumbre» también desaparece en unos cuantos días, después de lo cual el estado de ánimo vuelve a ser **eutímico** (afecto y actividad promedio). Los acontecimientos felices producen alegría y entusiasmo y, por el contrario, los acontecimientos negativos nos entristecen. Estas fluctuaciones en el estado de ánimo son normales y no interfieren de forma significativa en nuestra vida.

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.





### **Adinamia.**

En cambio, los **trastornos del estado de ánimo**, también denominados trastornos afectivos, son alteraciones persistentes de los afectos que provocan depresión, manía o ambas cosas. Interfieren de forma significativa en la vida del paciente, que se encuentra dominado por la tristeza profunda y duradera, la excitación psicomotora o la euforia sin causa aparente. Estos síntomas se acompañan de dudas sobre sí mismo, sentimientos de culpabilidad, enfado y dificultad o imposibilidad de realizar las actividades de la vida diaria, especialmente cuando el trastorno del estado de ánimo afecta a la autoestima, a la vida laboral y a las relaciones interpersonales.

Desde los albores de la historia, las personas ha sufrido alteraciones del estado de ánimo. Los arqueólogos han encontrado cráneos antiguos con orificios, que se practicaban para que saliesen los «humores diabólicos» de los individuos que padecían tristeza crónica o presentaban comportamientos extraños. Los babilonios y los hebreos creían que la tristeza profunda y los comportamientos extraños eran enviados a los

individuos que los sufrían por voluntad de Dios o de otras figuras de la divinidad. Personajes bíblicos como el rey Saúl, el rey Nabucodonosor y Moisés sufrían «penas del corazón», «turbidez de espíritu» y «amargura del alma», todos ellos síntomas indicativos de depresión. Abraham Lincoln y la reina Victoria de Inglaterra sufrían episodios recurrentes de depresión. Otros personajes famosos que han sufrido algún tipo de trastorno del estado de ánimo son los escritores Virginia Woolf, Sylvia Plath y Eugene O'Neill; el compositor George Frideric Handel, el músico Jerry Garcia, el pintor Vincent Van Gogh, el filósofo Frederic Nietzsche, el presentador de televisión Mike Wallace y la actriz Patty Duke.

Hasta la mitad de la década de 1950 no existía ningún tratamiento eficaz para la depresión y la manía. Los pacientes no tenían más remedio que sufrir las largas e intensas alteraciones del estado de ánimo, y se sentían desesperanzados, indefensos y demasiado débiles para no sucumbir a los síntomas devastadores del trastorno. Los familiares y los médicos coincidían en que estos pacientes eran muy egocéntricos, con tendencia a ver la vida de una forma demasiado pesimista. Si bien en la actualidad todavía no es posible curar los trastornos del estado de ánimo, disponemos de tratamientos eficaces tanto para la depresión como para la manía.

Los trastornos del estado de ánimo son los diagnósticos psiquiátricos asociados con el suicidio en mayor medida, y de hecho, la depresión es el principal riesgo de suicidio (Sudak, 2005). Por esta razón, este capítulo trata del trastorno depresivo mayor, del trastorno bipolar y del suicidio. Es importante tener en cuenta que los pacientes con esquizofrenia, trastornos por consumo de sustancias, trastorno de angustia, trastorno antisocial y límite de la personalidad también tienen un riesgo más elevado de intento de suicidio y de suicidio consumado.

## CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Los principales trastornos del estado de ánimo son el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar (antes denominado enfermedad maníaco-depresiva). El episodio depresivo mayor dura como mínimo 2 semanas, durante las cuales el paciente presenta estado de ánimo deprimido o pérdida del placer en casi todas las actividades que antes le resultaban gratificantes (anhedonia). Además, deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas: alteraciones del apetito o del peso corporal, alteraciones del sueño o de la actividad psicomotriz, disminución de la energía (adinamia), sentimientos de autodepreciación o de culpabilidad, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, así como pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida o planes o intento de suicidio. Los síntomas deben estar presentes todos los días durante al menos 2 semanas y provocar un malestar psicológico significativo o un deterioro importante del funcionamiento social o laboral o en otras áreas importantes ([American Psychiatric Association \[APA\], 2000](#)). Algunos pacientes con trastorno depresivo mayor presentan delirios y alucinaciones, en cuyo caso se habla de depresión psicótica.

El trastorno bipolar se diagnostica cuando el estado de ánimo del paciente fluctúa entre la manía y la depresión. La **manía** es un período claramente identificable en el que se

observa un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable anormalmente persistente que suele durar aproximadamente 1 semana (a no ser que el paciente sea hospitalizado y se inicie el tratamiento adecuado), pero puede ser más prolongado en algunos pacientes. Al menos tres de los siguientes síntomas deben acompañar al episodio maníaco: autoestima inflada, ideas de grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, **lenguaje acelerado** (el paciente habla sin parar, de forma muy rápida y generalmente con un volumen más alto de lo normal), **fuga de ideas** (pensamientos sin conexión entre sí que se suceden con rapidez unos a otros); distractibilidad, aumento de la implicación en actividades dirigidas a un fin o excitación psicomotriz, e implicación excesiva en la búsqueda de actividades placenteras con riesgo elevado de que el paciente sufra algún daño (APA, 2000). Durante el episodio maníaco, algunos pacientes presentan delirios y alucinaciones.

La **hipomanía** es un período claramente identificable en el que se observa un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable anormalmente persistente que dura como máximo 4 días e incluye tres o cuatro de los síntomas a los que nos hemos referido en el párrafo anterior. Además de la duración, la diferencia entre el episodio maníaco y el episodio hipomaníaco es que este último no afecta al funcionamiento normal del paciente (de hecho, el enfermo puede alcanzar una productividad muy elevada durante el episodio hipomaníaco). Además, durante el episodio hipomaníaco nunca aparecen síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones). Se hace un diagnóstico de episodio mixto cuando el paciente presenta tanto manía como depresión casi todos los días durante al menos 1 semana. Estos episodios mixtos se denominan también episodios de fluctuación rápida. Existen dos tipos de trastorno bipolar que, a efectos del diagnóstico psiquiátrico, se describen del siguiente modo:

- Trastorno bipolar I: uno o más episodios maníacos o mixtos que en general se acompañan de episodios de depresión mayor.
- Trastorno bipolar II: uno o más episodios de depresión mayor que se acompañan al menos de un episodio hipomaníaco.

Los pacientes con trastorno bipolar pueden tener episodios de estado de ánimo y de afecto normal (eutímico) entre los episodios extremos, o pueden experimentar un cambio al estado de ánimo depresivo después de un episodio maníaco antes de volver al estado de ánimo eutímico. En algunos casos, los períodos de estado de ánimo eutímico entre los episodios extremos son de muy escasa duración, pero en otros la eutimia puede durar meses, incluso años.

## **TRASTORNOS RELACIONADOS**

Los siguientes son otros trastornos que en la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado* (APA, 2000) se clasifican en el apartado de los trastornos del estado de ánimo, pero cursan con síntomas de menor gravedad:

- El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años de estado de ánimo deprimido durante un número de días superior al número de días en el que no hay estado de

ánimo deprimido, pero los síntomas no cumplen los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor.

- El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y depresivos que no cumplen los criterios diagnósticos de trastorno bipolar.
- El trastorno del estado de ánimo causado por sustancias se caracteriza por una alteración importante y persistente del estado de ánimo que es consecuencia fisiológica directa del consumo de sustancias tales como alcohol, otras drogas o cualquier otra sustancia tóxica.
- El trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica se caracteriza por una alteración importante y persistente del estado de ánimo que es consecuencia fisiológica directa de una enfermedad orgánica, como una enfermedad neurodegenerativa, cerebrovascular, metabólica, endocrina o autoinmunitaria, de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o de ciertos tipos de cáncer.



### Trastorno afectivo estacional.

Otros trastornos mentales que afectan al estado de ánimo son:

- El **trastorno afectivo estacional** (TAE) tiene dos subtipos. El primer subtipo se denomina depresión invernal o TAE de inicio en el otoño, y se caracteriza por un aumento del apetito y de las horas de sueño, impulso irresistible de tomar alimentos con alto contenido en hidratos de carbono, aumento de peso, conflictos en las relaciones interpersonales, irritabilidad y sensación de pesadez en las extremidades. Empieza a finales del otoño y se resuelve en primavera o en verano. El otro subtipo se denomina TAE de inicio en la primavera; es menos frecuente que el primero y cursa con los siguientes síntomas: insomnio, pérdida de peso y poco apetito. Dura desde finales de la primavera o principios del verano hasta el comienzo del otoño. El TAE suele tratarse con fototerapia (Rastad, Ulfberg y Lindberg, 2008).
- La leve depresión posparto también llamada «*baby-blues*» es relativamente frecuente en las mujeres que acaban de dar a luz. Se caracteriza por labilidad del estado de ánimo y del afecto, crisis de llanto, tristeza, insomnio y ansiedad. La sintomatología suele empezar 1 día después del parto, y normalmente alcanza el acmé entre 3 y 7 días después del alumbramiento. A partir de ese momento, el cuadro se resuelve de forma rápida sin tratamiento médico (Sit, Rothschild y Wisner, 2006).
- La depresión del posparto (o puerperal) que reúne todos los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor empieza dentro de las primeras 4 semanas después del parto.
- La psicosis del posparto, denominada también psicosis puerperal, empieza dentro de las primeras 3 semanas después del alumbramiento. La sintomatología inicial consiste en cansancio, tristeza, labilidad emocional, problemas de memoria y confusión. Los síntomas progresan con rapidez hasta que se instaura un cuadro psicótico con delirios, alucinaciones y pérdida del sentido de la realidad y de la capacidad de introspección. Se trata de una urgencia médica y, por tanto, requiere tratamiento inmediato (Sit et al., 2006).

## ETIOLOGÍA

Existen varias teorías sobre la etiología de los trastornos del estado de ánimo. Las investigaciones más recientes se han centrado en los desequilibrios bioquímicos. No obstante, los estresores psicosociales y los asociados con las relaciones interpersonales parecen desencadenar ciertos cambios fisiológicos y neuroquímicos en el encéfalo que, a su vez, provocan alteraciones del equilibrio de los neurotransmisores (Akiskal, 2005). Por tanto, para que sea eficaz, el tratamiento debe centrarse tanto en los aspectos biológicos como en los aspectos psicosociales. Por esta razón, los profesionales de enfermería deben tener un conocimiento básico de ambos aspectos cuando trabajan con pacientes que sufren alguno de los trastornos mentales de este tipo.

### Teorías biológicas



## *Genéticas*

Los resultados de los estudios genéticos apuntan a la posibilidad de que el trastorno depresivo mayor se herede de los familiares de primer grado. De hecho, las personas que tienen un familiar de primer grado diagnosticado de depresión presentan el doble de riesgo de sufrir este trastorno comparados con la población general (APA, 2000). Los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno bipolar tienen un riesgo de entre el 3 % y el 8 % de sufrir este trastorno, mientras que el riesgo en la población general es del 1 %. Para todos los trastornos del estado de ánimo, los gemelos monocigóticos (gemelos idénticos) tienen una tasa de concordancia (los dos gemelos sufren el trastorno) entre dos y cuatro veces más elevada que la de los gemelos dicigóticos (gemelos no idénticos). Si bien la herencia es un factor muy significativo, la tasa de concordancia entre los gemelos monocigóticos no es del 100 %, por lo que la genética por sí sola no puede explicar en su totalidad la etiología de los trastornos del estado de ánimo (Kelsoe, 2005).

Markowitz y Milrod (2005) proponen que existe un solapamiento genético entre el trastorno bipolar de inicio precoz y el alcoholismo de inicio precoz. Estos autores han observado que los pacientes que presentan ambos trastornos tienen una tasa más elevada de episodios mixtos y de fluctuación rápida, peor respuesta al litio, recuperación más lenta y más hospitalizaciones. Además, en los episodios maníacos de estos pacientes hay más excitación psicomotriz y menos euforia, y responden mejor a los anticonvulsivos que al litio.

## *Teorías neuroquímicas*

La investigación sobre los neurotransmisores (mensajeros químicos) se ha centrado en la serotonina y en la noradrenalina, que son las principales aminas biogénicas relacionadas en los trastornos del estado de ánimo. La serotonina es un neurotransmisor con numerosas funciones en el comportamiento de los seres humanos: estado de ánimo, actividad, agresividad e irritabilidad, funciones cognitivas, dolor, biorritmos y procesos neuroendocrinos (p. ej., las concentraciones de somatotropina, de cortisol y de prolactina son anómalas en los pacientes que padecen depresión). Se han encontrado déficits de serotonina, de su precursor el triptófano y de uno de sus metabolitos (el ácido 5-hidroxi-indolacético o 5-HIAA) en la sangre y en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes con depresión. Por otro lado, la tomografía de emisión de positrones (PET) indica que en estos pacientes existe una disminución del metabolismo en la corteza prefrontal, disminución que puede contribuir a la etiología de la depresión (Tecott y Smart, 2005).

La concentración de noradrenalina puede ser baja en la depresión y alta en la manía. Esta catecolamina excita el organismo para que sea capaz de hacer frente al estrés y lo inhibe durante el proceso de facilitación (*kindling*). La **facilitación** es el proceso mediante el cual la actividad comicial en una zona específica del cerebro se ve inicialmente estimulada por el umbral acumulativo del estrés, por pequeñas cantidades de impulsos eléctricos o por sustancias químicas (p. ej., la cocaína) que sensibilizan las neuronas y las vías nerviosas. Estas vías nerviosas muy sensibilizadas responden provocando así la crisis convulsiva, que aparece de forma espontánea, dado que las vías



nerviosas sensibilizadas no necesitan ya que se produzca el correspondiente estímulo para progresar en la actividad comicial. Se ha propuesto la hipótesis de que el proceso de facilitación podría influir también tanto en las fluctuaciones que se observan en los estados de ánimo bipolares como en las adicciones. De hecho, los anticonvulsivos inhiben el proceso de facilitación, y esto puede explicar por qué estos fármacos son tan eficaces en el tratamiento del trastorno bipolar (Akiskal, 2005).

Asimismo, se está investigando el papel que desempeñan en los trastornos del estado de ánimo las disfunciones de la acetilcolina y de la dopamina. Los fármacos colinérgicos producen alteraciones del estado de ánimo, del sueño, de las funciones neuroendocrinas y del trazado electroencefalográfico, lo que sugiere que la acetilcolina podría tener alguna influencia en la depresión y en la manía. Sin embargo, es posible que la participación de los neurotransmisores sea más compleja de lo que en principio podría pensarse y no se limite sólo al exceso o defecto de la concentración de estos mensajeros químicos cuando el organismo se encuentra sometido al estrés. Por esta razón, se está estudiando la posible implicación en los trastornos del estado de ánimo de las alteraciones en el número y en la sensibilidad de los receptores de los neurotransmisores (Tecott y Smart, 2005).

### ***Factores neuroendocrinos***

Se está investigando el papel que podrían desempeñar las fluctuaciones hormonales en la depresión. Se han observado alteraciones del estado de ánimo en pacientes con endocrinopatías, como los trastornos de la tiroides, la paratiroides, la glándula suprarrenal y la hipófisis. La elevación de la actividad glucocorticoidea está asociada con la respuesta al estrés, y se observa un aumento de la secreción de cortisol en un 40 % de los pacientes con depresión, especialmente en los ancianos. Las alteraciones hormonales que se producen después del parto provocan trastornos del estado de ánimo, como la depresión y la psicosis puerperales (posparto). Entre el 5 % y el 10 % de los pacientes con depresión presentan una disfunción tiroidea, la mayor parte de las veces un aumento de la secreción de tirotropina (TSH). Este problema debe corregirse con el tratamiento médico adecuado, ya que, de lo contrario, el tratamiento del trastorno del estado de ánimo no será eficaz (Thase, 2005).

### **Teorías psicodinámicas**

En muchas teorías psicodinámicas sobre la causa de los trastornos del estado de ánimo parecía que «la culpa la tenía la víctima» y la familia (Markowitz y Milrod, 2005).

- Freud hizo hincapié en la autodepreciación que se observa en los pacientes con depresión, y atribuyó los autorreproches a la reversión del odio contra sí mismos. El odio, a su vez, está relacionado con una pérdida real o percibida. Cuando perdemos a una persona u objeto con el que manteníamos una relación de apego, nos sentimos abandonados y surgen en nosotros sentimientos ambivalentes hacia la persona o el objeto: lo amamos y a la vez lo odiamos, y la reversión del odio contra nosotros mismos da lugar a la depresión.
- Bibring sostenía que el yo (o *self*) aspira a un ideal (es decir, ser bueno, fuerte y superior a los demás), y que para ser valorado y amado por los demás y por sí

mismo, el yo debe alcanzar este ideal. La depresión aparece cuando la persona no es capaz de alcanzar este ideal de forma permanente.

- Jacobson comparaba la depresión con una situación en la cual el yo se encuentra en un estado de impotencia e indefensión, y se siente como un niño abandonado a su suerte por el superyó, como si esta instancia psíquica fuese una madre sádica y poderosa que se complaciera en torturar a su hijo.
- En muchas teorías psicoanalíticas sobre la manía se considera que los episodios maníacos son una «defensa» frente a la depresión que sufre el individuo: el ello toma el control del yo, y éste actúa como si se tratase de un niño hedonista y maleducado.
- Meyer consideraba que la depresión es una reacción a una experiencia estresante, como un acontecimiento adverso en la vida de la persona.
- Horney sostenía que las personas que han crecido con unos padres que les rechazaban o no les amaban tienen tendencia a la inseguridad y a la soledad, lo que a su vez las hace propensas a sentirse indefensas y, por tanto, a la depresión.
- Beck consideraba que la depresión tiene su origen en un tipo concreto de distorsión cognitiva que aparecía en personas susceptibles. Las primeras experiencias que tenemos en la vida pueden dar lugar a una forma distorsionada de percibirnos y de pensar sobre nosotros mismos, sobre el mundo y sobre el futuro. Estas distorsiones cognitivas nos llevan a magnificar los hechos, los rasgos de personalidad y las expectativas negativas, y, por el contrario, a minimizar cualquier cosa que sea positiva.

## ASPECTOS CULTURALES

Algunas conductas que se consideran normales para la edad pueden enmascarar una depresión, y por tanto puede resultar difícil identificar y diagnosticar este trastorno en ciertos grupos de edad. Los niños con depresión suelen parecer malhumorados, pero la depresión en la edad pediátrica puede manifestarse también con fobia al colegio, hiperactividad, trastornos del aprendizaje, repetición de cursos y comportamiento antisocial. Los adolescentes con depresión pueden consumir alcohol y otras drogas, unirse a pandillas de gamberros o delincuentes, implicarse en conductas de riesgo, sacar malas notas o dejar los estudios. En los adultos, la depresión puede manifestarse por un consumo excesivo de alcohol y otras drogas, trastornos de la conducta alimentaria, adicción al trabajo, ludopatía e hipocondría. Los ancianos que están siempre malhumorados e irritables pueden en realidad estar deprimidos.

La depresión se acompaña de un gran número de síntomas y signos físicos, es decir, fisiológicos. Estas manifestaciones orgánicas de la depresión varían de una cultura a otra y se observan con más frecuencia en las culturas en las que se tiende a no expresar verbalmente las emociones. Por ejemplo, las personas que viven en Asia o en un país occidental pero proceden de una cultura asiática tienen más probabilidad de presentar signos y síntomas físicos, como cefaleas y dolor de espalda, cuando sufren depresión o ansiedad. En las culturas latinas, todavía es habitual que las personas se quejen de los «nervios» o de cefaleas cuando están deprimidos; en las culturas de Oriente próximo es frecuente que los pacientes con depresión se quejen de problemas cardíacos ([Andrews y](#)

Boyle, 2007).



## CASO CLÍNICO: DEPRESIÓN

«¿Déjame en paz, vete! No quiero ni oír hablar de comida», le dijo Chris a su marido Matt, que había entrado en el dormitorio de ella para invitarla a que bajara a cenar, porque esa noche él y las hijas del matrimonio habían preparado la cena. «¿Por qué no me dejaran en paz de una vez?», pensó Chris mientras tiraba del edredón para taparse hasta la cabeza. Y, a pesar de todo, se sentía culpable por la forma en la que se había dirigido a Matt. Sabía que su familia hacía todo lo posible por agradarla y para que se sintiera mejor, pero no podía evitarlo.

Chris se siente física y emocionalmente agotada. «Ni siquiera me acuerdo de cuándo fue la última vez que me sentí bien... puede que alguna vez el año pasado, o quizás nunca», piensa con enorme tristeza. Siempre había sido muy trabajadora, pero ahora no se sentía con fuerzas de hacer nada, tan sólo de quejarse. Kathy, la hija de 13 años, le decía a Chris que su problema era que odiaba todo y a todo el mundo, incluida a su familia. Linda, su otra hija, de 11 años, le decía: «Todo hay que hacerlo como a ti te gusta, mamá. Nos echas la bronca por cualquier tontería. No escuchas a nadie». Matt hacía ya tiempo que había dejado de preocuparse por el malhumor de Chris, por sus malos modos y por su desinterés por el sexo. Un día oyó que Matt le decía a su hermano por teléfono que ella «estaba siempre gruñendo, nerviosa y metida en sí misma», y que «si no fuera por las niñas, no sé lo que haría». Matt ha intentado llevarla al médico, pero Chris se niega y dice que su marido y sus hijas tienen la culpa de todo lo que le pasa. Cada vez que su marido le propone ir al médico, Chris se pasa varios días enfurruñada. Matt no sabe a qué se refiere Chris cuando dice que ellos tienen la culpa de todo lo que le pasa. No sabe qué hacer con su mujer, y tiene la sensación de que vive en un campo de minas, porque no sabe en qué momento ni por qué razón Chris va a estallar en un enfado y malhumor. Matt intenta recordar los tiempos en los que eran felices juntos, pero el comportamiento de Chris no le permite ni siquiera recordar los buenos momentos.

En los dos últimos meses, Chris ha perdido 5,5 kg, tiene problemas para dormir y se muestra hostil y enfadada y, a la vez, culpable. No tiene ganas de divertirse. «¿Para qué molestarse? No hay nada divertido. La vida es una cosa deprimente y sombría». Se siente atrapada, impotente, desesperanzada e indefensa, y está convencida de que nada ni nadie merece la pena. «Ojalá me muriese de una vez para no tener que hacer nada nunca más», piensa Chris, mientras sigue en la cama arropada hasta la cabeza.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR: Signos y síntomas del trastorno depresivo mayor

- Estado de ánimo deprimido.
- Anhedonia (disminución del interés y del placer en las actividades que antes resultaban gratificantes al paciente).
- Cambio involuntario en el peso corporal del 5 % o más en el período de 1 mes.
- Alteración del patrón del sueño.
- Excitación o retraso psicomotor.
- Cansancio.
- Sentimientos injustificados de culpabilidad o de no valer para nada (pueden ser delirantes).
- Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.

- Desesperanza, indefensión y/o ideación suicida.

Adaptado del *DSM-IV-TR*, 2000.

## TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por 2 semanas o más de estado de ánimo decaído o de falta de interés en las actividades de la vida, y al menos cuatro de los siguientes síntomas típicos de la depresión: anhedonia, cambios en el peso corporal, alteraciones del sueño, adinamia (falta de energía), dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, baja autoestima y falta de metas y objetivos. El trastorno depresivo mayor se denomina también depresión mayor, y la prevalencia es del doble en las mujeres en comparación con los hombres, y entre una y media y tres veces más prevalente en los familiares de primer grado de las personas que han padecido o padecen el trastorno comparado con la población general. La tasa de incidencia de este trastorno va disminuyendo con la edad en las mujeres, mientras que en los hombres se observa el fenómeno contrario: a más edad, más incidencia. Los solteros y divorciados, tanto hombres como mujeres, presentan una incidencia más elevada. En la edad prepuberal, la incidencia es la misma en niños y niñas (Kelsoe, 2005).

### Inicio y curso clínico

Los episodios de depresión mayor sin tratar pueden durar entre 6 y 24 meses antes de remitir de forma espontánea. El 50 % al 60 % de los pacientes con un episodio sufrirán otro a lo largo de su vida. Después de un segundo episodio, la probabilidad de recaída es del 70 %. Los síntomas y signos indicativos de depresión pueden ser leves, moderados o graves. La gravedad de la depresión se correlaciona con la sensación de indefensión y desesperanza del paciente. Algunos enfermos que presentan una depresión mayor grave (9 %) presentan también síntomas psicóticos (APA, 2000).

### Tratamiento y pronóstico

#### *Psicofarmacología*

Los principales tipos de antidepresivos son los de estructura cíclica, los **inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)**, los **inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)** y los antidepresivos atípicos. En el capítulo 2 se explican con detalle las características de estos psicofármacos. La elección del antidepresivo depende de los siguientes factores: síntomas del paciente, edad, estado general de salud y enfermedades médicas comórbidas, síntomas y signos físicos, antidepresivos que han funcionado o no anteriormente en el paciente o en un familiar de primer grado con depresión y otros medicamentos que está tomando el paciente en ese momento.

Los investigadores creen que las concentraciones de neurotransmisores, especialmente de noradrenalina y serotonina, están por debajo de lo normal en la depresión. En general, las neuronas presinápticas liberan estos neurotransmisores en la hendidura sináptica y se unen a los receptores postsinápticos. La depresión aparece cuando la cantidad de neurotransmisores liberada por las neuronas presinápticas es demasiado pequeña,

permanecen en la hendidura sináptica menos tiempo del normal, las neuronas presinápticas los reabsorben demasiado rápidamente, el estado de la hendidura sináptica no permite que los neurotransmisores se unan a los receptores de las neuronas postsinápticas o se ha producido una disminución del número de receptores postsinápticos. El objetivo del tratamiento psicofarmacológico es aumentar la eficacia de los neurotransmisores y de la absorción de éstos por parte de los receptores postsinápticos. Para ello, los antidepresivos producen un bloqueo de la recaptación de noradrenalina y serotonina en las terminaciones nerviosas específicas. Esto hace que los neurotransmisores permanezcan más tiempo en la hendidura sináptica, y, por tanto, estén más tiempo a disposición de los receptores postsinápticos. Además, los antidepresivos aumentan la sensibilidad del lugar de unión de los receptores postsinápticos (Rush, 2005).

En el caso de los pacientes que presentan una depresión aguda con síntomas y signos psicóticos, se utiliza un neuroléptico en combinación con un antidepresivo. El neuroléptico sirve para tratar los signos y síntomas psicóticos, y algunas semanas después de iniciarse el tratamiento, vuelve a valorarse al paciente para determinar si puede retirarse el neuroléptico y mantenerse el antidepresivo.

Cada vez existen más datos que indican que el tratamiento con antidepresivos debe mantenerse más de los 3 a 6 meses que antes se consideraban suficientes para que el tratamiento sea eficaz. Se observan menos recaídas del episodio depresivo en los pacientes en los que el tratamiento antidepresivo se mantiene entre 18 y 24 meses. Como regla general, la dosis del antidepresivo debe reducirse de forma gradual antes de suspender el tratamiento.

**Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.** Son el tipo más moderno de antidepresivos (tabla 15-1) y son eficaces en la mayoría de los pacientes. Su mecanismo de acción es específico para la serotonina (inhibición de la recaptación de la serotonina por parte de las neuronas presinápticas) y provocan menos sedación y muy pocos efectos secundarios cardiovasculares y anticolinérgicos, lo que hace que sean más seguros para el tratamiento de los pacientes mayores. Debido a su buen perfil de efectos adversos, los pacientes tratados con ISRS tienen un mejor cumplimiento terapéutico que los que toman medicamentos con más problemas. El insomnio se reduce a los 3 a 4 días de empezar el tratamiento, el apetito vuelve a la normalidad a los 5 a 7 días y la energía aumenta a los 4 a 7 días. A los 7 a 10 días de comenzar el tratamiento, mejoran el estado de ánimo, la concentración y el interés por las actividades.

La fluoxetina produce un ligero aumento de la incidencia de agitación de naturaleza leve y pérdida de peso, pero menos somnolencia. Tiene una semivida de más de 7 días, lo que difiere de las 25 h, que es la semivida de los otros ISRS.

**Antidepresivos cíclicos.** Los tricíclicos fueron introducidos para el tratamiento de la depresión a mediados de la década de 1950, y son los antidepresivos más antiguos. Producen una mejoría de la desesperanza, la indefensión, la anhedonia, los sentimientos de culpabilidad inapropiados, la ideación suicida y las fluctuaciones del estado de ánimo durante el día (malhumor por la mañana y mejora del estado de ánimo por la tarde). Además de en la depresión, los antidepresivos tricíclicos están indicados en el trastorno



de angustia, en el trastorno obsesivo-compulsivo y en los trastornos de la conducta alimentaria. Cada uno de estos fármacos tiene un grado diferente de eficacia en el bloqueo de la actividad de la noradrenalina y de la serotonina y en el aumento de la sensibilidad de los puntos de unión de los receptores postsinápticos. Los antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos no hacen efecto hasta 10 a 14 días después del inicio del tratamiento, ya que éste es el período que se tarda en alcanzar la concentración sérica eficaz, y el efecto terapéutico completo no se consigue hasta las 6 semanas. Dado que tienen una semivida en el suero prolongada, hay un período de entre 1 y 4 semanas antes de que se alcance el estado estable de concentración plasmática y los síntomas empiecen a mejorar. Son más económicos porque llevan mucho tiempo en el mercado y se comercializan también como genéricos.

**Tabla 15-1. Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina**

Nombre genérico	Efectos secundarios	Observaciones para el personal de enfermería
Fluoxetina	Cefalea, nerviosismo, ansiedad, sedación, temblores, disfunción sexual, anorexia, estreñimiento, náuseas, diarrea y pérdida de peso	Administre el medicamento por la mañana (si produce nerviosismo) o por la tarde (si produce somnolencia) Atención a la hiponatremia Controle que la ingesta de líquidos sea adecuada Informe al médico si aparecen disfunciones sexuales
Sertralina	Mareos, sedación, cefalea, insomnio, temblores, disfunción sexual, diarrea, sequedad de boca y de garganta, náuseas, vómitos y sudoración	Administre el medicamento por la tarde si produce somnolencia Recomiende al paciente que utilice caramelos duros o bebidas sin azúcar Controle que la ingesta de líquidos sea adecuada Informe al médico si aparecen disfunciones sexuales
Paroxetina	Mareos, sedación, cefalea, insomnio, debilidad, cansancio, estreñimiento, sequedad de boca y de garganta, náuseas, vómitos, diarrea y sudoración	Administre el medicamento con comida Administre el medicamento por la tarde si aparece somnolencia Recomiende al paciente que utilice caramelos duros o bebidas sin azúcar Controle que la ingesta de líquidos sea la adecuada
Citalopram	Somnolencia, sedación, insomnio, náuseas, vómitos, aumento de peso, estreñimiento, diarrea	Atención a la hiponatremia Administre el medicamento con comida Administre el medicamento a las seis de la tarde o después Controle la alimentación y el ejercicio físico
Escitalopram	Somnolencia, mareos, aumento de peso, disfunción sexual, inquietud, sequedad de boca, cefalea, náuseas y diarrea	Atención a la hipotensión ortostática Ayude al paciente a levantarse despacio cuando está sentado Recomiende al paciente que utilice caramelos duros o bebidas sin azúcar Administre el medicamento con comida

Los antidepresivos tricíclicos están contraindicados en los pacientes que presentan deterioro grave de la función hepática o han sufrido un infarto de miocardio (fase aguda de la recuperación). Además, no deben administrarse al mismo tiempo que un IMAO. Debido a sus efectos secundarios anticolinérgicos, los antidepresivos tricíclicos deben administrarse con cautela en pacientes con glaucoma, hipertrofia prostática benigna, retención de orina u obstrucción urinaria, diabetes mellitus, hipertiroidismo, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal o enfermedades del aparato respiratorio (tabla 15-2).

Los efectos de la sobredosis de antidepresivos tricíclicos pueden durar varios días y producen confusión, agitación, alucinaciones, hiperpirexia e hiperreflexia. También pueden producirse crisis convulsivas y toxicidad cardiovascular, que a su vez, provoca taquicardia, disminución del gasto cardíaco, reducción de la contractibilidad cardíaca y



bloqueo auriculoventricular. Dado que muchos pacientes ancianos con depresión presentan enfermedades médicas comórbidas, los anti-depresivos cíclicos se utilizan menos en la población geriátrica que otros tipos más modernos de antidepresivos, ya que estos últimos tienen menos efectos secundarios y, además, menos interacciones farmacológicas.

**Antidepresivos tetracíclicos.** La amoxapina puede provocar síntomas extrapiramidales, discinesia y síndrome neuroléptico maligno. Además, este antidepresivo tetracíclico puede crear tolerancia en 1 a 3 meses. Produce también aumento del apetito, incremento de peso y deseo muy intenso de tomar alimentos dulces.

La maprotilina está asociada con un aumento del riesgo de crisis convulsivas (especialmente en los pacientes que consumen mucho alcohol), estreñimiento y retención urinaria graves, estomatitis y otros efectos secundarios, lo cual hace que el grado de cumplimiento terapéutico sea insatisfactorio. El tratamiento se empieza y se suspende de forma gradual. Los depresores del sistema nervioso central pueden provocar un aumento de los efectos de este fármaco.

**Antidepresivos atípicos.** Los antidepresivos atípicos se utilizan cuando la respuesta del paciente a los ISRS ha sido insatisfactoria o los efectos adversos son inaceptables. Son antidepresivos atípicos los siguientes: la venlafaxina, la duloxetina, el bupropión, la nefazodona y la mirtazapina (tabla 15-3). La venlafaxina bloquea la recaptación de serotonina, de noradrenalina y de dopamina (débilmente). La duloxetina bloquea de forma selectiva la recaptación tanto de la serotonina como de la noradrenalina. El bupropión inhibe de forma modesta la recaptación de noradrenalina, inhibe débilmente la recaptación de dopamina, y no tiene ningún efecto sobre la serotonina. El bupropión se usa sobre todo como ayuda para dejar de fumar.

**Tabla 15-2. Antidepresivos tricíclicos**

Nombre genérico	Efectos secundarios	Observaciones para el personal de enfermería
Amitriptilina	Mareos, hipotensión ortostática, taquicardia, sedación, cefalea, temblores, visión borrosa, estreñimiento, sequedad de boca y de garganta, disuria inicial y sudoración	Ayude al paciente a levantarse despacio cuando esté sentado Administre el medicamento al acostarse Recomiende al paciente que utilice caramelos duros o bebidas sin azúcar Asegúrese de que la nutrición y la ingesta de líquidos son adecuadas Recomiende al paciente que haga ejercicio físico Atención a la función cardíaca
Amoxapina	Mareos, hipotensión ortostática, sedación, insomnio, estreñimiento, sequedad de boca y de garganta, exantema	Ayude al paciente a levantarse despacio cuando esté sentado Administre el medicamento al acostarse si aparece sedación Asegúrese de que la ingesta de líquidos es la adecuada Recomiende al paciente utilizar caramelos duros o bebidas sin azúcar Si aparece exantema, notifíquelo al médico
Doxepina	Mareos, hipotensión ortostática, taquicardia, sedación, visión borrosa, estreñimiento, sequedad de boca y de garganta, aumento de peso y sudoración	Ayude al paciente a levantarse despacio cuando esté sentado Administre el medicamento al acostarse si hay sedación Asegúrese de que la nutrición y la ingesta de líquidos son adecuadas Recomiende al paciente que utilice caramelos duros o bebidas sin azúcar Recomiende al paciente que haga ejercicio físico
Imipramina	Mareos, hipotensión ortostática, debilidad, cansancio, visión borrosa, estreñimiento, sequedad de boca y de garganta y aumento de peso	Ayude al paciente a levantarse despacio cuando esté sentado o tumbado Asegúrese de que la nutrición y la ingesta de líquidos son adecuadas Recomiende al paciente que utilice caramelos duros o bebidas sin azúcar Recomiende al paciente que haga ejercicio físico
Desipramina	Arritmias cardíacas, mareos, hipotensión ortostática, inquietud, insomnio, disfunción sexual, sequedad de boca y de garganta y exantema	Atención a la función cardíaca Ayude al paciente a levantarse despacio cuando está sentado Administre el medicamento por la mañana si aparece insomnio Recomiende al paciente que utilice caramelos duros o bebidas sin azúcar
Nortriptilina	Arritmias cardíacas, taquicardia, confusión, inquietud, temblores, estreñimiento y sequedad de boca y de garganta	Si aparece exantema o disfunción sexual, notifíquelo al médico Atención a la función cardíaca Administre el medicamento por la mañana si aparece inquietud Asegúrese de que la ingesta de líquidos es la adecuada Recomiende al paciente utilizar caramelos duros o bebidas sin azúcar Si aparece confusión, notifíquelo al médico

La nefazodona inhibe la recaptación de serotonina y de noradrenalina y tiene pocos efectos secundarios. Su semivida es de 4 h y puede administrarse a paciente con hepatopatías o nefropatías. Incrementa la acción de algunas benzodiazepinas (alprazolam, estazolam y triazolam) y de la terfenadina, que es un bloqueante de H<sub>2</sub>. La mirtazapina también inhibe la recaptación de serotonina y de noradrenalina, y produce pocos efectos secundarios sexuales; sin embargo, está asociada con una incidencia más elevada de aumento de peso, sedación y efectos secundarios anticolinérgicos (Facts and Comparisons, 2009).

**Inhibidores de la monoaminoxidasa.** Los IMAO se utilizan con poca frecuencia debido a que sus efectos secundarios pueden poner en peligro la vida del paciente y sus muchas interacciones farmacológicas, tanto con medicamentos prescritos por el médico como con preparados de venta en farmacias que se compran sin receta médica (tabla 15-4). El efecto secundario más grave de los IMAO son las **crisis hipertensivas** que pueden llevar al paciente a la muerte. Estas crisis se producen cuando se toma un IMAO y se consume un alimento líquido o sólido rico en tiramina (v. cap. 2, cuadro 2-1) u otro

medicamento que tiene interacciones farmacológicas con el IMAO. Los síntomas son: cefalea occipital, hipertensión arterial, náuseas, vómitos, escalofríos, inquietud, rigidez en la nuca, dilatación pupila, fiebre y excitación psicomotriz. Más tarde, puede presentarse hiperpirexia, hemorragia cerebral y muerte. La interacción entre el IMAO y la tiramina produce síntomas entre 20 min y 60 min después de la ingesta del alimento. El tratamiento de las crisis hipertensivas consiste en la administración de antihipertensores como el mesilato de fentolamina para dilatar los vasos sanguíneos y disminuir la resistencia vascular (Facts and Comparisons, 2009).

Con los IMAO, transcurren entre 2 y 4 semanas antes de alcanzarse la concentración terapéutica. Teniendo esto en cuenta, se recomienda proceder a un período de lavado de 5 a 6 semanas entre la fecha en la que se suspende el tratamiento con el IMAO y se inicia el tratamiento con un antidepresivo de otra clase farmacológica.

### *Otros tratamientos médicos y psicoterapia*

**Terapia electroconvulsiva.** Los psiquiatras utilizan a veces la terapia electroconvulsiva (TEC) para el tratamiento de la depresión en algunas poblaciones de pacientes, como los enfermos que no responden a los antidepresivos y los que presentan efectos secundarios intolerables producidos por la medicación antidepresiva a dosis terapéuticas (esto ocurre especialmente en el caso de los pacientes mayores). Además, la TEC puede administrarse a las mujeres embarazadas sin peligro para el feto. También puede utilizarse en los pacientes con un riesgo muy elevado de suicidio cuando existe preocupación por la seguridad del paciente mientras se está a la espera de que empiece a hacer efecto el antidepresivo.

**Tabla 15-3. Antidepresivos atípicos**

Nombre genérico	Efectos secundarios	Observaciones para el personal de enfermería
Venlafaxina	Aumento de la presión arterial y de la frecuencia del pulso, náuseas, vómitos, cefalea, mareos, somnolencia, sequedad de boca y sudoración; puede alterar el resultado de muchas pruebas de laboratorio (p. ej., AST, ALT, fosfatasa alcalina, creatinina, glucosa y electrolitos)	Administre el medicamento con comida Asegúrese de que la ingesta de líquidos es adecuada Administre el medicamento por la tarde Recomiende al paciente que utilice caramelos duros o bebidas sin azúcar
Duloxetina	Aumento de la presión arterial y de la frecuencia del pulso, náuseas, vómitos, somnolencia o insomnio, cefalea, sequedad de boca, estreñimiento, disminución del umbral de la actividad comicial y disfunción sexual	Administre el medicamento con comida Asegúrese de que la ingesta de líquidos es adecuada Recomiende al paciente que utilice caramelos duros o bebidas sin azúcar
Bupropión	Náuseas, vómitos, disminución del umbral de la actividad comicial, agitación, inquietud, insomnio, puede alterar el sentido del gusto, visión borrosa, aumento de peso y cefalea	Administre el medicamento por la mañana Asegurar una alimentación equilibrada y ejercicio físico
Nefazodona	Cefalea, mareos y somnolencia; puede alterar los resultados de las pruebas de laboratorio para AST, ALT, LDH, colesterol y glucosa, así como el hematocrito	Administre el medicamento antes de las comidas (los alimentos inhiben la absorción del fármaco) Atención a las funciones hepática y renal
Mirtazapina	Sedación, mareos, sequedad de boca y de garganta, aumento de peso, disfunción sexual y estreñimiento	Administre el medicamento por la tarde Recomiende al paciente que utilice caramelos duros o bebidas sin azúcar Asegúrese de que la alimentación y la ingesta de líquidos sean las adecuadas

ALT, alanina aminotransferasa; AST, aspartato aminotransferasa; LDH, deshidrogenasa láctica.

**Tabla 15-4. Antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa**

Nombre genérico	Efectos secundarios	Observaciones para el personal de enfermería
Isocarboxazida Fenelzina Tranilcipromina	Somnolencia, sequedad de boca, hiperactividad, insomnio, náuseas, anorexia, estreñimiento, retención de orina e hipotensión ortostática	Ayude al paciente a levantarse despacio cuando esté sentado Administre el medicamento por la mañana Administre con la comida Asegúrese de que la ingesta de líquidos es adecuada Informe y eduque al paciente y a la familia sobre la importancia de seguir una dieta baja en tiramina

La TEC consiste en la colocación de electrodos en la cabeza del paciente para administrar un impulso eléctrico al cerebro. El impulso provoca una crisis convulsiva, que se cree que estimula la neuroquímica del encéfalo, lo que a su vez permite corregir el desequilibrio químico que existe en la depresión. Antiguamente no se administraba al paciente un anestésico ni ninguna otra medicación antes de la TEC, y sufría convulsiones tonicoclónicas generalizadas que causaban diferentes tipos de lesiones, desde mordeduras de la lengua hasta la fractura de algún hueso. Durante un período se abandonó el uso de la TEC en la práctica clínica de la psiquiatría, ya que se consideraba un procedimiento cruel, pero en la actualidad la TEC se administra de forma segura y humanitaria, sin que el paciente sufra apenas daño. Aun así, sigue habiendo profesionales que critican esta modalidad de tratamiento.

El paciente suele recibir entre 6 y 15 sesiones (tres cada semana). Por lo general, se requiere un mínimo de seis sesiones para alcanzar una mejoría sostenida de los síntomas

de la depresión. El máximo beneficio se obtiene con un intervalo de entre 12 y 15 sesiones.

La preparación del paciente para una sesión de TEC es similar a la que se realiza en caso de cirugía menor. Desde las 12 de la noche del día anterior, el paciente no puede tomar nada, ni siquiera agua. Si lo hubiera, se retira el esmalte de las uñas y se vacían la vejiga y el intestino grueso justo antes del procedimiento. Se coloca una vía intravenosa para la administración de la medicación.

### *¡Precaucion!*



#### **Síndrome serotoninérgico**

El síndrome serotoninérgico se produce cuando el período de lavado entre la fecha en la que se ha suspendido el tratamiento con un IMAO y la fecha en la que se ha comenzado el tratamiento con un ISRS ha sido demasiado corto o cuando un IMAO se administra al mismo tiempo que la petidina. Los síntomas del síndrome serotoninérgico son:

- Alteraciones del estado mental: confusión y agitación.
- Excitación neuromuscular: rigidez muscular, debilidad, reacción pupilar lenta, escalofríos, temblores, mioclonía, síncope y parálisis muscular.
- Alteraciones del sistema nervioso autónomo: hipertermia, taquicardia, taquipnea, sialorrea y sudoración.

### *¡Precaucion!*



#### **Sobredosis de IMAO y de antidepresivos cíclicos**

Tanto los IMAO como los antidepresivos cíclicos pueden producir la muerte del paciente en caso de sobredosis. Para disminuir el riesgo de sobredosis, a los pacientes deprimidos o impulsivos que estén tomando un antidepresivo de alguna de estas dos clases farmacológicas se les prescribirá el fármaco en envases con un número limitado de comprimidos.

### *¡Precaucion!*



#### **Interacciones farmacológicas de los IMAO**

Los IMAO presentan numerosas interacciones farmacológicas. Los siguientes fármacos pueden causar interacciones potencialmente mortales:

- Anfetaminas
- Antidepresivos ISRS
- Antidepresivos tricíclicos
- Efedrina
- Fenfluramina
- Fenilefrina



- Fenilpropanolamina
- Isoproterenol
- Petidina
- Pseudoefedrina
- Tiramina

Se administra al paciente un anestésico de acción corta para que no se despierte durante la sesión. A continuación se administra un relajante o un bloqueante muscular, generalmente succinilcolina, con el fin de relajar todos los músculos y reducir los signos externos de la crisis convulsiva (p. ej., las contracciones tonicoclónicas). Los electrodos se colocan en la cabeza del paciente, a la derecha o la izquierda (descarga unilateral) o a ambos lados (descarga bilateral). Se administra un impulso eléctrico que provoca actividad comicial en el encéfalo. La actividad comicial se monitoriza mediante el electroencefalograma (EEG). Se administra oxígeno y se ayuda al paciente a respirar mediante una bolsa de ventilación. El paciente suele empezar a despertarse unos minutos después de concluido el procedimiento. Se monitorizan las constantes vitales y se comprueba que el paciente ha recuperado el reflejo faríngeo.

Después de la TEC, el paciente suele estar algo confuso o desorientado, muy cansado y con dolor de cabeza. Estos síntomas son similares a los que se observan en los pacientes epilépticos después de sufrir convulsiones tonicoclónicas. También es normal que después de la TEC el paciente presente alteración de la memoria a corto plazo. Puede comer tan pronto como tenga hambre y en general se quedará dormido durante algún tiempo. La cefalea se trata sintomáticamente.

La TEC unilateral provoca menor pérdida de memoria, pero se necesitan más sesiones para apreciar una mejoría sostenida de los signos y síntomas de la depresión. La TEC bilateral produce una mejoría más rápida del cuadro clínico, pero a expensas de una mayor pérdida de la memoria a corto plazo.

Los autores están divididos respecto a la eficacia de la TEC. Los resultados de algunos estudios indican que la TEC es tan eficaz como la medicación en el tratamiento de la depresión, mientras que otros señalan que lo único que se consigue es una mejoría a corto plazo. Por otro lado, hay estudios que indican que la pérdida de memoria que produce la TEC como efecto secundario dura poco, mientras que otros señalan que la alteración mnésica puede ser grave y persistente (Fenton, Fasula, Ostroff y Sanacora, 2006; Ross, 2006).

La TEC también se utiliza para prevenir la recurrencia del episodio depresivo. A algunos pacientes se les sigue administrando (p. ej., una vez al mes) para mantener la mejoría del estado de ánimo. En otros casos, se recurre al tratamiento psicofarmacológico después de la TEC para prevenir la recaída. Los resultados de los estudios demuestran que el mantenimiento de la TEC es eficaz para la prevención secundaria (Frederikse, Petrides y Kellner, 2006).

**Psicoterapia.** La combinación de psicoterapia y medicación se considera la modalidad de tratamiento más eficaz para los trastornos depresivos. Ningún tipo de psicoterapia ha demostrado mayor eficacia que los otros para el tratamiento de la depresión (Rush,



2005). Los objetivos del tratamiento combinado son: la remisión de la sintomatología, la reintegración psicosocial, la prevención de la recaída, la disminución de las consecuencias secundarias del trastorno, como los conflictos matrimoniales y de pareja y los problemas laborales, y la mejora del cumplimiento terapéutico.

La psicoterapia interpersonal se centra en los problemas relacionados con las relaciones, como las reacciones ante la pérdida, los conflictos motivados por los roles y las transiciones en los roles. Por ejemplo, una persona que en su infancia no aprendió a relacionarse con los demás fuera del ámbito familiar, tendrá dificultades para entablar relaciones de amistad cuando sea adulto. La psicoterapia interpersonal puede ayudar a esta persona a encontrar la forma de completar la tarea psicoevolutiva que no realizó en su momento.

Tabla 15-5. Distorsiones cognitivas que se tratan en la psicoterapia cognitiva

Distorsión cognitiva	Definición
Pensamiento dicotómico o absolutista	Tendencia a percibir todo en términos extremos (p. ej., todo o nada, blanco o negro)
Inferencia arbitraria	Tendencia a extraer conclusiones sin evidencia suficiente (p. ej., pensar que todo va a salir mal sin disponer de información suficiente para concluirlo)
Abstracción selectiva	Tendencia a centrarse en un detalle (generalmente de poca importancia) pasando por alto otros detalles más importantes de la experiencia o de la situación (p. ej., centrarse en un aspecto negativo de poca importancia y no ver los aspectos positivos)
Sobregeneralización	Tendencia a extraer conclusiones sobre aspectos o situaciones en las que la persona no tiene suficiente experiencia (p. ej., si una experiencia ha sido negativa, entonces todas las experiencias similares tendrán que ser negativas)
Maximización y minimización	Tendencia a sobrevalorar o a infravalorar la importancia de un hecho (p. ej., un hecho negativo, pero sin importancia, es el fin del mundo, mientras que no se da ninguna importancia a los hechos positivos)
Personalización	Tendencia a pensar que cualquier hecho tiene que ver con uno mismo (autorreferencia) sin disponer de ningún dato o prueba que avale esta suposición (p. ej., pensar que el comentario hecho por una persona va dirigido a uno mismo, cuando en realidad nada tiene que ver con la persona que se siente aludida)

La terapia conductual o análisis y modificación de conducta tiene como objetivo aumentar la frecuencia de las interacciones positivas del paciente con el entorno y disminuir las negativas. En algunos casos, esta modalidad de psicoterapia se centra en la mejora de las habilidades sociales.

La terapia cognitiva se centra en la forma en la que el paciente piensa sobre sí mismo, sobre los demás y en la forma en la que interpreta su futuro y sus experiencias. En este tipo de psicoterapia, se trabaja sobre los pensamientos distorsionados del paciente (distorsiones cognitivas) y en la relación existente entre estas distorsiones, por un lado, y los sentimientos, la conducta y las habilidades funcionales, por otro. En la [tabla 15-5](#) se presentan las distorsiones en las que se centra la terapia cognitiva.

**Tratamientos en investigación.** Hay una serie de tratamientos para la depresión que se encuentran actualmente en fase de investigación, como la estimulación magnética transcraneal (EMT), la terapia magnética convulsiva, la estimulación cerebral profunda y la estimulación del nervio vago. De éstas, la que más cerca se encuentra de recibir autorización para su uso en la práctica clínica es la EMT. Parece ser una modalidad de tratamiento segura, pero se requieren más estudios para determinar su eficacia en el

tratamiento de la depresión (Eitan y Lerer, 2006).

## APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: DEPRESIÓN

### Valoración

#### *Antecedentes*

El profesional de enfermería puede recoger los datos de la valoración directamente del paciente o recurrir a la familia, a los amigos y a otras personas allegadas, o puede recurrir a ambas fuentes. Asimismo, puede obtener datos de la historia clínica del paciente y de otros documentos elaborados por los profesionales sanitarios que han atendido al enfermo hasta ese momento. La valoración de estos pacientes suele ser prolongada porque hay que hacer pausas periódicas porque los pacientes deprimidos, sobre todo cuando el trastorno es grave, se cansan y se sienten abrumados con facilidad. Puede que el paciente tarde más tiempo de lo normal en procesar las preguntas del profesional y en encontrar la respuesta. Es importante que el profesional no intente meter prisa al paciente, porque, si lo hace, puede producir una gran frustración al enfermo y, como consecuencia, la recogida de los datos para la valoración será incompleta.

Para valorar la percepción que el paciente tiene del problema, el profesional le preguntará por los cambios que se han ido produciendo en su comportamiento: cuándo empezaron, qué ocurría cuando empezaron, cuánto han durado y qué ha hecho o ha intentado hacer el paciente al respecto. La valoración de los antecedentes es importante para detectar los episodios depresivos anteriores, el tratamiento que se utilizó y la respuesta del paciente al tratamiento. El profesional preguntará también sobre los antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo, de intentos de suicidio y de suicidio consumado.


#### *Aspecto general y comportamiento motor*

Muchos pacientes con depresión tienen un aspecto triste, y a veces, parece que están enfermos. La posición del cuerpo suele ser encorvada, con la cabeza baja y sin apenas contacto visual. Es frecuente el **retraso psicomotor** (lentitud de los movimientos del cuerpo, de los procesos cognitivos y de la interacción verbal). Las respuestas a las preguntas del profesional pueden ser desganadas y excesivamente breves (con sólo una o dos palabras). La **latencia de la respuesta** puede ser de 30 s o más. Es frecuente que los pacientes respondan a las preguntas con un «no sé» debido al cansancio y que se sienten abrumados por el solo hecho de pensar que tienen que dar una respuesta más elaborada. Algunos pacientes con depresión pueden presentar signos de ansiedad, incluso de agitación, como retorcerse y moverse constantemente en la silla. En estos casos, se habla de **excitación psicomotriz**, y, si la excitación es grave, se habla de depresión agitada (aumento de los pensamientos y de los movimientos del cuerpo, caminar por la habitación de un lado para otro, pensamiento acelerado e irritabilidad).

#### *Estado de ánimo y afectos*

Los pacientes con depresión se describen a sí mismos como tristes, desesperanzados, impotentes, indefensos, hundidos o ansiosos. Otros dicen que son una carga para los

demás o que son un completo fracaso, que no han tenido suerte en la vida, que todo les ha salido mal y cosas similares. Se sienten frustrados y se enfadan consigo mismos con mucha facilidad, y a veces también pueden estar enfadados con los demás (APA, 2000). La **anhedonia**, es decir, la pérdida del interés y el placer en las actividades que antes resultaban gratificantes, es uno de los síntomas más frecuentes. El paciente puede mostrarse apático, con desinterés por cuidar de sí mismo y por su apariencia personal, por las actividades y tareas de la vida diaria, por la familia, por el trabajo, y en general, por todo cuanto le rodea.


Plan de atención de enfermería | Depresión

---

**Diagnóstico de enfermería**

**Estrategias de afrontamiento ineficaces:** incapacidad para llevar a cabo una evaluación adecuada de los estresores, elección inadecuada de las respuestas al estrés, y/o incapacidad de utilizar los recursos disponibles.

DATOS DE LA VALORACIÓN	RESULTADOS ESPERABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ideación o conducta suicida.</li> <li>• Retraso de los procesos mentales.</li> <li>• Alteraciones del pensamiento.</li> <li>• Sentimientos de desesperación, desesperanza o de falta de capacidad o de valor como persona.</li> <li>• Sentimientos de culpabilidad.</li> <li>• Anhedonia (incapacidad para sentir placer).</li> <li>• Desorientación.</li> <li>• Inquietud o agitación generalizada.</li> <li>• Alteraciones del sueño: despertarse antes de la hora, insomnio o hipersomnia.</li> <li>• Odio u hostilidad (pueden no manifestarse abiertamente)</li> <li>• Rumiación obsesiva.</li> <li>• Delirios, alucinaciones u otros síntomas psicóticos.</li> <li>• Disminución del interés por las relaciones sexuales.</li> <li>• Miedo a la intensidad de los sentimientos y emociones.</li> <li>• Ansiedad.</li> </ul>	<p><b>Inmediatos</b></p> <p><i>El paciente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se hará daño así mismo.</li> <li>• Se implicará en interacciones basadas en la realidad.</li> <li>• Estará orientado con respecto a las personas, el espacio y el tiempo.</li> <li>• Expresará verbalmente el enfado, el odio y la hostilidad de forma abierta en un entorno donde se sienta seguro, por ejemplo, hablando con el personal sanitario.</li> </ul> <p><b>Estabilización</b></p> <p><i>El paciente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se expresará de forma directa y abierta y con coherencia tanto verbal como no verbal.</li> <li>• No presentará sintomatología psicótica.</li> <li>• Demostrará un buen nivel de funcionamiento psicomotor.</li> </ul> <p><b>En la comunidad</b></p> <p><i>El paciente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se le ha prescrito medicación, demostrará que conoce el tratamiento farmacológico para la depresión y su cumplimiento terapéutico será satisfactorio.</li> <li>• Demostrará que han mejorado sus estrategias de afrontamiento para hacer frente a la ansiedad, al estrés y a la frustración.</li> <li>• Expresará verbalmente o demostrará que acepta las pérdidas y los cambios.</li> <li>• Será capaz de encontrar un sistema de apoyo social en la comunidad.</li> </ul>
<p><b>PUESTA EN PRÁCTICA</b></p> <p><b>Intervenciones de enfermería (*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)</b></p> <p>Proporcione un entorno seguro al paciente.</p> <p>Evalúe de forma continua el riesgo potencial de suicidio. Sea consciente de ese riesgo potencial en todo momento.</p> <p>Observe de cerca al paciente, especialmente en las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Después de que la medicación antidepressiva comience a mejorar el estado de ánimo del paciente.</li> <li>• Durante el tiempo no estructurado en la unidad o en momentos en que el número de personal de la unidad es limitado.</li> <li>• Después de cualquier cambio radical de comportamiento (alegría súbita, alivio o regalar al personal sus pertenencias).</li> </ul> <p>Reorienta al paciente respecto a las personas, el espacio y el tiempo según sea necesario (llámelo siempre por su nombre, dígame cómo se llama usted, dígame dónde está, etc.).</p> <p>Pase tiempo con el paciente.</p> <p>Si el paciente presenta rumiación obsesiva, dígame que va a hablar con él sobre la realidad o sobre sus sentimientos, pero restrinja la atención que presta a las expresiones procedentes de la rumiación obsesiva.</p>	<p><b>Justificación</b></p> <p>La seguridad física del paciente es una prioridad. Muchos artículos habituales pueden ser utilizados con propósitos autodestructivos. Los pacientes deprimidos pueden tener riesgo potencial de suicidio que pueden expresar o no y que puede cambiar con el tiempo. El riesgo de suicidio es mayor cuando el nivel de energía del paciente aumenta por el efecto de la medicación. También aumenta cuando el paciente no está participando en actividades programadas o cuando las posibilidades de supervisión del paciente disminuyen. Estos cambios pueden indicar que el paciente ha tomado la decisión de intentar el suicidio.</p> <p>La presentación repetida de la realidad refuerza la orientación del paciente.</p> <p>La presencia física del profesional le ayuda a conectar con la realidad.</p> <p>Disminuir la atención puede contribuir a reducir la rumiación obsesiva. Reforzar la orientación del paciente respecto a la realidad y la expresión de los sentimientos contribuirá a promover estos comportamientos.</p>

Continúa



## DATOS DE LA VALORACIÓN

Intervenciones de enfermería (*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)	Justificación
Al principio, siempre que sea posible, se asignará un único profesional al paciente.	La capacidad del paciente de responder a otras personas puede ser muy limitada. Restringir al principio el número de nuevos contactos sirve para promover la familiaridad y confianza del paciente. No obstante, hay que aumentar progresivamente el número de personas que interactúan con el enfermo para reducir su dependencia y mejorar sus habilidades para comunicarse con diferentes personas.
Cuando se dirija al paciente, utilice un tono de voz suave y tranquilo. Evite mostrarse demasiado contento o animoso.	Una actitud demasiado animosa puede hacer pensar al paciente que el objetivo es mostrarse contento y que cualquier otro sentimiento o actitud es inadecuado.
Utilice el silencio y la escucha activa cuando interactúe con el paciente. Transmitale que se preocupa por él y que lo considera una persona digna y valiosa.	Si habla usted demasiado, es posible que el paciente no se anime a expresarse verbalmente. Tenga en cuenta que su presencia y sus silencios transmiten al enfermo reconocimiento e interés.
Síntese con comodidad con el paciente en silencio. Transmitale la idea de que está usted disponible para conversar, pero no le presione para que hable.	El silencio del profesional transmite la expectativa de que el paciente se exprese verbalmente, y al mismo tiempo, su comprensión de las dificultades que tiene para comunicarse verbalmente.
Al principio, utilice frases directas y sencillas; evite las frases complejas y las instrucciones.	La capacidad del paciente de percibir y responder a los estímulos directos está alterada.
No haga demasiadas preguntas al paciente; sobre todo no haga demasiadas preguntas a las que el enfermo pueda contestar con un «sí» o un «no» o con respuestas demasiado breves.	Preguntar demasiado o utilizar preguntas que requieren respuestas breves puede desmotivar al paciente a la hora de expresar verbalmente sus sentimientos.
No interrumpa la interacción con comentarios demasiado optimistas o lugares comunes (p. ej., «nadie quiere morir» o «dentro de poco se sentirá mejor»). No reste importancia a los sentimientos y problemas del paciente. Acepte que lo que dice es un reflejo real de cómo se siente, y promueva la expresión verbal de las emociones, sentimientos y problemas, sobre todo de aquellos más difíciles de expresar para el enfermo (p. ej., el enfado, el odio y la hostilidad).	Es posible que usted se sienta incómodo con algunos sentimientos que el paciente expresa. Cuando esto ocurra, es importante que lo comente con algún colega. Esto es mejor que transmitir, directa o indirectamente, la incomodidad al paciente. Transmitir al enfermo que sus sentimientos carecen de importancia o que son inadecuados es una actitud perjudicial para la recuperación del paciente.
Anime y motive al paciente a expresar los sentimientos y emociones de la forma que le resulte más fácil, verbal o no verbal. Haga saber al enfermo que le escuchará y que aceptará lo que diga.	Expresar los sentimientos puede contribuir a aliviar la desesperación, la tristeza y otros síntomas de la depresión. Los sentimientos no son intrínsecamente buenos o malos. En ningún momento debe emitir juicios de valor sobre los sentimientos del paciente.
Permita (y anime) que el paciente lllore. Si el enfermo lo desea, quédese a su lado y apóyelo. Si no desea que esté con él, proporcionele intimidad, a no ser que dejarle solo pueda afectar negativamente a su seguridad.	El llanto es una forma sana de expresar los sentimientos de tristeza, desesperanza y desesperación. Puede que el paciente se sienta incómodo llorando, y que por tanto, necesite que se le anime a llorar o que se le deje solo.
Interactúe con el paciente partiendo de temas con los que se sienta cómodo. No intente presionarle para que le proporcione información.	Los temas con los que el paciente se siente incómodo y los intentos del profesional de sonsacarle información pueden desmotivar al enfermo a la hora de comunicarse con el profesional. Una vez que se ha establecido la confianza, irá hablando de temas cada más conflictivos o incómodos.
Enseñe al paciente el proceso de solución de problemas: identificar el problema, buscar posibles soluciones, elegir la que parezca mejor, poner en práctica la solución elegida, evaluar los resultados obtenidos.	El paciente puede desconocer que existe un método sistemático para la solución de problemas. El uso eficaz del método de solución de problemas favorece la confianza del paciente para utilizar sus habilidades de afrontamiento.
Proporcione al paciente refuerzos positivos en cada paso del proceso para la solución de problemas. Si el paciente no está satisfecho con la solución elegida, ayúdele a elegir una solución	Proporcionar refuerzos positivos en cada paso del proceso de solución de problemas sirve para aumentar las posibilidades de que el paciente obtenga resultados eficaces; además, le anima a persistir y contribuye a aumentar la confianza en sí mismo. El enfermo debe aprender a «sobrevivir» incluso a pesar de haber cometido un error.

Adaptado de Schultz JM y Videbeck SL (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8.ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

El afecto es triste o deprimido y puede haber afecto aplanado (ausencia de expresiones verbales y no verbales que denoten la existencia de emociones). Los pacientes deprimidos suelen sentarse solos, mirando al vacío o absortos en sus pensamientos. Cuando alguien se acerca a ellos, interactúan mínimamente con unas cuantas palabras o gestos. Les abruma el ruido y la gente, sobre todo si temen que pueden hacerles alguna demanda dirigida a la interacción interpersonal, por lo que se retiran de los estímulos del ambiente y se retraen del contacto social.

### Proceso y contenido del pensamiento

Los pacientes con depresión presentan un retraso de los procesos del pensamiento: dan la impresión de que piensan a cámara lenta. Si la depresión es grave, es posible que no

respondan verbalmente a las preguntas. Estos pacientes tienen tendencia a pensar de forma negativa y pesimista, es decir, piensan que van a sentirse siempre mal, que nada va a cambiar y que no hay nada en el mundo que les pueda servir para mejorar. Son frecuentes los autorreproches, los comentarios autodespreciativos, las críticas implacables a sí mismos y la tendencia a centrarse sólo en los aspectos negativos. Estos pacientes son propensos a la **rumiación obsesiva** (pensar una y otra vez en el mismo asunto). En la depresión psicótica se observan delirios, generalmente de autoinculpación (el paciente se siente responsable de todas las tragedias y miserias del mundo).

Es frecuente que los pacientes con depresión piensen en la muerte o tengan ideación suicida. Es importante evaluar la ideación suicida preguntando directamente al paciente. El profesional puede preguntar: «¿está usted pensando en suicidarse?» o «¿piensa usted en el suicidio?». La mayoría de los pacientes suelen reconocer sin ningún problema la ideación suicida. El suicidio se trata de forma detallada más adelante en este mismo capítulo.

### *Nivel de consciencia y procesos cognitivos*

Algunos pacientes con depresión están orientados temporoespacialmente y respecto a las personas; sin embargo, otros presentan dificultades para orientarse de forma correcta, sobre todo si hay síntomas psicóticos o muestran una retracción muy acusada respecto al entorno. La evaluación del funcionamiento intelectual es difícil debido a la parquedad a la hora de responder a las preguntas del profesional. La alteración mnésica es frecuente. Al paciente le cuesta mucho trabajo concentrarse y prestar atención. Si se trata de una depresión psicótica, puede que el enfermo oiga voces que le degradan, le insultan o le culpan; incluso puede sufrir alucinaciones auditivas en forma de voces que le ordenan suicidarse.

### *Sentido de la realidad y capacidad de introspección*

Los pacientes con depresión presentan cierta alteración del sentido de la realidad porque no pueden utilizar correctamente las capacidades cognitivas para la solución de problemas y la toma de decisiones. En muchos casos, no pueden decidir debido a la apatía extrema o a la creencia negativa de que «nada importa, todo da igual».



### **Rumiación obsesiva.**

La capacidad de introspección suele estar intacta, en especial si el paciente ya ha pasado por un episodio depresivo antes. Sin embargo, en otros casos, el enfermo puede presentar una alteración grave de la capacidad de introspección y no ser consciente de su conducta y sentimientos, ni siquiera del trastorno que padece.

### ***Concepto de sí mismo***

El autoconcepto de estos pacientes es muy negativo. Es frecuente oírles decir frases como «no valgo para nada» o «soy un fracasado, un desastre total». Como es lógico, la autoestima es muy baja, porque al desprecio hacia sí mismo se unen los auto-rreproches y los sentimientos de culpabilidad por no ser capaz de funcionar en la vida diaria con normalidad. Con frecuencia estos pacientes personalizan los hechos que suceden en el entorno (autorreferencia) o se sienten responsables de hechos sobre los que en realidad no tienen ningún control. Piensan que son una carga para los demás, lo que en muchos casos les lleva a desear la muerte y a la ideación suicida.

### ***Roles y relaciones interpersonales***

Los pacientes con depresión tienen dificultades para desempeñar los roles y cumplir con



las responsabilidades. Cuanto más grave sea la depresión, mayor será la dificultad. Les cuesta trabajo ir a trabajar o a clase, y una vez están en su lugar de trabajo o en el centro educativo, se sienten incapaces de realizar las tareas que les corresponden. Lo mismo ocurre con las responsabilidades familiares. Al paciente le cuesta un enorme trabajo ponerse a cocinar, a limpiar, a ordenar la casa o a cuidar de sus hijos pequeños. Esta dificultad para el desempeño de los roles y para el cumplimiento de las obligaciones hace que el paciente se sienta aún más inútil y más incapaz de funcionar en la vida diaria.

La depresión puede provocar muchos problemas en las relaciones interpersonales. Los familiares pueden tener un conocimiento muy limitado de este trastorno y pensar que el paciente «debería tener más fuerza de voluntad y superar los problemas, como hace todo el mundo». Los pacientes suelen evitar el contacto con la familia y las relaciones sociales porque se sienten abrumados y no obtienen ningún placer de las relaciones interpersonales; además sienten que no pueden dar ni aportar a los demás nada que merezca la pena. Conforme el paciente se va apartando más de los demás, la depresión se agrava.

### *Problemas fisiológicos y autocuidado*

Los pacientes con depresión suelen presentar pérdida de peso corporal debido a la falta de apetito o al desinterés por la comida. Las alteraciones del sueño también son muy frecuentes: en algunos casos, el paciente no puede dormir, mientras que en otros se siente siempre cansado con independencia del tiempo que ha estado en la cama. Por otro lado, estos pacientes pierden el interés en las relaciones sexuales y los hombres suelen presentar disfunción eréctil. Algunos pacientes descuidan la higiene personal por falta de interés o de energía. El estreñimiento se debe por lo general a la reducción de la ingesta de alimentos y líquidos y a la falta de actividad. Si la ingesta de líquidos es muy reducida, el enfermo puede deshidratarse.

### *Escalas de puntuación para la evaluación de la depresión*

Algunas de las escalas para la evaluación de la depresión las cumplimenta el propio paciente (escalas autoadministradas), mientras que otras las cumplimenta el profesional haciendo preguntas al paciente. Los resultados obtenidos en estos instrumentos psicométricos, junto con la evaluación de los antecedentes personales y familiares de la conducta, de los procesos del pensamiento y de los factores del entorno, contribuyen a configurar el cuadro clínico con vistas al diagnóstico. Las principales escalas autoadministradas para la evaluación de la depresión son la Escala autoadministrada de depresión de Zung y el Inventario para la depresión de Beck. Estas escalas se utilizan para la detección sistemática de la depresión en la población general, pero también son útiles para la valoración inicial y durante el tratamiento para seguir la mejoría desde la perspectiva del paciente.

El Cuestionario para la depresión de Hamilton ([tabla 15-6](#)) es una escala de puntuación administrada por el profesional que se utiliza como una entrevista clínica. El profesional va puntuando los síntomas que presenta el paciente, como estado de ánimo deprimido, insomnio, sentimientos de culpabilidad e ideación suicida. Dispone también de un

apartado para puntuar las fluctuaciones de los síntomas durante el día, la despersonalización (sensación de irrealidad con respecto a sí mismo), los síntomas paranoides y las obsesiones.

### **Análisis de los datos**

El profesional de enfermería analizará los datos obtenidos en la valoración con el fin de determinar las prioridades y elaborar el plan de tratamiento. Los diagnósticos de enfermería que suelen aplicarse a los pacientes con depresión son los siguientes:

- Riesgo de suicidio.
- Nutrición desequilibrada: el paciente no recibe el aporte nutricional mínimo.
- Ansiedad.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Desesperanza.
- Desempeño ineficaz del rol.
- Déficit del autocuidado.
- Baja autoestima crónica.
- Alteración del patrón del sueño.
- Alteración de la interacción social.

### **Resultados esperables**

El resultado en los pacientes con depresión se relaciona con la forma en la que se manifiesta la depresión, por ejemplo, si el paciente presenta excitación psicomotriz o retraso psicomotor, si duerme demasiado o demasiado poco, etc. Los siguientes son ejemplos de resultados en el caso de un paciente con depresión y retraso psicomotor:

- El paciente no se lesionará a sí mismo.
- El paciente realizará de forma independiente las actividades de la vida diaria (p. ej., ducharse, cambiarse de ropa y acicalarse).
- El paciente seguirá unos hábitos diarios que aseguren un buen equilibrio entre el descanso, el sueño y la actividad.
- El paciente seguirá unos hábitos diarios que aseguren una alimentación, hidratación y eliminación equilibradas.
- El paciente evaluará sus propias habilidades y puntos fuertes de forma realista.
- El paciente socializará con el personal sanitario, con otros pacientes, con sus familiares y con sus amigos.
- El paciente se reincorporará a su puesto de trabajo o a sus estudios.
- El paciente mostrará un cumplimiento terapéutico satisfactorio del tratamiento antidepresivo.
- El paciente expresará verbalmente los síntomas indicativos de recaída.

### **Intervención**

*Proporcionar seguridad al paciente*

La prioridad más importante es determinar si existe o no ideación suicida. Si el paciente presenta ideación suicida u oye voces que le ordenan suicidarse, hay que tomar medidas de forma inmediata. Si el enfermo ha urdido un plan para suicidarse, el profesional le hará una serie de preguntas para determinar la seriedad y la peligrosidad del plan del paciente. El profesional transmitirá la información obtenida al equipo multidisciplinario de tratamiento. Todo el personal sanitario seguirá las instrucciones de seguridad de los protocolos de procedimientos del centro médico (p. ej., eliminación de los objetos peligrosos, aumento de la supervisión). Más adelante en este mismo capítulo se trata en detalle el tema del suicidio.

### *Establecer y mantener la relación con el paciente*

Es importante establecer una buena relación con los pacientes que padecen una depresión con independencia del estado en el que se encuentre la depresión. Algunos pacientes son bastante abiertos y directos a la hora de hablar de sus sentimientos de tristeza, desesperanza, impotencia, indefensión o inquietud, pero pueden ser incapaces de mantener una interacción prolongada con el profesional, por lo que las visitas frecuentes y de poca duración serán más útiles para que el profesional pueda evaluar el estado del paciente y establecer una relación.

Al personal de enfermería puede resultarle difícil interactuar con estos pacientes debido a la tendencia que todos tenemos a identificarnos con las personas que están tristes y deprimidas. Por otro lado, el profesional puede tener la sensación de que «no puede hacerse nada» por los pacientes cuya respuesta es muy limitada. Los pacientes con retraso psico-motor (lentitud del habla, de los movimientos y de los procesos del pensamiento) son muy poco comunicativos e incluso pueden presentar mutismo. El profesional puede sentarse con el enfermo durante unos cuantos minutos varias veces al día.

**Tabla 15-6. Cuestionario para la depresión de Hamilton**

Marque en cada ítem la frase que mejor se adapte al estado del paciente.

- 1: Estado de ánimo deprimido (tristeza, desesperanza, indefensión, sensación de inutilidad)
  - 0 Ausente
  - 1 Expresa estos sentimientos sólo cuando se le pregunta cómo se siente
  - 2 Expresa estos sentimientos verbalmente de forma espontánea (sin necesidad de que se le pregunte)
  - 3 Expresa estos sentimientos de forma no verbal (expresión facial, postura, voz y tendencia al llanto)
  - 4 El paciente, mediante la comunicación verbal y no verbal, expresa PRÁCTICAMENTE SÓLO estos sentimientos
- 2: Sentimientos de culpabilidad
  - 0 Ausentes
  - 1 Autorreproches, siente que ha fallado a las personas de su entorno
  - 2 Ideas de culpabilidad o rumiación obsesiva sobre los errores, faltas o pecados cometidos en el pasado
  - 3 Piensa que el trastorno que padece es un castigo por sus malas acciones. Delirios de culpabilidad
  - 4 Oye voces que le acusan o le denigran y/o tiene alucinaciones visuales amenazadoras
- 3: Suicidio
  - 0 Ausente
  - 1 Le parece que no merece la pena vivir
  - 2 Le gustaría estar muerto o piensa en la idea de estar muerto
  - 3 Ideación suicida o gestos suicidas
  - 4 Intento o intentos de suicidio (cualquier intento grave se puntúa con 4)
- 4: Insomnio inicial
  - 0 No hay dificultad para conciliar el sueño
  - 1 Dice que a veces le cuesta trabajo conciliar el sueño, tarda más de un cuarto de hora en conciliar el sueño
  - 2 Dice que siempre le cuesta conciliar el sueño por la noche
- 5: Insomnio medio
  - 0 No hay dificultad
  - 1 Se queja de estar desvelado e inquieto durante la noche
  - 2 Se despierta durante la noche (cualquier episodio de levantarse de la cama durante la noche se puntúa 2, excepto para ir a orinar o defecar)
- 6: Insomnio tardío
  - 0 No hay dificultad
  - 1 Se despierta muy temprano por la mañana, antes de la hora, pero vuelve a dormirse
  - 2 No es capaz de volverse a dormir si se levanta de la cama
- 7: Trabajo y actividades
  - 0 No hay dificultad
  - 1 Tiene pensamientos o sensaciones de incapacidad, fatiga o debilidad para realizar tareas laborales, actividades de la vida diaria y aficiones
  - 2 Pérdida del interés en las actividades, las aficiones y el trabajo, bien porque el paciente así lo expresa verbalmente o bien porque así se deduce indirectamente de su actitud de falta de ganas, de indecisión o de dudas (siente que tiene que obligarse a sí mismo a ir al trabajo o a realizar las actividades o aficiones)
- 3: Disminución del tiempo que realmente dedica a las actividades, el trabajo o las aficiones o disminución de la productividad. Si el paciente está hospitalizado, se puntúa 3 si no dedica al menos 3 h al día a las actividades (trabajo, como tareas propias de la planta en la que está ingresado o aficiones en el hospital)
- 4: Ha dejado el trabajo debido al trastorno que padece. Si el paciente está hospitalizado, se puntúa 4 si el paciente no participa en ninguna actividad, excepto en las tareas propias de la planta en la que está ingresado o si no es capaz de realizar estas tareas sin ayuda
- 8: Retraso psicomotor (retraso del pensamiento y del habla; alteración de la capacidad de concentración; retraso de la actividad motora)
  - 0 Habla y pensamiento normales
  - 1 Ligero retraso durante la entrevista
  - 2 Retraso obvio durante la entrevista
  - 3 Dificultad para realizar la entrevista
  - 4 Estupor franco
- 9: Inquietud
  - 0 Ausente
  - 1 Durante la entrevista, juega con las manos, el pelo, etc.
  - 2 Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira del pelo, se muerde los labios, etc.
- 10: Ansiedad (psíquica)
  - 0 No hay dificultad
  - 1 Tensión subjetiva e irritabilidad
  - 2 Preocupación por asuntos de poca importancia
  - 3 Actitud aprensiva que se manifiesta por la expresión facial o en el lenguaje
  - 4 Miedos que el paciente expresa verbalmente de forma espontánea (sin necesidad de preguntarle)
- 11: Ansiedad (somática)
 

0 Ausente	Síntomas y signos indicativos de ansiedad, como:
1 Leves	Molestias gastrointestinales: sequedad de boca, ventosidades, dispepsia, diarrea, retortijones, eructos
2 Moderados	Molestias cardiovasculares: palpitaciones, cefalea
3 Graves	Molestias respiratorias: hiperventilación, disnea
4 Discapacitante	Aumento de la frecuencia urinaria, sudoración
- 12: Síntomas y signos gastrointestinales
  - 0 Ninguno
  - 1 Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que el personal sanitario tenga que animarlo. Sensación de pesadez en el abdomen
  - 2 Dificultad para comer cuando el personal sanitario no le fuerza. El paciente pide o necesita laxantes u otros medicamentos para defecar o medicamentos para los signos y síntomas gastrointestinales
- 13: Signos y síntomas somáticos (generales)
  - 0 Ninguno
  - 1 Sensación de pesadez en las extremidades, la cabeza o la espalda. Dolor de espalda, cefalea, mialgias. Disminución de la energía o se cansa fácilmente
  - 2 Cualquier síntoma o signo claro y específico se puntúa 2



14: Signos y síntomas genitales	0 Ausente	Signos y síntomas tales como:	3 Ideas de referencia
	1 Leve	Pérdida de la libido	4 Delirio de referencia y de persecución
	2 Grave	Dismenorrea	21: Signos y síntomas obsesivos y compulsivos
15: Hipocondría	0 Ausente		0 Ausentes
	1 Centrado en pensamientos sobre el cuerpo y la salud		1 Leves
	2 Preocupación por la salud		2 Graves
	3 Quejas somáticas frecuentes, visitas al médico con más frecuencia de lo normal, etc.		22: Sensación de indefensión
	4 Delirio hipocondríaco		0 Ausente
16: No hay pérdida de peso			1 El paciente expresa estos sentimientos sólo cuando se le pregunta
A: Cuando se puntúa a partir de la anamnesis			2 El paciente expresa estos sentimientos verbalmente, de forma espontánea sin necesidad de preguntarle
0 Ausente			3 Requiere que se le den instrucciones u orientaciones o que se le tranquilice para poder realizar las tareas de la planta del hospital o la higiene personal
1 Probable pérdida de peso asociada con el trastorno que el paciente sufre en la actualidad			4 Requiere ayuda para vestirse, arreglarse, comer y realizar las tareas de higiene personal y otras tareas cotidianas
2 Pérdida de peso evidente (según el paciente)			23: Desesperanza
B: Cuando se determina el peso del paciente semanalmente y la puntuación la asigna el psiquiatra de la planta			0 Ausente
0 Menos de 450 g en una semana			1 A veces duda de que «las cosas vayan a mejorar», pero se le puede convencer
1 Más de 450 g en una semana			2 Se siente siempre «desesperanzado», pero acepta que se le intente convencer
2 Más de 900 g en una semana			3 Expresa verbalmente sentimientos de desesperanza, desesperación y pesimismo sobre el futuro, y no puede hacerse nada para convencerle
17: Capacidad de introspección			4 De forma espontánea y sin ninguna razón de peso, dice una y otra vez que «nunca voy a mejorar» o frases parecidas
0 Reconoce que está deprimido y enfermo			24: Sensación de inutilidad (va desde la pérdida leve de autoestima, los sentimientos de inferioridad y la autodepreciación hasta las ideas delirantes sobre la falta de capacidad o de valor como persona)
1 Reconoce que está enfermo, pero atribuye la causa a la mala alimentación, al tiempo atmosférico, al exceso de trabajo, a un virus, a la falta de descanso, etc.			0 Ausente
2 Niega que esté enfermo			1 Expresa verbalmente la sensación de inutilidad (pérdida de la autoestima) sólo cuando se le pregunta
18: Fluctuaciones durante el día	AM	PM	2 Expresa verbalmente de forma espontánea (sin necesidad de que se le pregunte) la sensación de inutilidad (pérdida de la autoestima)
	0 0	Ausente	3 Diferente de 2 en grado. El paciente expresa verbalmente de forma espontánea (sin necesidad de que se le pregunte) que «no es bueno», que «es peor que los demás», etc.
	1 1	Leve	4 Ideas delirantes de autodepreciación como «sólo soy un montón de basura» o frases parecidas
	2 2	Grave	
		Si los síntomas y signos empeoran por la mañana o por la noche, determinar cuándo empeoran y la gravedad de las fluctuaciones	
19: Despersonalización y desrealización			
0 Ausentes			
1 Leve,		como:	
2 Moderada		Sensación de irrealidad	
3 Grave		Ideas nihilistas	
4 Discapacitante			
20: Signos y síntomas paranoides			
0 Ninguno			
1			
2 Suspiciosa			

Reproducido con permiso de Hamilton M (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56.

La mera presencia del profesional le indica al paciente su interés y disposición a ayudarlo. No es necesario que el profesional hable con el paciente todo el tiempo: el silencio puede transmitir al paciente la sensación de que es una persona valiosa y digna de atención y aprecio.



*«Mi nombre es Sheila Harrison. Hoy voy a ser su enfermera. Me voy a sentar aquí con usted un rato. Si necesita algo o si le apetece hablar, dígamelo, por favor.»*

Cuando ha transcurrido un cierto tiempo, el profesional puede decir:



*«Bueno, me voy. Volveré dentro de una hora para que estemos otro rato juntos».*

Es importante que el profesional no se muestre excesivamente contento ni intente «animar» al paciente. No es posible convencerle para que deje de estar deprimido ni animarle intentando comunicarle nuestro propio estado de ánimo. De hecho, una actitud demasiado animosa del profesional puede hacer sentir peor al paciente o hacerle pensar que el profesional no le comprende.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

### *Depresión*

- Proporcione seguridad al paciente y a las demás personas.
- Si está indicado, tome medidas para prevenir el suicidio.
- Establezca la relación con el paciente pasando tiempo con él, sin exigirle nada.
- Promueva que el paciente realice las tareas y actividades de la vida diaria; ayúdele sólo si es necesario.
- Promueva una alimentación e hidratación adecuadas.
- Promueva el sueño y el descanso.
- Motive y anime al paciente en todas las actividades.
- Motive y anime al paciente a verbalizar y describir las emociones y sentimientos.
- Trabaje con el paciente para que aprenda a utilizar la medicación antidepresiva y a controlar los efectos secundarios de estos medicamentos.

### *Promover las actividades, las tareas de la vida diaria y el autocuidado*

La capacidad de llevar a cabo las actividades y tareas de la vida diaria está relacionada con el grado de retraso psicomotor. Con el fin de evaluar la capacidad del paciente para realizar de forma independiente las actividades y tareas de la vida diaria, en primer lugar le pediremos que realice una tarea de forma completa. Por ejemplo:



*«Martin, es hora de vestirse» (tarea completa).*

Si no puede realizar la tarea completa, el profesional la dividirá en tareas más pequeñas. Los pacientes deprimidos se sienten abrumados cuando tienen que realizar una tarea que comprende varios pasos. Sin embargo, pueden realizarla con eficacia si se les indica qué pasos deben ir siguiendo hasta alcanzar el objetivo propuesto, lo que redundará en un aumento de la autoestima y en una mejor disposición para realizar una



tarea un poco más complicada la próxima vez.

Si el paciente no es capaz de elegir la ropa que va a ponerse, la elegirá el profesional y le indicará al enfermo que se la ponga. Por ejemplo:



*«Aquí tiene los pantalones. Póngaselos».*

No obstante, el profesional permitirá que el paciente participe en la tarea de vestirse. Si vestirse solo es lo único que el enfermo puede hacer en un momento determinado del curso clínico, esta tarea reducirá su dependencia del personal sanitario. Lo que se le pide al paciente tiene que ser claro y concreto, y si no puede hacerlo, el profesional tendrá información sobre el grado de retraso psicomotor.

Si el paciente no es capaz de ponerse los pantalones, el profesional puede decir:



*«Martin, déjeme que le ayude con los pantalones».*

El profesional ayudará al paciente a vestirse solamente cuando no sea capaz de completar ninguno de los pasos en que se ha dividido la tarea. Esto ayuda a que haga por sí mismo todo lo que pueda y evita que se vuelva excesivamente dependiente del personal sanitario. El profesional puede utilizar este mismo procedimiento cuando se trata de comer, ducharse o llevar a cabo cualquier otra tarea diaria relacionada con el autocuidado.

Dado que las actividades y capacidades del paciente van cambiando a lo largo del curso clínico de la depresión, el profesional realizará una valoración de forma continuada. Esto lleva más tiempo que limitarse a ayudar al paciente a vestirse; sin embargo, sirve para promover la independencia del enfermo y proporciona datos obtenidos mediante una valoración dinámica de las habilidades psicomotrices del paciente.

Muchas veces, el paciente se niega a participar en cualquier tipo de actividad porque ha perdido el interés o se siente demasiado cansado. El profesional aceptará estos sentimientos, y aun así, promoverá la participación del paciente. Por ejemplo:



*«Ya sé que le gustaría quedarse en la cama, pero es hora de levantarse para desayunar».*

Con frecuencia el paciente quiere quedarse en la cama hasta que «le apetezca levantarse» o empezar a hacer las actividades y tareas de la vida diaria. En estos casos, el profesional le explicará que se sentirá mejor si es más activo en vez de esperar pasivamente a que se produzca una mejoría. Es útil evitar las preguntas que el paciente puede contestar con un «sí» o con un «no». Así, en vez de preguntar «¿quiere levantarse?», el profesional debe decir «es hora de levantarse».

Restablecer una alimentación equilibrada puede resultar muy complicado cuando el paciente ha perdido el apetito o no le apetece comer. El profesional puede explicarle que empezar a comer estimula el apetito. El paciente se sentirá menos abrumado si se le ofrece comida con frecuencia y en pequeñas cantidades, ya que se sentirá incapaz ni siquiera de empezar a comer si ve que tiene que comerse una gran cantidad de comida. La alimentación suele mejorar si el profesional se sienta con el paciente tranquilamente a la hora de las comidas. Puede ser necesario supervisar la ingesta de alimentos y de líquidos hasta que el paciente sea capaz de consumir una cantidad adecuada de alimentos y líquidos todos los días.

Otro aspecto importante de la atención a los pacientes deprimidos es el sueño. Al principio, por lo general, es necesario administrar un sedante o medicación por la tarde si la somnolencia o la sedación son efectos secundarios de la misma. Es importante motivar y animar al paciente para que se mantenga activo y fuera de la cama durante el día, ya que esto ayuda a conciliar el sueño durante la noche. El profesional debe llevar la cuenta del número de horas que duerme el paciente cada 24 h y evaluar si el sueño ha sido o no reparador.

### *Uso de la comunicación terapéutica*

Los pacientes con depresión a menudo se sienten desbordados por la intensidad de las emociones, por lo que puede ser beneficioso hablar sobre ellos. Al principio, el profesional motivará y animará al paciente a describir en detalle cómo se siente. Compartir las emociones y sentimientos con otra persona puede proporcionar cierto alivio. El profesional utilizará la escucha atenta, animará al paciente a seguir hablando y a validar la intensidad de sus experiencias y sentimientos. Por ejemplo:



**Profesional:** «¿Qué tal se encuentra hoy?» (técnica de comunicación verbal: pregunta abierta).

**Paciente:** «Me siento muy mal. . . fatal».

**Profesional:** «Cuénteme más cosas. ¿Por qué dice que se siente fatal?» (técnica de comunicación verbal: reflexionar, animar al paciente a expresarse).

**Paciente:** «Me siento como si no fuese yo mismo. No sé qué voy a hacer».

**Profesional:** «Sí, eso debe ser terrible» (técnica de comunicación verbal: aceptación).

En este punto, es importante que el profesional no intente «arreglar» los problemas del

paciente ni recurrir a tópicos como «las cosas van a ir mejor de ahora en adelante» o «pero usted sabe que su familia le necesita». Aunque el profesional pueda tener las mejores intenciones del mundo, estos comentarios tan manidos subestiman los sentimientos del paciente y le hacen sentirse aún más culpable e inútil.

Conforme el cuadro clínico va mejorando, el profesional puede ayudar al paciente a aprender o a redescubrir estrategias de afrontamiento más eficaces, como hablar con los amigos, reservar tiempo para las aficiones y para relajarse, tomar medidas positivas para afrontar el estrés, etc. La mejora de las estrategias de afrontamiento no previene la depresión, pero pueden ayudar al paciente a manejar mejor los efectos de este trastorno mental.

### ***Controlar la medicación***

El aumento de la actividad y la mejoría del estado de ánimo que producen los antidepresivos pueden proporcionar al paciente energía suficiente para suicidarse. Por tanto, el profesional evaluará el riesgo de suicidio incluso en los casos en los que el paciente está en tratamiento con un antidepresivo. Es importante asegurarse de que el enfermo se traga los comprimidos y de que no los está escondiendo para suicidarse con una sobredosis. Cuando se plantea la posibilidad de dar el alta al paciente, hay que realizar una evaluación muy cuidadosa del riesgo de suicidio, porque después del alta el paciente dispondrá en casa de un envase completo de la medicación. La sobredosis de ISRS no suele causar la muerte, mientras que la sobredosis de antidepresivos cíclicos y de IMAO sí puede hacerlo. A veces, es necesario restringir la cantidad de medicación prescrita a sólo 1 semana si existe preocupación por la posibilidad de que el enfermo ingiera una sobredosis.

Un aspecto importante del tratamiento farmacológico de la depresión son los efectos secundarios de los antidepresivos. El profesional tiene que estar muy atento a estos efectos secundarios y hacer al paciente las preguntas pertinentes para evaluar hasta qué punto está tolerando bien la medicación. En las [tablas 15-1](#), [15-2](#), [15-3](#) y [15-4](#) se presenta información sobre las intervenciones de enfermería destinadas a prevenir y tratar los efectos secundarios de los antidepresivos.

## **EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA**

### *Depresión*

- Informe y eduque sobre la depresión.
- Informe sobre los signos precoces indicativos de la recaída.
- Informe sobre la importancia de los grupos de apoyo y de autoayuda, y ayude al paciente y a su familia a ponerse en contacto con estos grupos y con otros recursos existentes en la localidad.
- Informe al paciente y a la familia sobre la importancia del tratamiento y de las consultas de seguimiento.
- Motive y anime al paciente a participar en grupos de apoyo y de autoayuda.
- Informe al paciente y a la familia sobre la acción, los efectos secundarios y cualquier otro aspecto importante de la medicación.
- Informe sobre los procedimientos para controlar los efectos secundarios de la medicación.

Tanto el paciente como su familia tienen que aprender los aspectos importantes relacionados con la medicación porque muchos pacientes tienen que tomarla durante meses, años e incluso durante toda la vida. La información y la educación del paciente y de su familia redundan en un mejor cumplimiento terapéutico. El enfermo debe saber cada cuánto tiempo tiene que volver al centro médico para hacerse análisis y someterse a las pruebas de seguimiento.

### *Proporcionar información y educación sobre la depresión al paciente y a su familia*

La información y la educación sobre la depresión es un aspecto muy importante de la atención de enfermería. Tanto el paciente como su familia necesitan entender que la depresión es una enfermedad, y no falta de voluntad o de motivación. La información y educación sobre los signos precoces que indican que va a producirse una recaída pueden servir para ayudar al paciente a buscar tratamiento desde el primer momento y evitar así que ésta sea prolongada.

Tanto el paciente como su familia deben saber que se consiguen mejores resultados cuando la medicación se combina con la psicoterapia. La psicoterapia ayuda al paciente a explorar los sentimientos de odio y hostilidad, así como la dependencia de los demás y los sentimientos de culpabilidad, desesperanza, indefensión y pérdida y todo lo relacionado con las relaciones interpersonales y las creencias irracionales. El objetivo es revertir las perspectivas pesimistas sobre el futuro, mejorar la imagen que el paciente tiene de sí mismo y ayudarlo a ser más eficaz y competente en sus relaciones consigo mismo y con el entorno. El profesional puede ayudar al paciente a encontrar un psicoterapeuta, bien privado o bien de alguno de los centros comunitarios.

La participación en los grupos de apoyo y de autoayuda también puede ser útil, tanto para el paciente como para la familia. Los pacientes pueden recibir ánimo y apoyo de otras personas que también sufren una depresión, y los familiares pueden ayudarse unos a otros. La National Alliance for the Mentally Ill de Estados Unidos es una organización que puede ayudar a los pacientes y a la familia a ponerse en contacto con diferentes grupos de apoyo.



## CASO CLÍNICO: EPISODIO MANÍACO

«**¿Qué panda de idiotas!** ¿Qué os pasa? ¿Es que habéis tomado pastillas para volveros tontos? Pastillas para volverse tonto, pastillas para volverse raro, rarísimo, pastillas para ser tonto, ¡tontísimo!», grita Mitch a los trabajadores de la fábrica. Mitch vende encurtidos desde hace 10 años y ahora es propietario de una empresa muy rentable de envasado y venta de encurtidos para gourmets.

Está convencido de que sólo él sabe cómo hacer las cosas y corre de un lado para otro para controlar lo que hacen los trabajadores. No le gusta nada lo que ve. Son las ocho de la mañana y ya ha despedido al supervisor, que lleva cinco años trabajando en la empresa.

Dos minutos después, despide a seis trabajadores porque no le gusta el aspecto que tienen. Luego, empieza a lanzarles tarros y otros materiales de la fábrica porque no abandonan el local todo lo deprisa

que él quiere. Su hermano, Rich, llega justo en ese momento. Con voz serena, pide a todo el mundo que se quede y le pide a Mitch que vaya a dar un paseo con él por los alrededores.

«¿Te has vuelto loco?» le grita Mitch a su hermano. «Aquí todo el mundo está fuera de control. Tengo que hacerlo todo yo solo.» Mitch está muy agitado y tiembla. Lleva tres días sin pegar ojo y está convencido de que no necesita dormir. La única vez que se ha ausentado de la fábrica en los últimos 3 días ha sido para mantener relaciones sexuales con desconocidas. Se siente eufórico, superior a los demás, capaz de escalar los edificios más altos. Mira fijamente a los ojos de su hermano Rich y le dice: «¡Me siento perfectamente! ¿Por qué vienes a darme la lata y a molestarme?». Da un portazo y empieza a canturrear: «¡Rich y Mitch! ¡Rich y Mitch! ¡Hermanos son! ¡Con los pepinillos ricos son!».

«Rich y Mitch, Rich y Mitch, ricos son. Gracias a su querida tía, ricos son.» Mitch no puede dejar de canturrear, de hablar, de andar a toda velocidad de un sitio para otro. Rich le dice: «Tía Jen me llamó anoche. Dice que estás maniaco otra vez. ¿Has dejado de tomar el litio, verdad? ¿Cuándo dejaste de tomar la medicación?».

«¿Maníaco? ¿Quién estás maniaco? Lo único que me pasa es que me siento bien, muy bien, estupendo, estupendísimo. No hace falta que tome esa mierda. Me siento bien. Soy grande, magnífico, estupendo, el mejor», le grita a su hermano en la cara. Rich está triste y muy preocupado. «Te voy a llevar ahora mismo a urgencias para que te vea el psiquiatra. Si no quieres venir, llamaré a la policía para que te lleve. Ya sé que no te das cuenta, pero estás total-mente fuera de control y la situación se está volviendo peligrosa.»

## Valoración

La valoración del plan de tratamiento se basa en los resultados positivos que se observan en cada caso. Es esencial que el paciente se sienta seguro y no experimente impulsos incontrolables de consumir el suicidio. En los pacientes que padecen una depresión, el cumplimiento terapéutico satisfactorio tanto de la medicación como de la psicoterapia está asociado con un mejor resultado. La participación activa en el tratamiento es el resultado más favorable. Ser capaz de identificar los signos precoces que indican que va a producirse una recaída o una reagudización y de buscar tratamiento inmediatamente puede disminuir de forma muy significativa la gravedad de los episodios depresivos.

## TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar se caracteriza por fluctuaciones muy acentuadas del estado de ánimo, que oscila entre episodios de manía y episodios de depresión (el trastorno bipolar se denominaba antes enfermedad maníaco-depresiva). Durante la fase maníaca, el paciente se muestra eufórico, con mucha energía, con ideas de grandeza, y no necesita dormir. El sentido de la realidad se deteriora y el pensamiento, el habla y las acciones se aceleran. Por el contrario, durante la fase depresiva, el estado de ánimo, el comportamiento y el pensamiento son los mismos que se observan en los pacientes a los que se les ha diagnosticado un trastorno depresivo mayor (v. en este mismo capítulo). De hecho, si el primer episodio del trastorno bipolar es un episodio depresivo, es posible que al paciente se le diagnostique un trastorno depresivo mayor, y probablemente, el diagnóstico de trastorno bipolar no se hará hasta que el paciente presente el primer episodio maníaco. Para mejorar sus conocimientos sobre este trastorno, el personal sanitario puede utilizar instrumentos de evaluación como el Cuestionario para los trastornos del estado de ánimo que se presenta en el [cuadro 15-1](#).

El trastorno bipolar es, después del trastorno depresivo mayor, el trastorno mental que más discapacidad causa en todo el mundo. El riesgo durante toda la vida es como mínimo del 1,2 %, y el riesgo de suicidio consumado asociado con el trastorno bipolar es del 15 %. El riesgo más elevado de suicidio se observa en los hombres jóvenes que se encuentran en las primeras fases del curso clínico, sobre todo si tienen antecedentes de intento de suicidio o de consumo excesivo de alcohol o han recibido el alta hospitalaria recientemente (Rihmer y Angst, 2005).

Mientras que los pacientes que sufren un trastorno depresivo mayor van entrando de forma lenta en la depresión, y ésta puede durar entre 6 meses y 2 años, los que padecen un trastorno bipolar pasan constantemente de la depresión al estado de ánimo normal (eutímico) (trastorno bipolar depresivo) o de la manía al estado de ánimo eutímico (trastorno bipolar maníaco). También es posible que se alternen períodos depresivos con períodos maníacos y períodos de estado de ánimo eutímico. Cada uno de estos períodos o fases puede durar semanas o meses. La figura 15-1 muestra las tres categorías de períodos del trastorno bipolar.

El trastorno bipolar se observa con la misma frecuencia en hombres y mujeres. Es más frecuente entre las personas con un nivel educativo alto. Debido a que algunos pacientes que padecen un trastorno bipolar niegan los episodios maníacos, la tasa de prevalencia puede ser más elevada de lo que reflejan las estadísticas.

### **Inicio y curso clínico**

La edad media en el momento del primer episodio maníaco es de entre 20 y 25 años, pero también puede aparecer en la adolescencia, y algunos pacientes muestran los primeros síntomas después de los 50 años (APA, 2000). Actualmente se está investigando la posibilidad de que algunos niños diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) sufran en realidad un trastorno bipolar de inicio muy precoz. Los episodios maníacos suelen iniciarse de signos y síntomas psicóticos es mayor en los adolescentes que en los adultos.



### Cuadro 15-1. Cuestionario para la evaluación de los trastornos del estado de ánimo

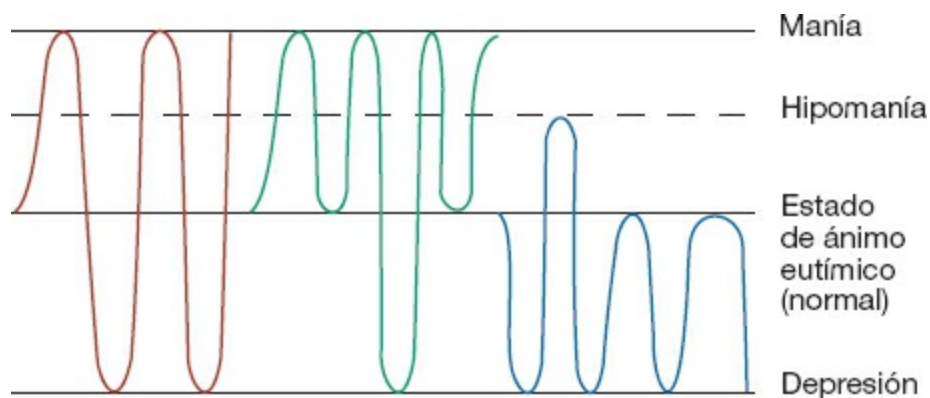
Este cuestionario puede utilizarse como punto de partida para ayudarle a reconocer los signos/sintomas del trastorno bipolar. En ningún momento puede sustituir a la valoración médica completa. El trastorno bipolar es una enfermedad muy compleja y **sólo el médico puede diagnosticarla después de una evaluación exhaustiva**. Sin embargo, este cuestionario puede servir para detectar algunos síntomas que podrían sugerirle la necesidad de consultar con un médico para que le evalúe de forma más completa. Con independencia de los resultados que obtenga en este cuestionario, si usted o su familia están preocupados por su salud mental, póngase en contacto con un médico o con cualquier otro profesional sanitario especializado en salud mental.

Cuando haya contestado el cuestionario, puede imprimir las respuestas si lo desea.

Instrucciones: responda a todas las preguntas lo mejor que pueda.

1. ¿Ha habido algún periodo durante el cual usted se sentía y se comportaba de forma diferente a como suele hacerlo ...	SI	NO	
... y se sentía tan bien o tan exaltado que los demás se daban cuenta de que usted no se sentía ni se comportaba de la forma habitual o se sentía tan exaltado que tuvo problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ¿Se sentía tan irritable que gritaba a otras personas o se ponía a discutir o pelearse por cualquier motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ¿Sentía más confianza en sí mismo de la normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ¿Dormía menos de lo normal y sentía que no necesitaba dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ¿Hablabas más de lo normal o lo hacía de forma mucho más rápida de lo habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ¿Los pensamientos iban y venían a toda velocidad en su cabeza sin que usted pudiera hacer nada por pararlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ¿Se distraía fácilmente con cualquier cosa del entorno hasta el punto de que tenía dificultades para concentrarse o prestar atención a algo de forma permanente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ¿Sentía usted que tenía más energía de la habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ¿Estaba mucho más activo o hacía muchas más cosas de lo que es habitual en usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ¿Estaba más sociable o salía más de casa de lo habitual (p. ej., llamaba a los amigos por teléfono en mitad de la noche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ¿Estaba usted más interesado en las relaciones sexuales de lo que es habitual en usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ¿Hacía cosas que no eran habituales en usted u otras personas pensaban que lo que usted hacía era excesivo o peligroso o era una locura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ¿Gastaba más dinero del habitual, de forma que esto le metió en algún lío o creó problemas a su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Si hasta ahora ha marcado la casilla SI más de una vez, ¿ocurrieron estas cosas varias veces durante el mismo periodo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Hasta qué punto le causaron problemas cosas como ser incapaz de acudir a su lugar de trabajo o de ponerse a trabajar, tener una familia a la que atender, el dinero o los problemas legales, las discusiones, riñas y peleas? Marque sólo una respuesta.			
<input type="checkbox"/> Ningún problema	<input type="checkbox"/> Problemas de poca importancia	<input type="checkbox"/> Problemas de alguna importancia	<input type="checkbox"/> Problemas graves
4. ¿Sufre o ha sufrido alguno de sus familiares más cercanos (hijos, hermanos, padres, abuelos, tíos, tías) una enfermedad maniaco-depresiva (trastorno bipolar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional sanitario que sufría usted una enfermedad maniaco-depresiva o un trastorno bipolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Reproducido de Hirschfeld RMA, Williams JB, Spitzer RL, et al. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1873-1875.



1. Bipolar mixto 2. Bipolar tipo I 3. Bipolar tipo II

Figura 15-1. Descripción gráfica de los ciclos del estado de ánimo

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR: Signos y síntomas de la manía

- Estado de ánimo elevado, grandioso o agitado.
- Autoestima exagerada.
- El paciente no necesita dormir.
- Lenguaje acelerado.
- Fuga de ideas.
- Disminución de la capacidad de filtrar los estímulos externos; facilidad para distraerse.
- Aumento del número de actividades y de la energía.
- Participación en múltiples actividades grandiosas o de alto riesgo, con alteración del sentido de la realidad, lo que da lugar a consecuencias graves para el paciente o para otras personas.

Adaptado de *DSM-IV-TR*, 2000.

El diagnóstico de episodio maníaco o de manía requiere al menos 1 semana de estado de ánimo inusual y permanentemente elevado, grandiosidad y agitación, además de tres o más de los siguientes síntomas: autoestima exagerada, ausencia de la necesidad de dormir, lenguaje acelerado, fuga de ideas, capacidad reducida de filtrar los estímulos externos; distractibilidad, aumento de la actividad y de la energía e implicación en muchas actividades a la vez, grandiosas o arriesgadas, en las que se observa deterioro del sentido de la realidad y que pueden tener consecuencias graves, como gastar grandes cantidades de dinero en poco tiempo y hacer inversiones de alto riesgo de forma compulsiva (APA, 2000).

Generalmente, el paciente no es consciente de la forma en la que su comportamiento puede afectar a otras personas. Puede dejar de tomar la medicación porque se siente totalmente sano y considera que no es necesario acudir a las visitas de seguimiento en la consulta del médico, hacerse análisis de sangre y otras pruebas solicitadas por el médico, etc. Los familiares están preocupados y, a la vez, agotados por el comportamiento del enfermo, y con frecuencia se quedan despiertos hasta muy tarde por la noche por miedo a que el paciente actúe de forma impulsiva o haga algo peligroso.

## Tratamiento

### *Psicofarmacología*

El tratamiento del trastorno bipolar requiere que el paciente tome medicación de por vida. El tratamiento farmacológico consiste en la administración de un antimaníaco denominado litio o de anticonvulsivos. Tanto el litio como los anticonvulsivos son psicofármacos estabilizadores del estado de ánimo (v. [cap. 2](#)). Éste es el único trastorno mental en el que la medicación sirve para prevenir las fluctuaciones agudas del comportamiento bipolar. Antes se pensaba que lo único que hacen el litio y los anticonvulsivos es disminuir la intensidad de las conductas maníacas, pero actualmente se

sabe que protegen también al paciente frente a los efectos de la fase depresiva del trastorno bipolar. Si el paciente presenta sintomatología psicótica (alteraciones del pensamiento, ilusiones, alucinaciones o delirios) en la fase depresiva o en la fase maníaca, se añade un neuroléptico al tratamiento. Algunos pacientes toman un estabilizador del estado de ánimo y un neuroléptico a largo plazo.

**Litio.** El litio es una sal que se encuentra en el cuerpo humano. Se parece al oro, al cobre, al magnesio, al manganeso y a otros oligoelementos. Al principio se pensaba que el litio sólo era útil para el tratamiento de la fase maníaca del trastorno bipolar, pero pronto los investigadores observaron que era eficaz para eliminar parcial o totalmente la transición hacia la fase depresiva. La tasa de respuesta al tratamiento con litio oscila entre el 70 % y el 80 %. Además de controlar las conductas patológicas características del trastorno bipolar, el litio estabiliza el estado de ánimo de estos pacientes, reduciendo la frecuencia e intensidad de los cambios de fase o eliminando los episodios maníacos (Freeman, Wiegand y Gelenberg, 2006).

El litio no sólo compite por los receptores de las sales, sino que además actúa sobre los iones de calcio, potasio y magnesio, así como sobre el metabolismo de la glucosa. Sin embargo, no se conoce el mecanismo de acción de este psicofármaco. Se piensa que actúa en la sinapsis, y acelera la destrucción de las catecolaminas (dopamina, noradrenalina), inhibe la liberación de los neurotransmisores y disminuye la sensibilidad de los receptores postsinápticos (Facts and Comparisons, 2009).

La acción máxima del litio se produce entre 30 min y 4 h después de la administración en el caso de las presentaciones convencionales, y entre 4 h y 6 h en el caso de la fórmula de liberación sostenida. Cruza la barrera hematoencefálica y la placenta, y se excreta a través del sudor y de la leche materna. No se recomienda su uso durante el embarazo porque puede producir malformaciones fetales durante el primer trimestre. El inicio de la acción se produce entre 5 y 14 días. Durante este período, se utiliza un neuroléptico o un antidepresivo en combinación con el litio para disminuir la intensidad de la sintomatología en los pacientes que presentan un episodio agudo maníaco o depresivo. La semivida del litio oscila entre 20 h y 27 h (Facts and Comparisons, 2009).

**Anticonvulsivos.** El litio es eficaz en un 75 % de los pacientes que sufren un trastorno bipolar. El resto no responde o tiene problemas para tomar este medicamento debido a los efectos secundarios, a las interacciones farmacológicas, a las enfermedades médicas comórbidas, como las nefropatías (el litio está contraindicado en los pacientes con enfermedad renal) y a otros problemas relacionados con el tratamiento. Los anticonvulsivos se utilizan sobre todo para el tratamiento de las crisis convulsivas, pero algunos de estos fármacos han demostrado actuar como estabilizadores del estado de ánimo en los pacientes con trastorno bipolar. Se trata de anticonvulsivos pertenecientes a diferentes subclases farmacológicas, cuyo mecanismo de acción se desconoce, aunque se piensa que posiblemente provocan un aumento del umbral de estimulación del cerebro, lo que impide que el paciente sea bombardeado por los estímulos externos e internos (tabla 15-7).

La carbamazepina se utiliza para el tratamiento de los ataques epilépticos

tonicoclónicos y de la epilepsia del lóbulo temporal, así como la neuralgia del trigémino. Fue el primer anticonvulsivo en el que se descubrieron propiedades favorables para la estabilización del estado de ánimo, aunque puede provocar agranulocitosis. Es necesario comprobar regularmente la concentración sérica del fármaco para hacer un seguimiento de la toxicidad y determinar si se ha alcanzado la concentración terapéutica, que suele ser de entre 4 µg/ml y 12 µg/ml (Ketter, Wang y Post, 2006). Además, hay que realizar pruebas de laboratorio basales y periódicas con el fin de hacer un seguimiento de la cifra de leucocitos.

El valproato, conocido también como ácido valproico y valproato semisódico, es un anticonvulsivo utilizado para el tratamiento de las ausencias simples, las crisis convulsivas mixtas y la manía. Asimismo, se utiliza para la profilaxis de la jaqueca. No se conoce bien el mecanismo de acción. Las concentraciones terapéuticas se determinan periódicamente para comprobar que se mantiene entre 50 µg/ml y 125 µg/ml. También se realizan pruebas de laboratorio basales y periódicas (función hepática, concentración sérica de amoníaco, cifra de trombocitos y tiempo de hemorragia) (Bowden, 2006).

La gabapentina, la lamotrigina y el topiramato son otros anticonvulsivos que se utilizan a veces como estabilizadores del estado de ánimo, pero con menos frecuencia que los anteriores. No se ha establecido el intervalo de concentraciones terapéuticas de estos anticonvulsivos.

El clonazepam es a la vez un anticonvulsivo y una benzodiazepina (medicamento controlado por ley, categorías IV en Estados Unidos). Se utiliza para el tratamiento de las ausencias, las crisis convulsivas motoras leves, el trastorno de angustia y el trastorno bipolar. Puede provocar dependencia física si se utiliza durante mucho tiempo. Nunca se emplea como tratamiento farmacológico único del trastorno bipolar, sino siempre como tratamiento combinado con litio u otro anticonvulsivo estabilizador del estado de ánimo.

### *Psicoterapia*

La psicoterapia puede ser útil durante la fase leve depresiva o durante la fase eutímica del trastorno bipolar; sin embargo, no es útil durante la fase maníaca aguda porque la capacidad de atención del paciente es muy limitada y apenas pueden obtenerse resultados de su capacidad de introspección debido a la actividad psicomotriz acelerada. La psicoterapia combinada con medicación puede servir para reducir el riesgo de suicidio y de traumatismos y además proporciona apoyo psicológico al paciente y a la familia, contribuyendo a que el enfermo acepte el diagnóstico y el plan de tratamiento.



**Tabla 15-7. Anticonvulsivos que se utilizan como estabilizadores del estado de ánimo**

Nombre genérico	Efectos secundarios	Observaciones para el personal de enfermería
Carbamazepina	Mareos, hipotensión arterial, ataxia, sedación, visión borrosa, leucocitopenia y exantema	Ayude al paciente a levantarse despacio cuando esté sentado Atención a la marcha, ayude al paciente si tiene problemas para andar Si aparece exantema, notifíquelo al médico
Valproato	Ataxia, somnolencia, debilidad, cansancio, dismenorrea, dispepsia, náuseas, vómitos, aumento de peso y alopecia	Atención a la marcha, ayude al paciente si tiene problemas para andar Asegúrese de que el paciente descansa adecuadamente Administre el medicamento con comida Asegúrese de que la alimentación es equilibrada
Gabapentina	Mareos, hipotensión arterial, ataxia, problemas de coordinación, sedación, cefalea, cansancio, nistagmo, náuseas y vómitos	Ayude al paciente a levantarse despacio cuando esté sentado Asegúrese de que el paciente descansa adecuadamente Administre el medicamento con comida
Lamotrigina	Mareos, hipotensión arterial, ataxia, problemas de coordinación, sedación, cefalea, debilidad, cansancio, dismenorrea, irritación de garganta, síntomas seudogripales, visión borrosa o doble, náuseas, vómitos y exantema	Ayude al paciente a levantarse despacio cuando esté sentado Atención a la marcha, ayude al paciente si tiene problemas para andar Asegúrese de que el paciente descansa adecuadamente Vigile el estado general de salud Administre el medicamento con comida Si aparece exantema, notifíquelo al médico
Topiramato	Mareos, hipotensión arterial, ansiedad, ataxia, problemas de coordinación, confusión, sedación, habla farfullante, temblores, debilidad, visión borrosa o doble, anorexia, náuseas y vómitos	Ayude al paciente a levantarse despacio cuando esté sentado Atención a la marcha, ayude al paciente si tiene problemas para andar Oriente al paciente si está confuso Proteja al paciente de posibles traumatismos Administre el medicamento con comida
Oxcarbazepina	Mareos, cansancio, ataxia, confusión, náuseas, vómitos, anorexia, cefalea, temblores, confusión y exantema	Ayude al paciente a levantarse despacio cuando esté sentado Atención a la marcha, ayude al paciente si tiene problemas para andar Administre el medicamento con comida Oriente al paciente si está confuso y protéjale de posibles traumatismos Si aparece exantema, notifíquelo al médico

## APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: TRASTORNO BIPOLAR

Este apartado se centra en los pacientes con trastorno bipolar que presentan un episodio maníaco. En lo que respecta a los pacientes con trastorno bipolar con un episodio depresivo, remitimos al lector al apartado «Aplicación del proceso de enfermería: depresión» en este mismo capítulo.

### Valoración

#### *Antecedentes*

Evaluar a un paciente que se encuentra en la fase maníaca del trastorno bipolar no es tarea fácil. Es posible que salte constantemente de un tema a otro durante la conversación, por lo que al profesional le resultará difícil seguirlo. Puede ser necesario recoger la información en varias sesiones de duración breve, así como hablar con la familia. No obstante, el profesional puede obtener mucha información si escucha y observa con atención al paciente.

#### *Aspecto general y comportamiento motor*

Los pacientes maníacos suelen presentar excitación psicomotora y parecen estar en continuo movimiento. Sentarse o permanecer sentados les resulta difícil. Este

movimiento constante puede tener varias consecuencias: el paciente puede estar exhausto o lesionarse.

Durante la fase maníaca, estos pacientes suelen llevar ropa que refleja el estado de ánimo elevado: colores brillantes, incluso chillones y extravagantes, para llamar de forma deliberada la atención, o prendas de vestir sexualmente sugestivas. Por ejemplo, durante la fase maníaca las pacientes pueden llevar muchas joyas y adornos en el pelo o un maquillaje muy recargado y chabacano, mientras que los hombres pueden llevar una camiseta muy ajustada para marcar bien los músculos, incluso pueden presentarse a la entrevista con el torso desnudo.

Estos pacientes suelen pensar, hablar y moverse de forma acelerada. El lenguaje acelerado (taquilalia) es uno de los síntomas patognomónicos de la fase maníaca del trastorno bipolar, y se caracteriza por un hablar irrefrenable, sin apenas pausas y con un volumen de voz alto. Los pacientes con taquilalia interrumpen continuamente a su interlocutor y no pueden escuchar a los demás. No tienen en cuenta las señales que les envía su interlocutor mediante el lenguaje verbal y no verbal, y continúan hablando de forma imparable, a veces de forma inteligible y otras ininteligible, pasando de un interlocutor a otro o hablando a todo el mundo a la vez. Si se le interrumpe, el paciente con manía suele empezar a hablar otra vez desde el principio, repitiendo lo que ya ha dicho.

### *Estado de ánimo y afectos*

La manía se caracteriza por la euforia sin causa aparente (elación), la grandiosidad, la actividad exuberante y una sensación de intenso bienestar que no se corresponde con la verdadera realidad del paciente. El paciente proyecta ante los demás una imagen de omnipotencia y omnisapiencia que, en realidad, puede ser una defensa inconsciente frente a la baja autoestima. Algunos pacientes se muestran irritables y enfadados, y utilizan un tono de voz agresivo o sarcástico, especialmente cuando se les lleva la contraria o se intenta poner límites a su comportamiento. El estado de ánimo suele ser lábil y el enfermo puede pasar de reírse a grandes carcajadas a echarse a llorar.

### *Proceso y contenido del pensamiento*

La función cognitiva o de pensamiento es confusa y revuelta. Los pensamientos se suceden unos a otros a toda velocidad, lo que en psiquiatría se denomina fuga de ideas. El paciente no es capaz de conectar unos conceptos con otros, y salta de un tema a otro sin avisar. La circunstancialidad y la tangencialidad son otras dos características del pensamiento de los pacientes maníacos. No obstante, a veces el paciente es capaz de comunicar sus pensamientos y necesidades de forma claramente comprensible.

Estos pacientes pueden embarcarse en muchos proyectos a la vez, pero rara vez los terminan. No hay planificación, y cuando la hay, es poco realista, lo que no impide que el paciente hable constantemente de sus planes y proyectos a cualquiera que quiera escucharle, insistiendo en lo enormemente importante que es que se cumplan. A veces, intentan convencer a otras personas para que se apunten al proyecto que tienen pensado. No tienen en cuenta las dificultades y peligros, las capacidades y experiencia personal ni



los recursos disponibles. El paciente se implica en cualquier actividad en el mismo momento en que tiene el pensamiento de hacerlo. Ejemplos de estas actividades son: gastar una gran cantidad de dinero de una sola vez en una tienda, hacer un uso excesivo de las tarjetas de crédito o de débito, incluso cuando el paciente está en paro o tiene dificultades para llegar a fin de mes, poner en marcha varios negocios a la vez, mantener relaciones sexuales con personas a las que no conoce de nada, gastarse mucho dinero en juegos de azar, hacer un viaje a un lugar lejano de forma impulsiva, participar en actividades delictivas, hacer inversiones arriesgadas, conducir a gran velocidad y ponerse a hablar con personas desconocidas en la calle o en cualquier otro lugar (APA, 2000).

Durante el episodio maníaco, algunos pacientes presentan sintomatología psicótica, en cuyo caso suelen observarse delirios de grandeza o megalomaniacos, que llevan al paciente a contar a todo el mundo lo importante que es, la riqueza de la que es propietario o la enorme cantidad de cosas que puede hacer sin la ayuda de nadie. A veces, dicen ser el presidente de la nación, un actor de cine famoso, o incluso Dios o un profeta.

### *Nivel de consciencia y procesos cognitivos*

El paciente puede estar bien orientado con respecto a las personas y al espacio, pero rara vez con respecto al tiempo. El funcionamiento intelectual (p. ej., los conocimientos) es difícil de evaluar durante la fase maníaca. Puede que el paciente presuma de conocimientos o habilidades de los que en realidad carece. La capacidad de prestar atención y de concentrarse está claramente alterada. Si el episodio maníaco tiene carácter psicótico, el paciente puede sufrir alucinaciones.

### *Sentido de la realidad y capacidad de introspección*

Durante la fase maníaca, el paciente suele estar irritable, por lo que se enfada fácilmente y puede actuar de forma agresiva, en especial cuando se le critica, se le lleva la contraria o se interfiere en sus proyectos y actividades impulsivas, o cree que se le está criticando, llevando la contraria o molestando. Esto ocurre porque el paciente no se impone a sí mismo ninguna restricción, y, por tanto, no entiende por qué los demás intentan imponérselas. Son impulsivos, y casi nunca reflexionan antes de hablar o de actuar, por lo que su sentido de la realidad está muy alterado. La capacidad de introspección es escasa porque están convencidos de que se «encuentran maravillosamente bien» y de que no tienen ningún problema. Suelen culpar a los demás de sus problemas y dificultades.

### *Autoconcepto*

Estos pacientes presentan una autoestima exagerada y creen que pueden conseguir todo cuanto se propongan. Rara vez hablan de sí mismo de forma realista. Sin embargo, la sensación de bienestar sin causa que lo justifique enmascara las dificultades derivadas de una baja autoestima crónica.

### *Roles y relaciones interpersonales*

Durante la fase maníaca, el paciente rara vez es capaz de desempeñar los roles que le corresponden y asumir las responsabilidades asociadas a los mismos. Tiene problemas en

el trabajo y en los estudios (en el caso de que vaya a trabajar o asista a las clases). Son demasiado hiperactivos y distraídos para prestar atención a sus hijos y a las tareas domésticas y otras actividades de la vida diaria. Aunque suelen tener muchos proyectos en la cabeza y participan en muchas actividades a la vez, rara vez terminan lo que empiezan.

Estos pacientes tienen una enorme necesidad de socializar con los demás, pero, sin tener consciencia de ello, exigen que todas las interacciones sociales se establezcan y mantengan a partir de y sólo a partir de las reglas de juego que ellos imponen. Esta necesidad de socialización les lleva a veces a incurrir en una promiscuidad muy llamativa. Los pacientes maníacos suelen invadir el espacio personal de los demás, incluso el espacio íntimo. Las discusiones empiezan cuando los demás se quejan de esta invasión de su espacio personal e intentan evitarla. Aunque la mayor parte de las veces durante la fase maníaca en el estado de ánimo del paciente predomina la euforia sin ninguna causa que la justifique (elación), los sentimientos y las emociones son inestables y pueden fluctuar (labilidad emocional) fácilmente entre la euforia y la hostilidad. Los pacientes maníacos pueden volverse hostiles, incluso agresivos, con los demás cuando perciben que se interponen en sus objetivos. No son capaces de posponer o retrasar la gratificación. Por ejemplo, un paciente con manía puede decirle a su mujer: «eres la mujer más maravillosa del mundo. Dame 50 dólares para que compre entradas para la ópera». Si ella se niega, el paciente empezará a gruñir y a acusarla de ser tacaña y egoísta, incluso puede llegar a agredirla físicamente.

### ***Problemas fisiológicos y autocuidado***

Los pacientes maníacos pueden pasarse varios días sin dormir y sin comer y no sentir cansancio, sueño ni hambre. Pueden estar al borde del agotamiento, pero no están dispuestos o no pueden parar para dormir o, al menos, para descansar un rato. Además, suelen desatender la higiene personal porque consideran que es algo «aburrido» y porque tienen «cosas más importantes que hacer». Pueden deshacerse de posesiones o destruir objetos de valor. Pueden incluso dañarse a sí mismos y tienden a ignorar o a no ser conscientes de sus necesidades de salud, por lo que ésta tiende a empeorar.

### **Análisis de los datos**

El profesional de la enfermería analizará los datos procedentes de la valoración con el fin de determinar las prioridades y elaborar el plan de tratamiento. Los diagnósticos de enfermería que suelen aplicarse a los pacientes maníacos son:

- Riesgo de violencia dirigido a otras personas.
- Riesgo de lesiones.
- Desequilibrio nutricional: el paciente no satisface los requerimientos nutricionales mínimos.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Cumplimiento terapéutico insatisfactorio.
- Desempeño ineficaz de los roles.

- Déficits del autocuidado.
- Baja autoestima crónica.
- Alteración del patrón de sueño.

### Resultados esperables

Algunos resultados que cabe esperar en los casos de la manía son los siguientes:

- El paciente no se hará daño a sí mismo ni a otros.
- El paciente mantendrá el equilibrio entre la actividad, el sueño y el descanso.
- El paciente seguirá unos hábitos de alimentación, hidratación e eliminación correctos.
- El paciente participará en las tareas y actividades de auto-cuidado.
- El paciente evaluará sus cualidades y habilidades personales de forma realista.
- El paciente participará adecuadamente en las interacciones sociales basándose en la realidad.
- El paciente expresará verbalmente que padece un trastorno y que conoce el tratamiento para el mismo.

### Intervención

#### *Proporcionar seguridad*

Puesto que en la fase maníaca el paciente corre riesgo de lesionarse, la seguridad del enfermo, junto con todos los aspectos relacionados con la autoestima y la socialización, desempeñan un papel fundamental en el plan de atención de enfermería. La obligación principal del profesional es proporcionar al paciente y a los demás un entorno seguro. Debemos valorar de forma directa la ideación suicida o los pensamientos o planes decausar daño a otras personas. Hay que tener en cuenta que los pacientes maníacos tienen una capacidad de introspección muy reducida, por lo que no son conscientes de su odio y agitación ni de las consecuencias que su conducta puede tener sobre los demás. A menudo invaden el espacio personal de otras personas, cogen sus pertenencias sin permiso o se dirigen a ellos de forma agresiva o amenazadora. Este comportamiento puede dañar o irritar a otras personas, que a su vez, pueden vengarse del paciente, por lo que es importante controlar al enfermo para saber dónde está y con quién está interactuando.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

### *Manía*

- Proporcione seguridad al paciente y a las personas cercanas.
- Cuando sea necesario, establezca límites al comportamiento del paciente.
- Recuerde al paciente que debe mantener la distancia (límites personales) cuando interactúa con otras personas.
- Comuníquese con el paciente siempre con frases cortas y fáciles de entender.
- Pida aclaraciones al paciente para entender lo que pretende decir.
- Proporcione al paciente con frecuencia alimentos que se puedan comer con las manos y de pie, y asegúrese de que tienen un elevado contenido calórico y en proteínas.

- Promueva el descanso y el sueño.
- Proteja la dignidad del paciente cuando su conducta sea inadecuada.
- Canalice y redirija la necesidad que tiene el paciente de moverse hacia actividades socialmente aceptables que requieran mucho movimiento.

El profesional tiene que decirle al paciente que el personal sanitario va a ayudarlo a controlar su conducta si él no puede hacerlo por sí mismo. En el caso de los pacientes que sienten que no son capaces de controlarse, el profesional establecerá controles externos, pero siempre de forma empática y sin emitir juicios de valor. Estos controles sirven para que el paciente se sienta más seguro, aunque al principio su respuesta puede ser una agresión. Durante la fase maníaca, el enfermo presenta labilidad emocional, y puede ocurrir que agrede físicamente al personal sanitario si se establecen unos límites que le desagradan.

Estos pacientes tienen tendencia a invadir los límites físicos y psicológicos de los demás. Por tanto, cuando el enfermo no es capaz de establecer límites por sí mismo, tiene que hacerlo el profesional de enfermería. Por ejemplo, el profesional puede decir:



*«John, está usted demasiado cerca de mi cara. Por favor, retirese unos 60 centímetros.»*

o



*«No es aceptable que abrace por sistema a otros pacientes. Puede hablar con quien quiera, pero no está bien que toque a la gente.»*

Cuando se establecen los límites, es importante identificar claramente los comportamientos que resultan inaceptables y los que son aceptables. Todo el personal sanitario, de forma permanente y coherente, respetará y reforzará los límites que se han establecido.

### ***Satisfacer las necesidades fisiológicas del paciente***

Los pacientes maníacos suelen dormir y descansar muy poco, incluso cuando se encuentran al borde del agotamiento total. La medicación puede ser útil, aunque es posible que el paciente se niegue a tomarla. Disminuir la estimulación del entorno puede ayudar a que el paciente se relaje. El profesional debe hacer todo lo posible por proporcionar al paciente un entorno tranquilo, sin ruido, sin televisión y sin estímulos distractores. Asimismo, se establecerán unos hábitos diarios (p. ej., darse un baño caliente puede ayudar al paciente a tranquilizarse lo suficiente para poder dormir o, al

menos, descansar).

La alimentación es otro aspecto importante del plan de tratamiento. Muchos pacientes maníacos sienten que están demasiado «ocupados», por lo que no quieren sentarse a comer, o pueden tener tan poca capacidad de concentración que no son capaces de mantener por mucho tiempo el interés en lo que están comiendo. Para mejorar el estado nutricional del enfermo, la mejor opción son los alimentos que se pueden comer con las manos o de pie mientras el paciente se mueve de un lado para otro. Estos alimentos deben tener el contenido calórico y en proteínas más alto posible. Por ejemplo, el apio y las zanahorias pueden comerse con las manos mientras el paciente está de pie o se mueve por la habitación, pero estos alimentos aportan pocas calorías y proteínas, por lo que son preferibles los bocadillos, la barritas de proteínas y los batidos enriquecidos. También es conveniente ofrecer al paciente comida que sea fácil de comer y no exija mucha preparación. La carne que hay que cortar con cuchillo y tenedor y los espaguetis no son una buena elección. Es útil tener siempre a mano refrigerios o aperitivos que el paciente pueda tomar entre las comidas, de forma que pueda comer algo cuando sea posible.

El profesional supervisará la ingesta de alimentos y de líquidos y las horas de sueño hasta que el paciente sea capaz de satisfacer sus necesidades fisiológicas sin dificultad. Es importante observar y supervisar al enfermo a la hora de las comidas para evitar que le quite comida a otros enfermos.

### *Establecer y mantener la comunicación terapéutica*

Los pacientes maníacos tienen dificultades para prestar atención durante un tiempo prolongado. Por tanto, el profesional utilizará frases claras, cortas y sencillas cuando se comunica con el paciente. Es probable que el enfermo no sea capaz de procesar mucha información de una sola vez, por lo que el profesional fragmentará la información en muchos segmentos cortos. Es útil pedir al paciente que repita lo que se le ha dicho con el fin de asegurarse de que lo ha oído y ha procesado la información correctamente.

Es probable que el paciente tenga que someterse a pruebas de laboratorio basales y de seguimiento. Sentirá menos ansiedad si le da una breve explicación de cada una de las pruebas. El profesional utilizará información impresa para reforzar los mensajes verbales, especialmente los relacionados con normas, horarios, derechos legales, tratamientos, información y educación del paciente y nombre del personal sanitario.

El lenguaje del paciente puede ser acelerado, rápido o ruidoso, tangencial, circunstancial o repleto de rimas pueriles, o puede haber fuga de ideas. Estas alteraciones del habla y del lenguaje son un reflejo de las alteraciones del proceso y el contenido del pensamiento, y también del carácter impulsivo y poco reflexivo del paciente. El profesional mantendrá siempre abiertos los canales de comunicación con el enfermo, con independencia de las alteraciones del habla o del lenguaje que se observen. El profesional puede decir:



*«Por favor, hable un poco más despacio. Me cuesta trabajo seguirle».*

Una frase de este tipo sirve para hacer responsable de las dificultades de la comunicación al profesional en vez de al paciente. Durante la conversación, el profesional, con paciencia y de forma frecuente, debe decir al enfermo frases de este tipo, ya que éste volverá rápidamente a hablar de forma acelerada.

Durante la fase maníaca, los pacientes suelen utilizar pronombres personales, tales como él, ella y nosotros, para referirse a las personas, o determinantes del tipo esto, eso, éste o aquél, lo que hace que al interlocutor le resulte difícil entender de qué se está hablando y darse cuenta de que el paciente ha cambiado de tema. Cuando el paciente habla de forma acelerada, generalmente piensa y se mueve también de forma muy rápida, por lo que al profesional le costará trabajo sacar alguna conclusión coherente de lo que dice. El profesional pedirá al paciente que identifique a las personas, las cosas y los lugares de los que está hablando.

Cuando el pensamiento del enfermo se ve afectado por la fuga de ideas, el profesional puede pedirle que explique la relación que existe entre los diferentes temas, por ejemplo:



*«¿Qué pasó luego?».*

o



*«¿Ocurrió antes o después de que usted se casara?».*

El profesional evaluará y documentará por escrito la coherencia de los mensajes del paciente.

Los pacientes que presentan lenguaje acelerado rara vez dejan hablar a los demás. Hablan sin parar, hasta que se quedan sin palabras o se quedan mirando al interlocutor un corto espacio de tiempo antes de marcharse o de ponerse a hacer otra cosa. Estos pacientes no responden a las señales verbales y no verbales del interlocutor que indican que desean hacer uso de la palabra. El profesional evitará en todo momento entrar en



luchas de poder con el paciente para ver quién domina la conversación. En su lugar, el profesional puede hablar con el enfermo aparte, para evitar que la presencia de otras personas derive en una competición para conseguir la atención del profesional. Además, se establecerán límites respecto a los turnos de palabra para que el paciente aprenda a prestar atención a los deseos, sentimientos, necesidades y puntos de vista de los demás. Asimismo, el enfermo necesita aprender que no pueden satisfacerse todos sus deseos de forma inmediata.

### *Promover las conductas apropiadas*

Durante la fase maníaca es necesario proteger al paciente debido a su tendencia a participar en conductas de riesgo o socialmente inaceptables. El profesional redirigirá la necesidad que tiene el enfermo de moverse hacia actividades socialmente aceptables, como pasear o colocar las sillas para las sesiones de la terapia de grupo. En la fase aguda, el paciente pierde la capacidad de controlar su comportamiento y tiene tendencia a implicarse en actividades peligrosas. Dado que estos pacientes se sienten extraordinariamente poderosos, apenas imponen restricciones a su propia conducta. Piensan de forma impulsiva y actúan en consecuencia sin apenas reflexión, tienen una percepción grandiosa, o al menos, exagerada de sus propias capacidades, y buscan la satisfacción inmediata de sus deseos con una alteración muy acusada de la capacidad de posponer la gratificación. Todo esto puede afectar de forma grave a la seguridad física y económica del paciente (p. ej., puede realizar compras cuyo pago no puede afrontar o dedicarse a regalar alegremente dinero o joyas). Puede que el personal de enfermería tenga que supervisar el acceso del paciente a sus bienes materiales hasta que presente un comportamiento menos impulsivo.

Además, durante el episodio maníaco, estos pacientes pierden las inhibiciones sexuales, con el consiguiente riesgo de que se impliquen en conductas peligrosas o socialmente inaceptables. A menudo se vistan con ropa muy llamativa o muy ajustada, y pueden incluso desnudarse en un lugar público. Son también frecuentes las relaciones sexuales sin protección con personas desconocidas. El enfermo puede proponer mantener relaciones sexuales al personal sanitario o a otros pacientes (del mismo o de distinto sexo), describir de forma muy gráfica los actos sexuales o mostrar los genitales a cualquiera que se cruce en su camino. El profesional tiene que controlar estos comportamientos sin emitir juicios de valor. Por ejemplo:

**Tabla 15-8. Signos y síntomas de la intoxicación por litio e intervenciones de enfermería**

Concentración sérica de litio	Signos/síntomas de la intoxicación	Intervenciones de enfermería
1,5-2 mEq/l	Náuseas y vómitos, diarrea, alteraciones de la coordinación, somnolencia, habla farfullante y debilidad muscular	No administre la dosis siguiente; llame al médico. Si el médico lo considera conveniente, se pedirá un análisis de sangre para determinar la concentración sérica de litio, y generalmente se suspende el tratamiento durante unos días o se disminuye la dosis
2-3 mEq/l	Ataxia, agitación, visión borrosa, acúfenos, mareos, movimientos coreoatéticos, confusión, fasciculación muscular, hiperreflexia, hipertonia muscular, sacudidas mioclónicas, prurito, exantema maculopapular, movimientos de las extremidades, habla farfullante, micción de gran cantidad de orina diluida, incontinente vesical o fecal y vértigo	Interrumpa el tratamiento, llame al médico, determine la concentración sérica de litio. Se puede realizar un lavado de estómago para eliminar el litio administrado por vía oral; administre solución salina y electrolitos i.v. para asegurar el nivel hidroelectrolítico y mantener la función renal
3,0 mEq/l o superior	Arritmia cardíaca, hipotensión arterial, shock vascular periférico, crisis convulsivas focales o generalizadas, disminución del nivel de consciencia (desde el estupor al coma), sacudidas mioclónicas de grupos musculares específicos y espasticidad muscular	Todas las intervenciones anteriores, y además, aumento de la excreción de los iones de litio mediante la administración de aminofilina, manitol o urea. También se puede recurrir a la hemodiálisis para eliminar el litio del organismo. Vigile las funciones respiratoria, circulatoria y tiroidea y el sistema inmunitario e intervenga si es necesario



*«Mary, vamos a tu habitación para que te pongas un jersey».*

Es importante tratar al paciente con respeto y preservar su dignidad, a pesar de sus conductas inapropiadas. Desde el punto de vista terapéutico, es contraproducente regañar o castigar al enfermo. Hay que recordar que no es un niño travieso, sino una persona adulta que sufre un trastorno mental.

Durante la fase maníaca, el paciente no entiende que existen límites personales, por lo que es obligación del personal sanitario supervisarle e intervenir cuando sea necesario. Por ejemplo, si el profesional observa que el paciente está invadiendo el espacio personal de otro paciente, puede decir:



*«Jeffrey, me gustaría ayudarte a colocar las sillas en círculo para la sesión de terapia de grupo».*

Esta tarea exige una gran cantidad de actividad motora, por lo que servirá para distraer a Jeffrey de su conducta inapropiada, y, al mismo tiempo, satisfará la necesidad que el paciente tiene de moverse continuamente; además, no es una actividad competitiva y es socialmente apropiada. Esta técnica de redirigir al paciente hacia una actividad

socialmente aceptable que además satisfaga su necesidad de estar siempre haciendo cosas sirve también para protegerlo de los riesgos asociados con el sexo sin protección y para disminuir la vergüenza que el paciente va a experimentar cuando supere la fase maníaca y su conducta vuelva a ser normal.

### **Controlar la medicación**

El litio no se metaboliza en el organismo, sino que se absorbe en los túbulos proximales y se excreta a través de la orina. La concentración sérica de litio se determina de forma periódica con el fin de evitar en la medida de lo posible los efectos adversos derivados de una concentración excesiva del medicamento y asegurarse de que se ha conseguido la concentración terapéutica necesaria para el tratamiento o, según el caso, para el mantenimiento. El litio tiene un intervalo terapéutico de concentración sérica muy pequeño, lo que quiere decir que existe muy poca diferencia entre la concentración terapéutica máxima y la concentración mínima que provoca toxicidad. El nivel de la concentración sérica de mantenimiento está entre 0,5 mEq/l y 1 mEq/l, el nivel de tratamiento es de entre 0,8 mEq/l y 1,5 mEq/l y la toxicidad aparece cuando la concentración sérica es de 1,5 mEq/l o más. Por tanto, es importante evaluar los signos indicativos de toxicidad e informar y educar al paciente y a la familia sobre esta cuestión antes del alta (tabla 15-8).

Las personas mayores pueden presentar signos y síntomas de toxicidad por litio a una concentración sérica más baja. La sobredosis de litio puede provocar la muerte.

El paciente debe beber una cantidad adecuada de agua (unos 2 l/día) y continuar con la cantidad normal de sal en la dieta. Tomar demasiada sal en la dieta debido a la ingesta de alimentos inusualmente salados o a la administración de antiácidos que contienen sal puede reducir la disponibilidad de los receptores del litio y aumentar la excreción, por lo que la concentración sérica de calcio será demasiado baja. Si hay demasiada agua en el organismo, el litio se diluirá y la concentración sérica será demasiado baja, por lo que se podrán alcanzar las concentraciones terapéuticas del fármaco. Beber poca agua o perder líquidos a través del sudor, los vómitos o la diarrea da lugar a un aumento de la concentración sérica de litio, por lo que puede aparecer toxicidad. La supervisión diaria del peso corporal del paciente y del equilibrio entre la ingesta y la pérdida de líquidos y la comprobación del edema postural pueden ser útiles para controlar el balance hídrico. Se avisará al médico si el paciente presenta diarrea, fiebre, gripe o cualquier otra alteración que pueda provocar deshidratación.

## **EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA**

### *Manía*

- Informe y eduque sobre el trastorno bipolar y sobre las formas de manejarlo.
- Informe y eduque sobre la medicación, incluida la importancia de hacerse análisis de sangre de forma periódica y de vigilar los efectos secundarios.
- Informe a los pacientes que están tomando litio sobre la necesidad de mantener una ingesta adecuada de sal y de líquidos.
- Informe y eduque al paciente y a la familia sobre los signos y síntomas de la toxicidad y sobre la

necesidad de buscar atención médica de forma inmediata.

- Informe y eduque al paciente y a la familia sobre las conductas de riesgo y cómo evitarlas.
- Informe y eduque al paciente y a la familia sobre los signos de recaída y sobre qué deben hacer justo después de observar alguno de estos signos.

Las pruebas de función tiroidea generalmente se piden a nivel basal y cada 6 meses durante el tratamiento con litio. Entre los 6 y 18 meses de iniciarse el tratamiento, se observa un aumento de la concentración de la hormona tirotrópica (TSH) en un tercio de los pacientes. Este aumento de la TSH puede provocar ansiedad, labilidad emocional y alteraciones del sueño. Por el contrario, la disminución de la concentración de TSH puede provocar cansancio y depresión.

Dado que la mayor parte del litio se excreta a través de la orina, es necesario realizar evaluaciones basales y periódicas de la función renal. En los ancianos, si la función renal es menor de la normal, se reducirá la dosis de litio. El litio está contraindicado en los pacientes con alteraciones de la función renal o retención de orina, así como en los que toman diuréticos o siguen una dieta baja en sal. Asimismo, el litio está contraindicado en los pacientes con lesiones cerebrales o cardiovasculares.

### *Informar y educar al paciente y a la familia*

Es necesario informar al paciente y a la familia sobre el peligro de ciertos comportamientos de riesgo; sin embargo, en la mayoría de los casos, los pacientes que se encuentran en la fase maníaca no tendrán en cuenta esta información porque tienen poca paciencia y capacidad de escuchar, por lo que no serán conscientes de la importancia de este tipo de información. Los pacientes con euforia pueden no entender por qué su comportamiento habría de ser un problema, ya que están convencidos de que pueden hacer cualquier cosa que se propongan sin que les ocurra nada. No obstante, conforme el paciente va evolucionando hacia el estado de ánimo eutímico, las conductas de riesgo van disminuyendo y el enfermo es más receptivo a la información y a la educación proporcionadas por el profesional de la enfermería.

Es habitual que el paciente con manía empiece muchas tareas y tenga una gran cantidad de objetivos que pretende conseguir al mismo tiempo. La consecuencia de esto, como cabría esperar, es que al final no consigue ninguno de los que se había propuesto y no termina nada de lo que empieza. Pasa constantemente de un objetivo a otro, y a veces, se obsesiona con la «enorme» importancia que, según él, tiene uno de estos objetivos en comparación con los otros, pero el objetivo «realmente importante» puede cambiar con rapidez. No es infrecuente encontrar pacientes maníacos que invierten en un negocio del que no tienen ningún tipo de conocimiento ni experiencia, gastan mucho dinero en cosas superfluas, viajan de una ciudad a otra de forma impulsiva, conducen a gran velocidad o entablan amistad con personas hasta entonces desconocidas, a las que ahora consideran sus «mejores amigos». Por otro lado, estos pacientes intentan ser siempre el centro de atención de los demás, son egocéntricos y se preocupan poco o nada por los otros, excepto si están dispuestos a escucharlos o a mantener relaciones sexuales o pueden ser un medio adecuado para conseguir alguno de los muchos objetivos

totalmente carentes de realismo que el paciente se ha propuesto.

La información y la educación sobre las causas del trastorno bipolar, la medicación y la forma de controlar las conductas inadecuadas y otros problemas que pueden plantearse por culpa de la manía son importantes tanto para el paciente como para la familia. Este tipo de educación contribuye a disminuir los sentimientos de culpabilidad y de vergüenza de las personas que tienen un familiar afectado por un trastorno mental, y además mejora la seguridad del paciente, refuerza el sistema de apoyo al enfermo y a la familia y promueve el cumplimiento terapéutico. La información y la educación sirven para desterrar el aire de misterio que tienen los trastornos mentales y su tratamiento, porque el profesional expone con claridad y concisión los hechos sin emitir juicios de valor: esto es lo que sabemos, esto es lo que podemos hacer y esto es lo que ustedes pueden hacer.

Generalmente, los familiares se dan cuenta de si el paciente ha dejado de tomar la medicación, por ejemplo: se vuelve más hablador de lo normal, está más irritable (se molesta por cualquier cosa y discute por todo), empieza a referirse a la necesidad de hacer compras muy caras que la familia no puede permitirse y niega con todo convencimiento que haya algún problema. Muchas veces los familiares necesitan exponer a alguien las observaciones que han realizado sobre el comportamiento del paciente, por lo que las sesiones de información y educación dirigidas a la familia es el lugar ideal para poder explicar sus puntos de vista, teorías y observaciones sobre el paciente. En estas sesiones hay que enseñar a la familia diferentes intervenciones que pueden poner en práctica en casa para controlar las conductas conflictivas del enfermo.

Los pacientes deben ser conscientes de que es muy importante tomar la dosis de litio como el médico la ha prescrito y no aumentarla ni reducirla. Es importante que el enfermo tome el litio a la hora que se le ha indicado y que no se salte ninguna dosis. No seguir las indicaciones del médico afecta negativamente al mantenimiento de la concentración sérica de litio. El paciente debe conocer los numerosos medicamentos que tienen interacciones farmacológicas con el litio, y debe decirle a todos los médicos con los que consulte por cualquier razón que está tomando litio. Cuando los pacientes que están tomando litio parecen presentar un aumento de las conductas maníacas, hay que comprobar la concentración sérica para determinar si se ha producido toxicidad. La determinación periódica de la concentración sérica de litio es necesaria para asegurar la seguridad del paciente y la eficacia del tratamiento. La sed persistente y la orina demasiado diluida pueden ser signos de la necesidad de avisar al médico y de comprobar la concentración sérica del fármaco para ver si es necesario disminuir la dosis.

El paciente y la familia tienen que conocer los síntomas de la intoxicación por litio y su tratamiento. El profesional les explicará qué deben hacer en caso de que, por cualquier razón, el médico que trata al paciente no esté disponible. Estas instrucciones se darán al paciente y a la familia por escrito y se les explicarán de viva voz.

### **Valoración**

La evaluación de los resultados del tratamiento del trastorno bipolar incluye, entre otros, los siguientes aspectos:



- Temas relacionados con la seguridad del paciente y de los demás.
- Comparación entre el estado de ánimo y los afectos al principio del tratamiento y en la actualidad.
- Grado de cumplimiento terapéutico (medicación y psicoterapia).
- Cambios en la percepción del paciente de su calidad de vida.
- Consecución de los objetivos concretos del plan de tratamiento, incluidas las nuevas estrategias de afrontamiento adquiridas por el paciente.

## SUICIDIO

El suicidio es el acto de darse muerte intencionadamente. La ideación suicida es muy frecuente en los pacientes con un trastorno del estado de ánimo, en especial en la depresión. En Estados Unidos se notifican cada año más de 30 000 suicidios consumados, y se calcula que el número de intentos de suicidio es entre ocho y diez veces mayor que el de suicidios. En este país, los hombres cometen un 72 % de los suicidios, lo que representa una tasa unas tres veces superior a la de las mujeres. Sin embargo, la tasa de intentos de suicidio es unas cuatro veces más elevada en mujeres que en hombres. El hecho de que la tasa de suicidio consumado sea más elevada entre los hombres se debe en parte al método utilizado (p. ej., dispararse con un arma de fuego, ahorcarse, saltar desde una ventana o desde cualquier otro lugar elevado). El método más utilizado por las mujeres es la sobredosis de medicamentos. Los hombres, las mujeres jóvenes, las personas caucásicas y las personas separadas o divorciadas tienen un mayor riesgo de suicidio. Los adultos mayores de 65 son el 10 % de la población, pero representan el 25 % de los casos de suicidio. El suicidio es la segunda causa de muerte (después de los accidentes) entre las personas con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, y, en la actualidad, la tasa de suicidio está creciendo más rápidamente en este grupo de edad ([Andreasen y Black, 2006](#)).

Las personas que padecen un trastorno mental, en especial depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, consumo de sustancias, trastorno por estrés postraumático y trastorno límite de la personalidad, presentan un riesgo más elevado de suicidio ([Rihmer, 2007](#)). Las enfermedades médicas asociadas con un aumento del riesgo de suicidio son el cáncer, la infección por el VIH y el sida, la diabetes, los accidentes cerebrovasculares y los traumatismos encefálicos y medulares. Los factores del entorno que provocan un aumento del riesgo de suicidio son el aislamiento, las pérdidas recientes, la falta de apoyo social, el desempleo, los acontecimientos críticos de la vida y los antecedentes familiares de depresión o de suicidio. Por último, los factores psicológicos asociados con un incremento del riesgo son la impulsividad, los cambios erráticos o no explicados con respecto al comportamiento habitual y los hábitos de vida inestables ([Smith et al., 2008](#)).

La **ideación suicida** consiste en pensar en la posibilidad de quitarse la vida. La ideación suicida activa se produce cuando la persona piensa en la posibilidad de darse muerte y además busca la forma de hacerlo, mientras que la ideación suicida pasiva ocurre cuando la persona piensa en la posibilidad de matarse o desea morir, pero no tiene planes concretos ni busca la forma de hacerlo. Se considera que la ideación suicida activa



es más peligrosa que la pasiva.

Cuadro 15-2. Mitos y verdades sobre el suicidio	
<b>Mitos</b>	<b>Verdades</b>
La gente que habla de suicidarse nunca se suicida.	En muchas ocasiones, la gente que se suicida envía antes mensajes sutiles o no tan sutiles que transmiten sentimientos de desesperanza y pensamientos de auto-destrucción. Tanto los mensajes sutiles como los mensajes directos deben tomarse siempre en serio y realizarse la valoración y las intervenciones pertinentes.
Las personas que tienen ideación suicida sólo quieren hacerse daño a sí mismos, nunca a otras personas.	Si bien la violencia del suicidio demuestra que el suicida ha revertido el odio sobre sí mismo, también puede dirigir el odio hacia otras personas, bien de forma impulsiva o bien de forma planificada. <i>Daño físico:</i> los pacientes psicóticos pueden responder a las voces que les indican que deben matar a otra persona antes de suicidarse. Una persona deprimida que ha decidido quitarse la vida con una pistola puede, de forma impulsiva, disparar contra la persona que la agarra del brazo en un intento desesperado de evitar el suicidio. <i>Daño psicológico:</i> muchas veces, los familiares, los amigos y los profesionales sanitarios, incluso la policía que intenta evitar que el suicidio se lleve a cabo, y en general, todas las personas que conocían al suicida y que no se dieron cuenta de que la persona deprimida tenía un plan para suicidarse, sienten culpabilidad y vergüenza por no haber hecho nada o no haber hecho lo suficiente por evitar el desenlace mortal, y se encuentran atrapadas entre la pena por la pérdida sufrida y la desesperación. Algunas personas, deprimidas después el suicidio de un ser querido, pueden racionalizar lo ocurrido diciendo que del suicidio es «una buena forma de dejar de sufrir», y pueden ponerse a hacer planes ellos mismos para escapar del dolor que les produce la pérdida del ser querido. Algunos suicidas se quitan la vida para generar pena y culpabilidad en las personas que lo conocían o en una persona concreta (p. ej., alguien que rechazó al suicida o no correspondió a su amor).
No se puede hacer nada para ayudar a una persona que quiere suicidarse.	Las personas que presentan ideación suicida tienen sentimientos mixtos (ambivalencia) sobre su deseo de quitarse la vida, de matar a otro o de ser asesinado por otro. Esta ambivalencia hace que en muchos casos la persona que desea morir pida ayuda desesperadamente, enviando señales a los demás, de forma manifiesta u oculta. La intervención puede ayudar a las personas con ideación suicida a encontrar apoyos suficientes, a elegir vivir, a aprender nuevas estrategias de afrontamiento y a seguir adelante en la vida.
Si se sospecha que una persona está desesperada, no hay que pronunciar delante de ella la palabra <i>suicidio</i> porque esto podría darle la idea de suicidarse.	Las personas que tienen ideación suicida ya han pensado en quitarse la vida e incluso pueden tener un plan concreto. Preguntar sobre el suicidio no hace que una persona que no tiene intención de quitarse la vida se suicide.
No hacer caso a las amenazas verbales de suicidarse y retar a la persona para que se suicide a menudo sirve para acabar con estos comportamientos.	Los gestos suicidas pueden terminar con la vida del suicida. Las amenazas no deben ser desatendidas ni pasadas por alto y nunca hay que retar a una persona a que se suicide. Todos los planes, amenazas, gestos y señales directas o indirectas deben tomarse en serio, e inmediatamente hay que ayudar a la persona a hablar sobre los problemas que le llevan a pensar en quitarse la vida. Cuando se pregunta por el suicidio, muchas veces el paciente se siente aliviado al saber que sus señales de petición de ayuda han sido escuchadas y que la ayuda está en camino.
Si en un momento determinado existe riesgo de suicidio, el riesgo existirá durante toda la vida.	Aunque es verdad que la mayoría de las personas que se suicidan lo han intentado antes al menos en una ocasión, la mayoría de las que presentan ideación suicida pueden resolver la crisis de forma positiva. Con el apoyo adecuado, estas personas pueden encontrar nuevas formas de resolver los problemas y los conflictos, volverse emocionalmente más seguras y no recurrir ya nunca más a la ideación suicida o al intento de suicidio para resolver un problema.

**Cuadro 15-3. Ideación suicida: afirmaciones del paciente y respuestas del profesional**

#### Afirmaciones del paciente

«Sólo quiero dormir y no pensar más».

«Me gustaría que todo se acabase de una vez».

«Y esto sería el final de esta historia».

«Ha sido usted un buen amigo».

«No me olvide nunca».

«Aquí tiene mi ajedrez, que tanto le gusta».

«Por si alguien necesita saberlo, mi testamento y los papeles del seguro están en el primer cajón de mi mesa».

«Ya no puedo soportar más tiempo este dolor».

«Dentro de poco tiempo, todo el mundo se va a sentir muy mal».

«No puedo aguantarlo más».

«Todo el mundo estaría mejor si yo no estuviese en este mundo».

Cambio en la conducta no verbal de inquieto a tranquilo, de ansioso a relajado, de triste a sonriente, de hostil a indiferente, de estar sin dirección aparente a dar la sensación de que el comportamiento está regido por objetivos claros.

#### Respuestas del profesional

«Para ser más concretos, ¿de qué forma tiene pensado dormir y no pensar más?».

«Cuando dice "dormir", ¿quiere decir "morir"?».

«¿Qué es en lo que no quiere pensar más?».

«Me pregunto si está usted pensando en suicidarse».

«¿Qué es concretamente lo que le gustaría que se acabase de una vez?».

«¿Está usted pensando en poner fin a su vida?».

«¿Cómo piensa que puede poner fin a esta historia?».

«Parece como si estuviese usted despidiéndose. ¿Es una despedida?».

«¿Está usted pensando en suicidarse?».

«¿Qué es lo que de verdad le gustaría que no olvidara nunca de usted?».

«¿Qué es lo que va hacer?».

«¿Por qué va regalando por ahí las cosas que tanto le gustan?».

«Le agradezco mucho la confianza que deposita en mí, pero creo que está usted intentando transmitirme un mensaje importante. ¿Está pensando en quitarse la vida?».

«¿Cómo piensa usted acabar con el dolor?» «Hábleme del dolor que siente».

«Parece como si estuviese usted pensando en hacerse daño».

«¿Quién es la persona que quiere usted que se sienta mal quitándose usted la vida?».

«¿Qué es lo que no puede aguantar más?».

«¿Cómo cree que puede poner fin a todo esto?».

«¿Qué persona cree que se sentiría mejor si usted no estuviese en este mundo?».

«¿Cómo piensa quitarse de en medio si de verdad está convencido de que todo el mundo estaría mejor si usted no estuviese en este mundo?».

«¿En qué sentido piensa que los demás estarían mejor si usted no estuviese en este mundo?».

«Hoy parece usted diferente. ¿Qué es lo que ocurre?».

«Me da la impresión de que ha tomado una decisión. ¿Podría hablarme de ella?».

El intento de suicidio es un acto suicida en el que la persona no llega a morir, bien porque el método falla o porque el suicida no llega hasta el final. En el segundo caso, la persona no llega a consumar el suicidio porque 1) alguien se da cuenta de que el intento de suicidio es una llamada desesperada de ayuda y responde a la llamada, o 2) la persona es descubierta a tiempo y rescatada (Sudak, 2005).

**Suicidios ambivalentes.** Muchos accidentes con resultado de muerte pueden ser en realidad suicidios impulsivos. Por ejemplo, es imposible saber si la persona que ha muerto al estrellar el coche contra un árbol lo ha hecho intencionadamente o no. Por esta razón, es difícil disponer de datos estadísticos sobre el suicidio que sean precisos y fiables. Hay también muchos mitos y creencias erróneas sobre el suicidio que el profesional de la enfermería debe tener en cuenta (cuadro 15-2).

### Valoración

Los antecedentes personales de intento de suicidio incrementan el riesgo de suicidio. Los dos primeros años después del intento son el período de máximo riesgo, especialmente

los tres primeros meses. También presentan un riesgo más elevado las personas con un familiar que se suicidó, y cuanto más cercano es el familiar, mayor es el riesgo. Una posible explicación de esto es que el hecho de que un familiar cercano se haya suicidado ofrece una sensación de «permiso» o de aceptación del suicidio como método válido para escapar de una situación difícil. Se cree que esta familiaridad y aceptación contribuyen también a los denominados «suicidios por imitación» que se observan entre los adolescentes, en los que la acción de los iguales tiene una gran influencia (Sudak, 2005).

Muchas personas deprimidas que tienen ideación suicida carecen de la energía suficiente para consumar el suicidio. Se cree que la energía natural proveniente del aumento de la luz solar que se observa en primavera explica por qué la mayoría de los suicidios ocurren en el mes de abril. Además, la mayoría de los suicidios se producen los lunes por la mañana, cuando la mayoría de la gente se reincorpora al trabajo después del fin de semana (otra racha de energía). Los estudios han demostrado que el tratamiento con antidepresivos puede proporcionar al paciente la energía que necesita para poner en práctica la ideación suicida (Sudak, 2005).

### *Signos indicativos de posible un intento de suicidio*

La mayoría de las personas que tienen ideación suicida envían señales, bien directas o bien indirectas, a los demás sobre su intención de hacerse daño. El profesional de enfermería nunca debe desentenderse de estas señales, con independencia de cuál sea el estado o la intención del paciente y de lo triviales que estas señales puedan parecer. En muchos casos, las personas que contemplan la posibilidad de suicidarse tienen sentimientos ambivalentes o conflictivos sobre el deseo de morir, y muchas veces piden ayuda a los demás, aunque no siempre de forma evidente. Por ejemplo, un paciente puede decir:



*«Sigo pensando en tomarme todo el frasco de pastillas» (señal directa) o «No puedo seguir así, no puedo más» (señal indirecta).*

En el [cuadro 15-3](#) se muestran más ejemplos de frases de los pacientes sobre el suicidio y la respuesta que puede dar el profesional.

Es importante preguntar al paciente directamente sobre la ideación suicida. Los formularios para la evaluación inicial en la hospitalización psiquiátrica suelen incluir este tipo de preguntas. También es una práctica habitual preguntar sobre el suicidio o sobre los pensamientos relacionados con las conductas autolesivas en todos los contextos y entornos en los que la gente solicita ayuda debido a algún problema psicológico.

### *Conductas de riesgo*

Hay personas que se suicidan sin haber enviado antes a los demás ninguna señal de ello.



Algunas esconden con mucho cuidado su malestar psicológico y los planes de suicidio. Otras actúan de forma impulsiva aprovechándose de una situación determinada para perpetrar el suicidio. Algunos pacientes en tratamiento que presentan ideación suicida refieren que toman parte en situaciones de riesgo, como conducir a gran velocidad en medio de una tormenta con una fuerte lluvia que impide la visibilidad o bajo los efectos de alcohol u otras drogas. Este comportamiento estilo «ruleta rusa» conlleva un riesgo muy elevado tanto para el paciente como para las personas que, sin tener ninguna culpa, pueden verse implicadas en el accidente, y permite al paciente sentirse más valiente enfrentándose continuamente a la muerte y, final-mente, sobreviviendo.

### *Valoración de la letalidad*

Cuando el paciente reconoce que tiene «deseos de morir» o ideación suicida, el profesional debe determinar el grado de letalidad de estos pensamientos. Para ello, debe hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Tiene el paciente un plan? Si es así, ¿en qué consiste el plan? ¿Se trata de un plan concreto?
- ¿Dispone el paciente de los medios necesarios para llevar a cabo el plan? (p. ej., si piensa dispararse con un arma de fuego, ¿tiene el paciente acceso a un arma de fuego y a la munición correspondiente?).
- Si finalmente el paciente pone en práctica el plan, ¿cabe la posibilidad de que el resultado sea la muerte? (p. ej., si el plan consiste en tomarse 10 aspirinas, el resultado no será mortal, mientras que si el plan consiste en tomarse los comprimidos correspondientes a 2 semanas de un antidepresivo tricíclico, se producirá la muerte).
- ¿Ha hecho el paciente preparativos para la muerte, como regalar posesiones valiosas, escribir una carta o despedirse de los amigos?
- ¿Dónde y cuándo intentará el paciente llevar a cabo el plan?
- ¿Pretende que la fecha del suicidio coincida con alguna fecha especial o aniversario que tiene un significado importante para el paciente?

Cuanto más específicas y positivas sean las respuestas a estas preguntas, mayor es la posibilidad de que el paciente se suicide. Es importante determinar si el paciente considera que su plan es o no mortal, con independencia de si lo es o no. El riesgo aumenta si el paciente está convencido de que el plan es mortal.

### **Resultados esperables**

Generalmente, la mejor forma de prevenir el suicidio consiste en tratar el trastorno que padece el paciente, como un trastorno del estado de ánimo o un trastorno psicótico, con un psicofármaco. Los objetivos son, en primer lugar, salvaguardar la seguridad de paciente, y a continuación, ayudarle a aprender y a poner en práctica nuevas estrategias de afrontamiento en las que esté excluido causarse daño a sí mismo. Otros resultados después del tratamiento pueden estar relacionados con las tareas y actividades de la vida diaria, con el sueño y la alimentación y con los problemas específicos de la crisis por la que está pasando el paciente (p. ej., la estabilización de trastorno mental o de la

sintomatología psiquiátrica).

Los siguientes son ejemplos de resultados que cabe esperar en los pacientes que presentan ideación suicida:

- El paciente no se hará daño a sí mismo ni a los demás.
- El paciente se implicará en la relación con el profesional de enfermería.
- El paciente firmará un contrato por escrito en el que se compromete a no suicidarse.
- El paciente elaborará por escrito una lista de características positivas y de puntos fuertes.
- El paciente elaborará, pondrá en práctica y evaluará planes realistas para resolver los problemas que tiene actualmente.

## **Intervención**

### *Uso del rol de autoridad*

La intervención en caso de intento de suicidio o de ideación suicida debe ser la prioridad más importante para el profesional de la enfermería. El profesional asumirá el papel de auto-ridad para contribuir a mantener la seguridad del paciente. En una situación de crisis, el paciente percibe pocas o ninguna alternativa que le permitan resolver sus problemas. El profesional le hará saber al paciente que su seguridad es lo más importante y que tiene prioridad sobre cualquier otro objetivo, deseo o necesidad. Por ejemplo, si el paciente quiere quedarse solo en su habitación para pensar, el profesional no debe permitirlo mientras exista riesgo de suicidio.

### *Proporcionar un entorno seguro*

Las unidades de hospitalización psiquiátrica disponen de normas y protocolos para garantizar la seguridad de los pacientes. Algunas de estas normas son más liberales que otras, pero por lo general, en todas se impide al paciente tener acceso a los productos del carrito de la limpieza, a su propia medicación, a las tijeras afiladas y a las navajas y cuchillos. En el caso de los pacientes con ideación suicida, el personal sanitario mantendrá alejado del enfermo cualquier objeto que pudiera utilizarse para cometer el suicidio, como objetos punzantes o cortantes, cordones de los zapatos, cinturones, encendedores, cerillas, lapiceros, bolígrafos e incluso prendas de vestir que lleven cintas o cordones.

La política de cada institución respecto a la prevención del suicidio varía, pero en general el personal sanitario vigila al paciente cada 10 min si el riesgo de muerte es bajo. En el caso de los pacientes con un riesgo de muerte elevado, la supervisión por parte del personal sanitario es permanente. Esto quiere decir que el paciente está constantemente vigilado de forma directa y que no puede alejarse del personal sanitario más de 60 cm o 90 cm para cualquier actividad o tarea, incluido ir al servicio. La norma de vigilancia constante no tiene ninguna excepción. Esto puede resultar frustrante o hacer enfadar a algunos pacientes, por lo que el personal sanitario tiene que explicar todas las veces que sea necesario el propósito de esta vigilancia tan intensa.

Los contratos por escrito en los que el paciente se compromete a no suicidarse y a no

hacerse daño a sí mismo se utilizan en los enfermos con ideación suicida. Mediante el contrato, el paciente se compromete a no atentar contra su vida y a notificar de inmediato al personal sanitario cualquier impulso que pudiera tener de hacerse daño (en casa, el paciente se compromete a notificarlo al cuidador y, en caso de que no disponga de un cuidador, en el contrato se especifica a quién debe realizar la notificación). Sin embargo, estos contratos no garantizan la seguridad del paciente y su uso ha sido duramente criticado por algunos autores (McMyler y Prymachuk, 2008). En ningún momento el profesional de enfermería asumirá que el paciente está a salvo porque haya firmado un contrato. Es mucho más fiable llevar a cabo una valoración exhaustiva y una discusión a fondo del problema con el paciente.

### *Elaboración de la lista de sistemas de apoyo*

Con frecuencia, los pacientes que presentan ideación suicida carecen de sistemas de apoyo social, como familiares, amigos, compañeros de trabajo, una confesión religiosa o un grupo de apoyo o de autoayuda. Esto puede deberse al aislamiento, al retraimiento social, a las conductas asociadas con un trastorno mental o una enfermedad médica, al hecho de que el paciente se ha mudado a otra localidad o a otra zona de la ciudad por motivos laborales o de estudio o a un cambio en la estructura familiar o en la situación económica. El profesional debe evaluar los sistemas de apoyo de los que dispone el paciente y el tipo de ayuda que cada persona o grupo le proporciona. Los centros de salud mental, las clínicas especializadas, las líneas telefónicas de llamada gratuita, los servicios de atención psiquiátrica de urgencias, los servicios sanitarios dirigidos a los estudiantes, las iglesias y los grupos de autoayuda son ejemplos de sistemas de apoyo que el paciente puede encontrar en la comunidad.

El profesional debe elaborar una lista con los nombres de las organizaciones y grupos a los que el paciente puede llamar para solicitar ayuda, siempre y cuando el enfermo lo autorice con el fin de no violar la confidencialidad a la que está obligado el profesional. En muchos casos, no es necesario hospitalizar a los pacientes con ideación suicida y pueden ser tratados de forma ambulatoria con la ayuda de los sistemas de apoyo comunitarios.

### **Respuesta de la familia**

El suicidio es la forma más clara de rechazar a los demás. El acto del suicidio lleva implícito el mensaje a los otros de que su ayuda fue incompetente, irrelevante o ineficaz.

Algunos se suicidan para vengarse o acusar a alguna persona (incluso hasta el punto de que el suicida planifica todo de manera que sea esta persona la primera que descubra el cadáver). La mayoría de los suicidios representan un intento de escapar a una situación que el suicida considera insostenible. Incluso en el caso de que el suicida crea que es el amor que siente por su familia lo que le lleva a suicidarse (como ocurre en el caso de quien se suicida para evitar un proceso judicial muy prolongado o para evitar a su familia el coste psicológico y económico de una enfermedad terminal lenta y dolorosa), los familiares se sienten culpables, avergonzados o llenos de odio hacia la persona que se ha suicidado.



Las personas que conocían al suicida pueden sentirse culpables por no haber sabido hasta qué punto se sentía desesperado, pero también pueden sentirse enfadados porque el suicida no les pidió ayuda o no confió en ellos, avergonzados porque un ser querido ha puesto fin a su vida mediante un acto socialmente inaceptable, o tristes por haber sido rechazados por quien se ha suicidado. Un suicidio es siempre una noticia que causa gran impresión, y puede haber cotilleos y especulaciones sobre la razón por la que el suicida puso fin a su vida, incluso puede interesar a los medios de comunicación si el suicida era una persona conocida. Es posible que los seguros se nieguen a pagar a la familia los beneficios del seguro de vida del fallecido. Además, el suicidio puede contagiarse a las personas allegadas («suicidio por imitación») porque pueden pensar que han recibido «permiso» para hacer lo mismo. Algunas familias se desestructuran o se desintegran después del suicidio de uno de sus miembros.

### **Respuesta del profesional de enfermería**

Cuando se trabaja con un paciente que presenta ideación suicida o que ya ha intentado suicidarse, la actitud del profesional debe indicar una consideración positiva incondicional, no por el acto, sino por la persona y sus sentimientos de desesperación. Las ideas suicidas o los intentos anteriores son señales muy graves que nos indican que el paciente está desesperado. El profesional transmitirá en todo momento al paciente su creencia de que, a pesar de su situación actual, se le puede ayudar para que cambie y crezca como persona.

No es útil intentar que el paciente se sienta culpable por pensar en el suicidio o por haber intentado suicidarse, porque él mismo ya se siente suficientemente incompetente, desesperanzado e impotente. El profesional no culpará al paciente ni emitirá juicios de valor cuando le pregunta sobre los detalles del suicidio que tiene planeado. Lo mejor es utilizar un tono de voz tranquilo y suave que no transmita juicios de valor. El profesional controlará el lenguaje corporal, incluida la expresión facial, para no transmitir al paciente inintencionadamente la sensación de disgusto o de reproche.

El profesional debe estar convencido de que una persona puede ayudar a otra a cambiar su vida, y transmitir este convencimiento al paciente con ideación suicida o que ha intentado suicidarse antes. Sin embargo, también ha de tener en cuenta que algunos pacientes terminarán suicidándose sin que pueda hacerse nada por evitarlo, con independencia de la calidad de las intervenciones de enfermería. El suicidio de un paciente puede tener un efecto devastador sobre el personal sanitario que le ha estado tratando, especialmente si durante el tratamiento ha llegado a conocer bien al paciente y a los familiares. Incluso con el tratamiento adecuado, algunos profesionales pueden dejar el centro sanitario o hasta la profesión después del suicidio de un paciente.

*¡Precaución!*



### **Antidepresivos y riesgo de suicidio**

Los pacientes deprimidos que empiezan a tomar un antidepresivo pueden presentar un riesgo de suicidio más elevado durante las primeras semanas de tratamiento. El efecto de la medicación puede hacer que tengan más energía, pero aún continúan deprimidos. Este aumento de la energía puede producir un incremento del riesgo de poner en práctica las ideas suicidas. Además, dado que los antidepresivos tardan varias semanas en hacer su máximo efecto, el paciente puede desanimarse e intentar suicidarse o consumar el suicidio porque cree que la medicación no le está haciendo efecto. Por tanto, es extremadamente importante hacer un seguimiento muy estricto de la ideación suicida del paciente hasta que el riesgo desaparezca.

### **Aspectos éticos y legales**

El suicidio asistido es en la actualidad un tema de debate desde los puntos de vista ético y legal en muchos países. Mucho se ha discutido sobre las acciones legales y las decisiones judiciales en el caso del Dr. Jack Kevorkian, médico que ha participado en numerosos suicidios asistidos.

En Estados Unidos, Oregon fue el primer estado que legisló sobre el suicidio asistido y estableció una serie de normas legales para evitar la práctica indiscriminada de este tipo de suicidio. Mucha gente piensa que debería ser legal en todos los estados que los profesionales sanitarios o los familiares ayuden a morir a los pacientes en estado terminal que lo solicitan. Otros, por el contrario, por razones éticas o religiosas consideran que debe ser ilegal y que la ley debe perseguir a los profesionales de la salud que ayuden a morir a un paciente. En Estados Unidos, algunos grupos, como la Hemlock Society, y personas como el Dr. Kevorkian están presionando al poder legislativo para que apruebe una ley que permita a los profesionales y a los familiares poner en práctica el suicidio asistido cuando el paciente se encuentre en estado terminal y lo solicite. La controversia y las emociones siguen rodeando este espinoso asunto.

En muchos casos, los profesionales deben atender a pacientes que sufren una enfermedad crónica o terminal y tienen una calidad de vida muy deficiente, como los pacientes que sufren un dolor intratable debido a un cáncer en estado terminal, una discapacidad muy grave o se mantienen vivos gracias a un aparato o dispositivo médico del que no pueden separarse. No corresponde al profesional de la enfermería decidir durante cuánto tiempo deben sufrir estos pacientes. Su obligación es proporcionar atención y apoyo a los pacientes y a la familia durante el proceso en el que deben tomar la difícil decisión de cuándo hay que permitir al paciente morir en paz. Las personas que han sido declaradas legalmente muertas pueden ser desconectadas de los aparatos médicos; sin embargo, en Estados Unidos, cada estado tiene su propia definición de muerte legal y de lo que debe hacer el personal sanitario cuando el paciente ha sido declarado muerto.

### ***Trastornos del estado de ánimo en personas mayores***

Según Sakauye (2008), la depresión es frecuente entre los ancianos y la tasa de este trastorno mental es significativamente mayor entre los ancianos con una enfermedad médica. En este grupo de edad, los síntomas psicóticos, en especial los delirios, son más frecuentes que entre las personas deprimidas más jóvenes. La tasa de suicidio entre las

personas mayores de 65 años dobla la que se registra en los menores de 65 años. El trastorno bipolar de inicio tardío es poco frecuente.

La depresión de las personas mayores se trata con TEC con más frecuencia que en las personas más jóvenes. Los pacientes ancianos tienen menos tolerancia a los efectos secundarios de los antidepresivos, y muchos de ellos no toleran las dosis efectivas necesarias para el tratamiento de la depresión. Además, la TEC produce una respuesta más rápida que la medicación, lo cual puede ser deseable cuando la depresión afecta la salud física del anciano. Dado que la tasa de suicidios está aumentando entre las personas mayores, es aún más importante conseguir una respuesta terapéutica rápida en el tratamiento de la depresión (Sakaue, 2008).

## **ATENCIÓN COMUNITARIA**

Con independencia de cuál sea su especialidad, los profesionales de la enfermería que trabajan en el contexto comunitario son los primeros en detectar los síntomas y signos de un trastorno del estado de ánimo. A veces, un familiar comenta que está preocupado porque el paciente se ha retraído socialmente, ha perdido el interés en actividades que antes le interesaban, le cuesta trabajo pensar, comer o dormir o se queja de que está siempre cansado, triste o inquieto (síntomas de depresión). Otras veces, el familiar comenta que el paciente, de repente, se muestra eufórico sin nada que lo justifique, se pone a gastar mucho dinero en cosas innecesarias, pierde las inhibiciones, cambia los patrones del sueño y de la alimentación y se pone ropa muy llamativa en contra de lo que es habitual en él (todos síntomas de la fase maníaca del trastorno bipolar). Documentar y notificar estos comportamientos puede servir para que estos pacientes reciban el tratamiento adecuado. Las estadísticas indican que casi el 40 % de las personas a las que se les ha diagnosticado un trastorno del estado de ánimo no recibe tratamiento (Akiskal, 2005). Esto puede deberse a varios factores, como el estigma social que todavía hoy en día recae sobre los trastornos mentales, la falta de conocimiento sobre la alteración en la vida de un persona que puede causar un trastorno del estado de ánimo, la ignorancia sobre las opciones de tratamiento de las que hoy se dispone y la existencia de una enfermedad médica cuyo tratamiento se juzga más importante que el del trastorno del estado de ánimo. Todos estos factores se combinan con el escaso tiempo que los profesionales de la salud mental dedican a cada paciente.

Las personas que sufren una depresión pueden tratarse eficazmente en la comunidad por un psiquiatra, por un profesional de la enfermería especializado en psiquiatría y salud mental o por el médico de atención primaria. Sin embargo, las personas con un trastorno bipolar deben ser referidas a un psiquiatra o a un profesional de la enfermería especializado. El médico o el profesional encargado del tratamiento de un paciente con trastorno bipolar deben tener buenos conocimientos de psicofarmacología (dosis, efectos secundarios y concentraciones terapéuticas del fármaco en la sangre) para que pueda responder a las preguntas del paciente y de la familia y promover el cumplimiento terapéutico.

## PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Se han realizado numerosos estudios para intentar determinar la forma de prevenir los trastornos del estado de ánimo y el suicidio, pero la predicción del suicidio en la práctica clínica sigue siendo difícil. Los programas en los que se utiliza un abordaje educativo para el control de los estresores específicos que aumentan la incidencia de la depresión en las mujeres han mostrado cierta eficacia. Estos programas se centran en el aumento de la autoestima y en la disminución de la soledad y de la desesperanza, lo que a su vez produce una reducción del riesgo de depresión.

Los esfuerzos por mejorar el tratamiento de la depresión en el contexto de la atención primaria se han basado en el modelo de atención a las enfermedades crónicas, en el que se incluye el autotratamiento; es decir, ayudar a las personas para que estén mejor preparadas para afrontar los problemas vitales y a los cambios. En estos programas se incluye la mejora de la comunicación con el médico de atención primaria, la elaboración de un plan de prevención de crisis y recaídas, la creación de una red de apoyo social y los cambios conductuales que son necesarios para promover la salud física y mental (Bachman, Swensen, Reardon y Miller, 2006).

Dado que el suicidio es la principal causa de muerte entre los adolescentes, la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo es de enorme importancia en este grupo de edad. El fortalecimiento de los factores de protección (factores asociados con una disminución del riesgo de suicidio) sería muy útil para mejorar la salud mental de los adolescentes. Estos factores protectores son las buenas relaciones con los padres, las buenas notas en el instituto, la estabilidad de la vida familiar y las relaciones interpersonales de calidad con compañeros y otras personas ajenas al círculo familiar. Los programas que se llevan a cabo en los institutos pueden ser universales (información general para todos los alumnos) o específicos (dirigidos a los alumnos que presentan factores de riesgo). Los programas específicos han sido más eficaces que los programas generales (Horowitz y Garber, 2006; Rapee et al., 2006). Asimismo, los programas de detección sistemática diseñados para la identificación precoz de los factores de riesgo, como los conflictos familiares, el alcoholismo o los trastornos mentales de los padres, los antecedentes personales de peleas violentas y el acceso a armas de fuego en casa, pueden permitir la derivación y la intervención precoz.

## TEMAS DE AUTOCONCIENCIA



El profesional de enfermería que trabaja con pacientes deprimidos a menudo se identifica con ellos y puede empezar a mostrar signos de tristeza o inquietud. De forma inconsciente, puede rehuir el contacto con estos pacientes para escapar de este tipo de sentimientos. Por tanto, el profesional tiene que estar muy atento a sus sentimientos, emociones y reacciones cuando interactúa con los pacientes que padecen una depresión con el fin de asegurarse de que cumple con su obligación de establecer y mantener una buena relación con el paciente.

Los pacientes deprimidos suelen ser pesimistas y negativos, y se muestran incapaces de generar nuevas ideas. Se sienten desesperanzados e incompetentes. Por estas razones,

el profesional puede sentirse hastiado después de sugerir al paciente una y otra vez posibles vías para solucionar los problemas. El paciente siempre encuentra alguna razón por la que la solución que propone el profesional no funcionará: «ya lo he intentado», «eso no serviría de nada», «no tengo tiempo para hacer eso» o «usted no entiende cuál es el problema». El rechazo de sus sugerencias puede hacer que el profesional se sienta incompetente y empiece a cuestionar sus habilidades profesionales. A no ser que el paciente presente ideación suicida o esté pasando una crisis, el profesional no debe intentar resolver los problemas del paciente. Es mejor utilizar las técnicas de comunicación terapéutica para motivar y animar al enfermo a encontrar sus propias soluciones. Los estudios demuestran que los pacientes tienden a actuar a partir de las soluciones que se les han ocurrido a ellos y no a partir de las soluciones sugeridas por otras personas (Schultz y Vide-beck, 2009). Encontrar soluciones y ponerlas en práctica aumenta la sensación de competencia y de valía del paciente.

Trabajar con pacientes maníacos puede ser agotador, pues son tan hiperactivos que el profesional puede sentirse ex hausto después de una breve interacción con ellos. Además, puede sentirse frustrado porque estos enfermos presentan los mismos comportamientos una y otra vez, tal como ser impertinentes con los demás, desnudarse, hacer rimas, cantar y bailar. Cuesta mucho trabajo mantener la paciencia y la calma cuando se tiene delante a un paciente con manía, pero es esencial que el profesional establezca límites y redirija al paciente con tranquilidad hasta que sea capaz de controlar su comportamiento de forma independiente.

Algunos profesionales consideran que los pacientes que intentan suicidarse son personas fracasadas, inmorales e indignas de recibir tratamiento. Esta actitud negativa puede tener su origen en varios factores. Puede ser un reflejo del punto de vista negativo que la sociedad tiene del suicidio: en Estados Unidos aún hay muchos estados que castigan legalmente los intentos de suicidio, aunque casi nunca se aplica este tipo de leyes. Los profesionales sanitarios pueden sentir ansiedad o incomodidad cuando tienen que tratar con pacientes que presentan ideación suicida o han intentado quitarse la vida, o pueden sentirse empujados a pensar en su propia mortalidad. Muchas personas piensan en la posibilidad de «terminar de una vez por todas», si bien sólo muy de vez en cuando, en los momentos en que todo parece salirnos mal. Cuando recordamos estos escarceos con el suicidio, sentimos ansiedad. Si esta ansiedad no se resuelve, el profesional puede intentar evitar a los pacientes que presentan ideación suicida o que han intentado suicidarse, o puede despreciarlos o intentar demostrar que es superior a ellos. Por tanto, para ser eficaz en su trabajo, el profesional debe ser consciente de sus propios sentimientos, emociones y creencias sobre el suicidio.

### **Consideraciones a tener en cuenta cuando se trabaja con pacientes con trastorno del estado de ánimo**

- Recuerde que los pacientes maníacos pueden parecer muy felices, pero que en realidad, sufren en su interior.
- En el caso de los pacientes maníacos, posponga la información y la educación hasta que

se haya resuelto la fase aguda del trastorno.

- Programe períodos cortos de interacción con los pacientes deprimidos o agitados para prevenir el intento inconsciente de evitarlos.
- No intente solucionar los problemas del paciente. Utilice las técnicas de comunicación terapéutica para ayudarlo a encontrar la solución por sí mismo.
- Utilice un diario para reflexionar sobre su propia frustración, enfado y necesidades personales.
- Si la atención a un paciente está siendo más complicada de lo normal, hable con otro profesional sobre el plan de tratamiento, sobre cómo se está llevando a cabo y sobre su eficacia.



## RECURSOS DE INTERNET

### RECURSOS

- American Association of Suicidology
- Centro de recursos para la prevención del suicidio
- Apoyo e información para la depresión
- Aspectos de la depresión
- National Institute of Mental Health Suicide Research Consortium
- Recursos para la depresión postparto
- SAD Association

### DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.suicidology.org/web/guest/home>

<http://www.sprc.org>

<http://www.depression.about.com>

<http://www.bipolardepressioninfo.com>

<http://www.depressionissues.com>

<http://www.squidoo.com/postpartum>

<http://babyparenting.about.com/b/a/132722.htm>

<http://www.sada.org.uk/>

## PUNTOS CLAVE



- Los investigadores han encontrado un componente genético en los trastornos del estado de ánimo. La tasa de incidencia de la depresión es hasta tres veces más elevada en los familiares de los pacientes diagnosticados de depresión. Los pacientes con trastorno bipolar suelen tener un familiar con este mismo trastorno.



- Sólo el 9 % de los pacientes con trastorno del estado de ánimo presentan síntomas psicóticos.
- El trastorno depresivo mayor afecta a las ganas de vivir, a la autoestima y a la energía del paciente. Además, afecta a las relaciones interpersonales y a la productividad laboral.
- Los signos y síntomas de la depresión son: tristeza, desinterés por las actividades que antes resultaban gratificantes, episodios de llanto, falta de motivación, retraimiento social y retraso psicomotor (retraso de los procesos de pensamiento, del habla y de los movimientos). Otras manifestaciones clínicas frecuentes son las alteraciones del sueño, las quejas somáticas, la pérdida de energía (adinamia), los cambios en el peso corporal y la sensación de incompetencia e inutilidad.
- En el tratamiento de la depresión se utilizan varios tipos de antidepresivos. Los más modernos son los ISRS, que tienen menos efectos secundarios que otros tipos de antidepresivos. Los tricíclicos son los más antiguos, y con ellos se tarda más en alcanzar la concentración terapéutica en la sangre, pero también son los más baratos. Los IMAO se utilizan menos, entre otras razones por el riesgo de que aparezca una crisis hipertensiva si se toman alimentos y bebidas ricos en tiramina durante este tratamiento. Además, con los IMAO se tarda tiempo en alcanzar la concentración terapéutica del fármaco en la sangre.
- Los pacientes con trastorno bipolar oscilan entre la depresión, la manía y el estado de ánimo eutímico (normal). También pueden oscilar entre la depresión y el estado de ánimo normal o entre la manía y el estado de ánimo normal.
- Durante la fase maníaca del trastorno bipolar, el paciente presenta labilidad del estado de ánimo, grandiosidad y tendencia a manipular a los demás. Además, se observa una autoestima excesivamente elevada, hasta el punto de que el paciente se siente capaz de cualquier cosa. Estos pacientes duermen poco, están siempre moviéndose de forma frenética, invaden los límites de los demás, les resulta imposible sentarse o permanecer sentados y emprenden muchas actividades y tareas a la vez. El lenguaje es rápido, como si tuvieran prisa (taquilalia), y es un reflejo de los procesos rápidos de pensamiento que caracteriza a estos pacientes. También puede ser circunstancial o tangencial, puede haber rimas, juegos de palabras pueriles o fuga de ideas. Los pacientes muestran una alteración del sentido de realidad y no perciben los riesgos y peligros, por lo que no es infrecuente que participen en actividades que comportan un riesgo físico para sí mismo, para su dinero y posesiones o para el mantenimiento del puesto de trabajo.
- Para el tratamiento del trastorno bipolar se utiliza el litio. Este fármaco es útil no sólo para el tratamiento de la fase maníaca, además puede eliminar parcial o completamente la fluctuación hacia la depresión. El litio es eficaz en el 75 % de los pacientes, pero su intervalo terapéutico es muy estrecho, por lo que es necesario realizar un seguimiento de la concentración sérica del fármaco para evaluar la eficacia del tratamiento y prevenir la toxicidad. Los pacientes que toman litio deben ingerir una cantidad adecuada de agua y sal para evitar que la concentración del fármaco en la

sangre sea demasiado elevada o demasiado baja, ya que la sal de litio utiliza los mismos puntos del receptor post-sináptico que el cloruro de sodio. Además del litio, se utilizan algunos anticonvulsivos como estabilizadores del estado de ánimo, como el valproato y la carbamazepina. También se utiliza el clonazepam, que es un anticonvulsivo y, a la vez, una benzodiazepina.

## *P*reguntas de razonamiento crítico

1. ¿Es posible que alguien pueda tomar la decisión «racional» de suicidarse? ¿Bajo qué circunstancias?
  2. ¿Permiten las leyes éticas el suicidio asistido? Argumente su respuesta.
  3. Una persona con trastorno bipolar a menudo interrumpe la medicación cuando se encuentra fuera del hospital, por lo que corre el riesgo de manía y de involucrarse en conductas de riesgo, como exceso de velocidad, beber y conducir o incurrir en grandes deudas. ¿Cómo conciliar el derecho del cliente a rechazar la medicación con la seguridad pública o personal? ¿Quién debe tomar la decisión? ¿Cómo podría cumplirse?
- En el caso de los pacientes maníacos, el profesional de enfermería debe controlar la ingesta de alimentos y líquidos, el descanso y el sueño y las conductas inapropiadas, dando prioridad a la seguridad del paciente y de los demás, hasta que con la medicación consiga reducirse la intensidad de la fase aguda y el paciente pueda controlarse a sí mismo.
  - La ideación suicida aparece cuando el paciente piensa en la posibilidad de quitarse la vida.
  - Las tasas más elevadas de suicidio se observan entre los individuos solteros, separados, divorciados, los de sexo masculino, los adolescentes, los ancianos, las personas muy ricas y las personas muy pobres, los habitantes de las grandes ciudades, los emigrantes, los estudiantes, los caucásicos y los pacientes con un trastorno del estado de ánimo, consumo de sustancias, psicosis, un trastorno límite de la personalidad o una enfermedad médica grave, crónica o discapacitante.
  - El profesional debe estar atento a los signos indicativos de que el paciente puede intentar suicidarse. Estos signos pueden ser directos (p. ej., amenazas directas de suicidio) o indirectos (poner en orden los asuntos legales, regalar posesiones, despedirse de los amigos de forma poco clara o ambigua).
  - Para valorar la letalidad de la ideación suicida, hay que determinar hasta qué punto el paciente ha planificado el suicidio (momento, lugar, método, instrumento, persona que debe encontrar el cadáver, razones que se van a alegar, planes para el funeral).
  - Entre las intervenciones de enfermería en los pacientes que presentan riesgo de suicidio están promover la seguridad de paciente mediante un contrato por escrito en el que el

enfermo se compromete a no suicidarse, la vigilancia estricta del paciente y la eliminación de cualquier objeto que pudiera servir al paciente para consumir el suicidio.

## BIBLIOGRAFÍA

- Akiskal, H. S. (2005). Mood disorders: Historical introduction and conceptual overview. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1559–1575). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Andreasen, N. C., & Black, D. W. (2006). *Introductory textbook of psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2007). *Transcultural concepts in nursing care* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bachman, J., Swensen, S., Reardon, M. E., & Miller, D. (2006). Patient self-management in the primary care treatment of depression. *Administration and Policy in Mental Health, 33*(1), 76–85.
- Bowden, C. L. (2006). Valproate. In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *Essentials of clinical pharmacology* (2nd ed., pp. 355–366). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Eitan, R., & Lerer, B. (2006). Nonpharmacological, somatic treatments of depression: Electroconvulsive therapy and novel brain stimulation modalities. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 8*(2), 241–258.
- Facts and Comparisons (2009). *Drug facts and comparisons* (63rd ed.). St. Louis: Facts and Comparisons: A Wolters Kluwer Company.
- Fenton, L., Fasula, M., Ostroff, R., & Sanacora, G. (2006). Can cognitive behavioral therapy reduce relapse rates of depression after ECT? A preliminary study. *Journal of ECT, 22*(3), 196–198.
- Frederikse, M., Petrides, G., & Kellner, C. (2006). Continuation and maintenance electroconvulsive therapy for the treatment of depressive illness: A response to the National Institute for Clinical Excellence report. (2006). *Journal of ECT, 22*(1), 13–17.
- Freeman, M. P., Wiegand, C., & Gelenberg, A. J. (2006). Lithium. In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *Essentials of clinical pharmacology* (2nd ed., pp. 335–354). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 401–415.
- Kelsoe, J. R. (2005). Mood disorders: Genetics. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1582–1594). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ketter, T. A., Wang, P. W., & Post, R. M. (2006). Carbamazepine and oxcarbazepine. In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *Essentials of clinical pharmacology* (2nd ed., pp. 367–393). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Markowitz, J. C., & Milrod, B. (2005). Mood disorders: Intrapsychic and interpersonal aspects. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1603–1611). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McMyler, C., & Prymachuk, S. (2008). Do “no-suicide” contracts work? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*(6), 512–522.
- Rapee, R. M., Wignall, A., Sheffield, J., et al. (2006). Adolescents' reactions to universal and indicated prevention programs for depression: Perceived stigma and consumer satisfaction. *Prevention Science, 7*(2), 167–177.
- Rastad, C., Ulfberg, J., & Lindberg, P. (2008). Light room therapy effective in mild forms of seasonal affective disorder—A randomized controlled study. *Journal of Affective Disorders, 108*(3), 291–296.
- Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 20*(1), 17–22.
- Rihmer, Z., & Angst, J. (2005). Mood disorders: Epidemiology. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1575–1582). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Ross, C. A. (2006). The sham ECT literature: Implications for consent to ECT. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 8(1), 17–28.
- Rush, A. J. (2005). Mood disorders: Treatment of depression. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1652–1661). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sakaue, K. (2008). *Geriatric psychiatry basics*. New York: W. W. Norton & Co.
- Schultz, J. M., & Videbeck, S. (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sit, D., Rothschild, A. J., & Wisner, K. L. (2006). A review of postpartum psychosis. *Journal of Women's Health*, 15(4), 352–368.
- Smith, A. R., Witte, T. K., Teale, N. E., King, S. L., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2008). Revisiting impulsivity in suicide: Implications for civil liability of third parties. *Behavioral Sciences & the Law*, 26(6), 779–797.
- Sudak, H. S. (2005). Suicide. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 8th ed., pp. 2442–2453). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tecott, L. H., & Smart, S. L. (2005). Monoamine neurotransmitters. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 49–60). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Thase, M. E. (2005). Mood disorders: Neurobiology. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1594–1603). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Crocker, L., Clare, L., & Evans, K. (2006). Giving up or finding a solution? The experience of attempted suicide in later life. *Aging & Mental Health*, 10(6), 638–647.
- King, M., Semylen, J., Tai, J. J., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., et al. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay, and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70.
- Lurie, S. J., Gawinski, B., Pierce, D., & Rousseau, S. J. (2006). Seasonal affective disorder. *American Family Physician*, 74(9), 1521–1524.
- Ratnarajah, D., & Schofield, M. J. (2008). Survivors' narratives of the impact of parental suicide. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 38(5), 618–630.

## Autoevaluación

### PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. El profesional de enfermería observa que un paciente diagnosticado de trastorno bipolar pasea nervioso de un lado a otro por el vestíbulo del hospital, hablando a toda velocidad en voz alta y haciendo gestos muy complicados con las manos. El profesional llega a la conclusión de que así el paciente está expresando:
  - a. Agresividad.
  - b. Odio.
  - c. Ansiedad.
  - d. Excitación psicomotriz.
2. Un paciente diagnosticado de trastorno bipolar empieza a tomar carbonato de litio

- (litio) en una dosis de 300 mg cuatro veces al día. A los 3 días de iniciarse el tratamiento, el paciente dice que le tiemblan las manos. ¿Qué debe responderle el profesional?
- «Los temblores finos de la mano son uno de los primeros efectos secundarios del tratamiento con litio, pero por lo general desaparecen en una cuantas semanas».
  - «No debe preocuparse, a no ser que los temblores continúen el mes que viene».
  - «Los temblores pueden ser uno de los primeros signos de toxicidad por litio, pero vamos a comprobar cuál es la concentración de litio en la sangre para asegurarnos de que no hay ningún problema».
  - «Es lógico que el litio produzca temblores. No debería preocuparse tanto por algo que no tiene importancia».
3. ¿Cuáles son los efectos secundarios más frecuentes de los ISRS?
- Mareos, somnolencia y sequedad de boca.
  - Convulsiones y disnea.
  - Diarrea y aumento de peso.
  - Ictericia y agranulocitosis.
4. El profesional de enfermería observa que un paciente diagnosticado de depresión se ha sentado con otros dos pacientes a la hora de la comida. ¿Cuál es la mejor información que el profesional puede dar a este paciente sobre este comportamiento?
- «¿Se siente mejor después de haber comido en compañía de otras personas?».
  - «Me alegro mucho de ver que se relaciona con otros pacientes».
  - «Veo que hoy se ha sentado con otros pacientes para comer».
  - «Ahora debe de sentirse mejor que hace unos cuantos días».
5. ¿Cuál de los siguientes términos es mejor para referirse al lenguaje de un paciente durante la fase maníaca aguda?
- Fuga de ideas.
  - Retraso psicomotor.
  - Vacilación, duda e inseguridad.
  - Mutismo.
6. ¿Cuál es la razón de que los pacientes que están tomando litio deban tener una ingesta adecuada de agua y sal en la dieta?
- El agua y la sal son necesarias para diluir el litio y evitar la toxicidad.
  - El agua y la sal convierten el litio en un soluto que puede ser utilizado por el organismo.
  - El litio se metaboliza en el hígado, por lo que es necesario aumentar la ingesta de agua y de sal.
  - El litio es una sal que presenta gran afinidad por los mismos lugares del receptor

postsináptico que el cloruro de sodio.

7. ¿Cuál es la concentración sérica de litio que garantiza la seguridad del paciente y el mantenimiento del efecto terapéutico?
  - a. 0,1-1,0 mEq/l.
  - b. 0,5-1,5 mEq/l.
  - c. 10-50 mEq/l.
  - d. 50-100 mEq/l.
8. Un paciente le dice a una profesional de enfermería: «Es usted la mejor enfermera que he conocido. Espero que nunca me olvide». ¿Cuál de las siguientes respuestas de la enfermera sería la apropiada?
  - a. «Muchas gracias. Creo que usted es también una persona especial».
  - b. «Sospecho que quiere usted conseguir algo. ¿Qué es lo que quiere?».
  - c. «Seguro que le dice usted esto a todas las enfermeras del hospital».
  - d. «¿Está usted pensando en suicidarse?».
9. Una paciente maníaca empieza a bailar en la sala de estar del hospital. Cuando se levanta la falda delante de los pacientes de sexo masculino, todos pueden ver que no lleva ropa interior. El profesional la distrae y la lleva a su habitación para que se ponga ropa interior. El profesional ha actuado de esta forma:
  - a. Para minimizar la vergüenza que puede sentir la paciente por su comportamiento.
  - b. Para que no baile con los otros pacientes.
  - c. Para que los pacientes de sexo masculino no se sientan avergonzados.
  - d. Para enseñar a la paciente normas de etiqueta y de higiene.

---

## PREGUNTAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE

*Puede elegir más de una respuesta en cada pregunta.*

1. ¿Cuáles de los siguientes hechos están asociados con un aumento del riesgo de suicidio?
  - a. Un cambio abrupto en el estado de ánimo.
  - b. Llamar a los familiares para disculparse por todo el daño que les ha hecho.
  - c. Ponerse a llorar cuando está hablando de la tristeza que siente.
  - d. Sentirse abrumado por las tareas más sencillas de la vida diaria.
  - e. Frases como «soy una carga para todo el mundo».
  - f. Frases como «todo va ir mejor dentro de poco».
2. ¿Cuáles de las siguientes actividades serían apropiadas para un paciente con manía?
  - a. Dibujar.
  - b. Modelar con arcilla.
  - c. Jugar al bingo.



- d. Jugar al tenis de mesa.
- e. Hacer ejercicios de estiramiento.
- f. Hacer collares insertando cuentas en un cordón.

---

## CASO CLÍNICO

June, de 46 años de edad, está divorciada y tiene tres hijos de 10, 13 y 16 años. Trabaja como funcionaria y en las 2 últimas semanas ha llamado al trabajo cuatro veces para decir que no podía ir a trabajar porque estaba enferma. Ha adelgazado casi 8 kg en los 2 últimos meses y pasa mucho tiempo en la cama; a pesar de ello se siente muy cansada «todo el tiempo». Durante la entrevista inicial, la paciente se muestra muy triste y llorosa, con la cabeza baja, y apenas mantiene el contacto visual. Contesta a todas las preguntas con una o dos palabras. El profesional se plantea la posibilidad de posponer lo que queda de la entrevista porque la paciente no parece capaz de aportar mucha información.

1. ¿Qué datos de la valoración es crucial que obtenga el profesional antes de dar por terminada la entrevista?
  
2. Cite tres posibles diagnósticos de enfermería a partir de los datos de los que se dispone.
  
3. Indique un resultado esperable a corto plazo para cada uno de estos tres diagnósticos.
  
4. ¿Qué intervenciones de enfermería serían más útiles para esta paciente?

# 16

## Trastornos de la personalidad

### Términos clave

- carácter
- confrontación
- contrato de no autolesionarse
- decatastrofizar (abolición de los pensamientos catastrofistas)
- detención del pensamiento
- diálogo interno positivo
- disforia
- fijación de límites
- personalidad
- reestructuración cognitiva
- temperamento
- tiempo muerto (*time out*)
- trastorno antisocial de la personalidad
- trastorno de la personalidad por dependencia
- trastorno de la personalidad por evitación
- trastorno depresivo de la personalidad
- trastorno esquizoide de la personalidad
- trastorno esquizotípico de la personalidad
- trastorno histriónico de la personalidad
- trastorno límite de la personalidad
- trastorno narcisista de la personalidad
- trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
- trastorno paranoide de la personalidad
- trastorno pasivo-agresivo de la personalidad
- trastornos de la personalidad

## Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Describir los trastornos de la personalidad a partir de las dificultades que tiene el paciente para percibirse, relacionarse y pensar en relación consigo mismo.
2. Hablar de los factores que influyen en la etiología de los trastornos de la personalidad.
3. Aplicar el proceso de enfermería a la atención de los pacientes con un trastorno de la personalidad.
4. Educar al paciente, a la familia y a las personas del entorno con el fin de aumentar y mejorar sus conocimientos y comprensión de los trastornos de la personalidad.
5. Evaluar los propios sentimientos, actitudes y reacciones hacia los pacientes con un trastorno de la personalidad.

**UNA DE LAS DEFINICIONES DEL CONCEPTO DE PERSONALIDAD** afirma que la personalidad es una estructura o patrón permanente y arraigado de comportamientos del individuo en relación consigo mismo, con los demás y con el entorno. Este patrón comprende las percepciones, las actitudes, las emociones y las conductas. El patrón se caracteriza por su constancia en una serie muy amplia de situaciones, es decir, no cambia con facilidad. Por lo general, una persona no es consciente de su propia personalidad, que se constituye y se estabiliza debido a la influencia de un gran número de factores. Algunos de ellos tienen que ver con la configuración biológica y genética de la persona, es decir con la constitución biológica, mientras que otros van ejerciendo su influencia a medida que la persona crece, madura e interactúa con los demás y, en general, con el entorno.

El diagnóstico de **trastorno de la personalidad** se hace cuando los rasgos (características) de la personalidad del paciente se vuelven inflexibles. A su vez, esta inflexibilidad impide que el paciente se adapte adecuadamente a su entorno e interfiere negativamente en el funcionamiento social o le provoca un nivel clínicamente relevante de malestar psicológico. Por lo general, este tipo de trastorno no se diagnostica hasta la edad adulta, cuando la personalidad está ya totalmente formada; no obstante, en muchos casos las pautas de conducta inflexibles e inadaptadas pueden encontrarse ya en la adolescencia e incluso en los primeros años de vida. Si bien las diferencias entre los pacientes que padecen un trastorno de la personalidad son enormes, todos ellos tienen una característica común: una gran dificultad para funcionar adecuadamente en la pareja, en la familia, en el trabajo, en los estudios y en otros muchos ámbitos y situaciones.

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.

El diagnóstico de trastorno de la personalidad se hace cuando se observa en el paciente un patrón de conducta rígido e invariable que se desvía de las expectativas de la cultura a la que pertenece en dos o más de las siguientes áreas:

- Forma de percibirse e interpretarse a sí mismo, a otras personas y el entorno en general (cognición).

- Alcance, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional (afecto).
- Funcionamiento interpersonal (relaciones interpersonales).
- Capacidad para controlar los impulsos o de expresar su conducta en el momento y en el lugar adecuados (control de los impulsos).

Los trastornos de la personalidad son de larga duración porque las características de la personalidad no cambian fácilmente. Así, los pacientes con un trastorno de la personalidad suelen comportarse siempre de la misma manera, incluso cuando estas conductas les causan dificultades y malestar psicológico. No existe una medicación concreta que cambie la personalidad y el tratamiento de estos pacientes suele ser prolongado y lento. Algunos pacientes están convencidos de que la culpa del trastorno que padecen la tienen los demás o, en general, la sociedad o el mundo en el que viven; es decir, no reconocen que el trastorno tiene su origen en ellos mismos. Por esta razón, el tratamiento es difícil, lo que a su vez, puede ser muy frustrante para los profesionales de la enfermería y otros profesionales sanitarios, así como para familiares y amigos. El diagnóstico también es difícil debido a las similitudes y diferencias (muchas veces sutiles) entre las categorías y los diferentes tipos de trastorno de la personalidad. En muchos casos, los tipos se superponen y solapan, y además algunos pacientes presentan un trastorno de la personalidad y un trastorno mental de otra categoría al mismo tiempo.

## CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

La cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association [APA], 2000) considera que los trastornos de la personalidad constituyen una categoría independiente y bien diferenciada del resto de trastornos. El diagnóstico de trastorno de la personalidad se recoge en el Eje II del sistema de clasificación multiaxial (v. cap. 1). En el DSM-IV-TR se clasifican los trastornos de la personalidad en grupos o categorías según sus rasgos predominantes o más característicos (cuadro 16-1):

### Cuadro 16-1. Clasificación de los trastornos de la personalidad según el DSM-IV-TR

- Grupo A: personas cuya conducta parece extraña o excéntrica (trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad).
  - Grupo B: personas que parecen dramáticas, excesivamente emocionales o erráticas (trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad).
  - Grupo C: personas que parecen ansiosas o temerosas (trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad).
- Nuevos trastornos de la personalidad propuestos para la próxima edición del DSM: trastorno depresivo de la personalidad y trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.

Adaptado de la [American Psychiatric Association \(2000\)](#). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4.<sup>a</sup> ed., texto revisado). Washington, DC: APA.

- En el Grupo A se clasifica a las personas cuya conducta parece extraña o excéntrica: son los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad.
- En el Grupo B se clasifica a las personas que parecen dramáticas, excesivamente emocionales o erráticas: son los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad.
- En el Grupo C se clasifica a las personas que parecen ansiosas o temerosas: son los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad.

En los entornos psiquiátricos, muy a menudo el personal de enfermería se encuentra con pacientes que sufren un trastorno antisocial o un trastorno límite de la personalidad. Por esta razón, en este capítulo nos centramos fundamentalmente en estos dos trastornos. Los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad suelen ingresar en un centro psiquiátrico para ser evaluados por orden de un juez o como alternativa a la cárcel. Por su parte, los pacientes que sufren un trastorno límite de la personalidad suelen ser hospitalizados debido a su inestabilidad emocional, que puede llevarles a autolesionarse.

Este capítulo trata también, si bien de forma más breve, de los demás trastornos de la personalidad. La mayoría de pacientes con estos trastornos no se encuentra en unidades de agudos. Los profesionales de la enfermería los encontrarán en cualquier institución sanitaria cuando han sido hospitalizados debido a otro trastorno mental importante.

Dos trastornos que actualmente son objeto de estudio para su posible inclusión en la próxima edición del DSM son el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivoagresivo de la personalidad. En este capítulo hacemos una breve referencia a estos dos nuevos trastornos.

## INICIO Y CURSO CLÍNICO

Los trastornos de la personalidad son relativamente frecuentes: se calcula que la tasa de prevalencia se halla entre el 10 % y el 13 % de la población. La incidencia es más elevada entre las personas de grupos socioeconómicos menos favorecidos y en las poblaciones inestables o marginales. El 15 % de los pacientes psiquiátricos ingresados por enfermedades mentales importantes tiene un diagnóstico primario de trastorno de la personalidad. En el 40-45 % de los pacientes con un diagnóstico primario de enfermedad mental importante coexiste un trastorno de la personalidad, lo que complica bastante el tratamiento del trastorno mental primario. En los entornos ambulatorios de la salud mental, la tasas de incidencia de los trastornos de la personalidad se sitúa entre el 30 % y el 50 % (Svrakic y Cloninger, 2005). Los pacientes con trastorno de la personalidad tienen una tasa de mortalidad más elevada, especialmente por suicidio. Sus tasas de intento de suicidio, de accidentes y de visitas a los servicios de urgencias también son más elevadas, así como mayores son sus tasas de separación, de divorcio y de participación en pleitos en los tribunales por la custodia de los hijos (Svrakic y Cloninger, 2005). Numerosos estudios han demostrado que existe una correlación muy clara entre los trastornos de la personalidad y las conductas delictivas (entre el 70 % y el 85 % de los delincuentes padecen un trastorno de la personalidad). Asimismo, estos trastornos

mentales se correlacionan con el alcoholismo (entre el 60 % y el 70 % de los alcohólicos padecen un trastorno de la personalidad) y con la adicción a otras drogas (entre el 70 % y el 90 % de los drogadictos no alcohólicos tienen un trastorno de la personalidad; [Svrakic y Cloninger, 2005](#)).

Las personas con trastorno de la personalidad suelen describirse como pacientes «resistentes al tratamiento», lo cual no es extraño si se tiene en cuenta que las características de la personalidad y las pautas de conducta asociadas con ella están profundamente arraigadas en la persona. Es difícil que nuestra personalidad cambie, y si lo hace, los cambios se producen de forma muy lenta. La lentitud del tratamiento suele ser muy frustrante para la familia, los amigos y los profesionales que atienden a estos pacientes.

Otro obstáculo para el tratamiento es que muchos pacientes con trastornos de la personalidad no consideran que sus conductas disfuncionales o inadaptadas sean un problema; incluso pueden sentirse orgullosos de su comportamiento. Por ejemplo, hay pacientes agresivos que se consideran dueños de una personalidad fuerte, personas de las que nadie se va a aprovechar y a las que nadie va a maltratar. Es habitual que estos pacientes no sientan la necesidad de cambiar de comportamiento y hasta pueden percibir cualquier cambio positivo como una amenaza a su identidad.

Las dificultades asociadas con los trastornos de la personalidad persisten durante la juventud y la primera parte de la vida adulta, pero tienden a disminuir en la madurez (entre los 50 y los 60 años). Es poco probable que un paciente de más de 50 años que padece un trastorno antisocial de la personalidad cometa actos delictivos, pero persistirán los problemas asociados con la drogadicción y la falta de consideración hacia los sentimientos de los demás. Las conductas impulsivas de los pacientes con **trastorno límite de la personalidad** tienden a disminuir con los años, con más conductas adaptativas y relaciones interpersonales más estables. Este aumento de la estabilidad y mejora de la conducta pueden aparecer de forma espontánea, es decir, sin tratamiento. Sin embargo, otros trastornos de la personalidad, como el esquizoide, el esquizotípico, el paranoide, el de evitación y el obsesivo-compulsivo, tienden a permanecer sin cambios durante toda la vida.

## ETIOLOGÍA

### Teorías biológicas

La personalidad es producto de la interacción entre los factores hereditarios (genéticos) y las influencias del entorno. El concepto de **temperamento** se refiere al conjunto de procesos biológicos implicados en la sensación, la percepción, la asociación y motivación. A su vez, estas funciones participan en la integración de las capacidades y los hábitos basados en las emociones. Las diferencias genéticas dan cuenta de un 50 % de las variancias en los rasgos del temperamento.

Los cuatro rasgos temperamentales más importantes son: la evitación del daño, la búsqueda de la novedad, la dependencia de la recompensa y la persistencia. Cada uno de



estos rasgos está influido por los genes y afecta a las respuestas automáticas que el individuo da en cada situación en la que se encuentra. Estas pautas de reacción quedan fijadas hacia los 2-3 años de edad (Svrakic y Cloninger, 2005).

Las personas en las que el rasgo temperamental «evitación del daño» es fuerte toleran mal la incertidumbre y presentan inhibiciones sociales, timidez ante los extraños, facilidad para cansarse y una actitud pesimista cuando prevén que puede surgir algún problema. Por el contrario, las personas en las que el rasgo temperamental «evitación del daño» es débil son despreocupadas, enérgicas, extravertidas y optimistas. Los primeros suelen ser sujetos que presentan una inhibición maladaptativa y una ansiedad excesiva. En los segundos se podrá observar un optimismo injustificado (poco realista) y presentan falta de previsión y de respuesta ante las situaciones peligrosas o potencialmente dañinas.

Las personas en las que el rasgo temperamental «búsqueda de la novedad» es muy fuerte son curiosas, impulsivas, extravagantes, desordenadas y se aburren con facilidad, por lo que tienen problemas para prestar atención, concentrarse y perseverar en las tareas y actividades, se distraen con facilidad y presentan arranques de enfado o de ira; son irritables y tienen poca constancia en las relaciones interpersonales. Por el contrario, las personas en las que el rasgo temperamental «búsqueda de la novedad» es débil suelen ser apacibles, estoicas, reflexivas, frugales, austeras, reservadas y ordenadas, y toleran bien la monotonía, por lo que suelen gustar de las actividades y tareas rutinarias.

La dependencia de la recompensa hace referencia a la forma en la que una persona responde a los estímulos sociales. Las personas en las que el rasgo temperamental «dependencia con respecto a la recompensa» es fuerte son compasivas, sensibles, sociables y socialmente dependientes. Pueden llegar a depender demasiado de la aprobación de los demás y asumir rápidamente como propias las ideas y los deseos de otros sin tener en cuenta los suyos propios. Por el contrario, las personas en las que este rasgo temperamental es débil son prácticas, poco afectivas, frías, socialmente insensibles, tenaces e inflexibles y les da igual estar solas. Todos estos rasgos temperamentales pueden desembocar en retraimiento social, desapego, aislamiento y desinterés por los demás.

Las personas en las que el rasgo temperamental «persistencia» es fuerte son muy trabajadoras y obtienen resultados superiores a lo normal en los estudios y el trabajo. Para estas personas, el cansancio y la frustración no son aspectos negativos, sino retos personales. Es posible que perseveren, incluso cuando la situación les indica que tienen que rectificar o detenerse. Por el contrario, las personas en las que este rasgo es débil son poco persistentes, indolentes, inestables y erráticas, y tienen tendencia a la inactividad. Suelen darse por vencidas fácilmente, se sienten frustradas rápidamente, y rara vez luchan por conseguir algo importante.

Estos cuatro rasgos temperamentales son genéticamente independientes y en una misma persona pueden darse en todas las combinaciones posibles. Algunas de las descripciones de los niveles altos y bajos de los rasgos temperamentales corresponden a la descripción de los diversos trastornos de la personalidad. Por ejemplo, los pacientes que padecen un trastorno antisocial de la personalidad se caracterizan por tener poca

evitación del daño y mucha búsqueda de la novedad, mientras que los que padecen un trastorno de la personalidad por dependencia tienen altas la dependencia de la recompensa y la evitación del daño.

### Teorías psicodinámicas

El temperamento en gran medida se hereda, pero el carácter depende del aprendizaje social, de la cultura y de los acontecimientos aleatorios de la vida propios de cada persona. El **carácter** está formado por el concepto que tenemos de nosotros mismo (autoconcepto) y del mundo exterior. Se va formando a lo largo del tiempo a medida que entramos en contacto con otras personas y situaciones y vamos afrontando las dificultades de la existencia. Hay tres rasgos fundamentales de carácter: la autodirección, la cooperación y la autotranscendencia. Cuando estos rasgos de carácter están plenamente desarrollados, puede decirse que el individuo tiene una personalidad madura (Svrakic y Cloninger, 2005).

La autodirección determina la medida en la que una persona es responsable, fiable, imaginativa, orientada hacia metas y seguro de sí mismo. La persona con buena autodirección es realista y eficaz y capaz de adaptar su conducta para conseguir lo que se propone. Por el contrario, la que la tiene baja es desvalida, irresponsable y nada fiable y tiene tendencia a hacer reproches a los demás y a culparles por sus propios problemas. Además, es incapaz de fijarse metas importantes y de luchar por conseguirlas.

La cooperación determina la medida en la que una persona se percibe a sí misma como parte de la sociedad en su conjunto. Las personas muy cooperadoras son empáticas, tolerantes, compasivas y capaces de ayudar a los demás y tienen principios morales sólidos y coherentes. Por el contrario, las personas poco cooperadoras son egoístas, intolerantes, críticas, incapaces de ayudar, vengativas y oportunistas. Actúan siempre en beneficio propio, sin consideración alguna por los derechos y sentimientos de los demás

La autotranscendencia determina la medida en la que una persona se considera a sí misma como parte integrante del universo en su conjunto. Las personas con autotranscendencia son espirituales y humildes, se sienten realizadas y no tienen grandes aspiraciones. Este rasgo del carácter resulta útil cuando el sujeto tiene que afrontar el sufrimiento, la enfermedad o la muerte. Las personas con poca autotranscendencia son prácticas, centradas en sí mismas, materialistas y controladoras. Suelen tener dificultad para aceptar el sufrimiento, la pérdida y la muerte.

El carácter madura en etapas sucesivas desde la primera infancia hasta bien entrada la edad adulta. En el [capítulo 3](#) se explican la teoría del desarrollo psicoevolutivo de Freud, Erikson y otros autores. Cada etapa del desarrollo comprende una serie de tareas que la persona debe realizar para poder pasar a la siguiente etapa y alcanzar así una personalidad madura. La incapacidad para realizar una o varias de esas tareas dificulta el paso a la siguiente etapa, por lo que la maduración de la personalidad se pone en peligro. Por ejemplo, si durante la primera infancia no se consigue realizar la tarea de adquirir la confianza básica, el adulto puede ser desconfiado y celoso, lo que interferirá

negativamente en su personalidad, y por tanto, en su capacidad de adaptarse y de conseguir los objetivos que se ha propuesto.

Determinadas experiencias en el seno de la familia y en las relaciones con nuestros semejantes influyen significativamente en el desarrollo psicosocial y, por ende, en la maduración de la personalidad. La familia es un medio capaz de promover tanto como de coartar el desarrollo del individuo. Por ejemplo, en una familia en la que no se valora a los demás y en la que no existen compasión, tolerancia y cooperación, es muy difícil que los hijos adquieran estos rasgos de personalidad. De la misma forma, un niño que mantiene con sus iguales una relación difícil o en la que no existe la cooperación, en el futuro tendrá dificultades para relacionarse y para formar amistades satisfactorias.

En suma, la personalidad es una combinación de inclinaciones heredadas (temperamento) y de influencias del entorno (carácter), que madura o se fija en una etapa determinada en función de las experiencias de cada individuo. Los trastornos de la personalidad aparecen cuando la combinación del temperamento y del carácter y la falta de maduración o maduración anómala de la personalidad dan lugar a formas desajustadas e inflexibles de percibirse a sí mismo, a los demás y el entorno, así como de afrontar la realidad y de relacionarse con los demás.

## **ASPECTOS CULTURALES**

A la hora de emitir un juicio sobre la personalidad de un individuo, hemos de tener en cuenta sus antecedentes étnicos, culturales y sociales (APA, 2000). Es posible que los individuos que pertenecen a grupos minoritarios, los inmigrantes, los refugiados políticos y las personas de orígenes étnicos diferentes al mayoritario estén en estado de alerta o a la defensiva debido a su escaso conocimiento del idioma o a que han tenido experiencias negativas anteriormente. Esto no debe confundirse con los rasgos característicos del trastorno paranoide de la personalidad. Asimismo, podría interpretarse erróneamente que las personas que tienen creencias religiosas o espirituales (p. ej., la creencia en la adivinación) o las que atribuyen la causa de las enfermedades a la acción de los malos espíritus sufren un trastorno esquizotípico de la personalidad.

Por otro lado, existen diferencias en la forma en la que los distintos grupos culturales consideran la conducta de evitación o la conducta dependiente, especialmente en el caso de las mujeres. El énfasis que ponen algunas culturas en la deferencia, la pasividad y la cortesía no debe hacernos pensar que las personas que viven o proceden de estas culturas sufren un trastorno de la personalidad por dependencia. Los miembros de una cultura en la que se valora mucho el trabajo y la productividad pondrán el énfasis en estos aspectos, pero no por ello padecen un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Algunos trastornos de la personalidad, como el antisocial y el esquizoide, se diagnostican con más frecuencia en hombres que en mujeres, mientras que los trastornos límite e histriónico son más frecuentes en las mujeres. Los estereotipos sobre el comportamiento de cada sexo pueden influir en las decisiones diagnósticas si el médico no es consciente de este tipo de sesgos.

## TRATAMIENTO

Con los pacientes que padecen un trastorno de la personalidad se utilizan varias estrategias de tratamiento según el tipo y la gravedad del trastorno, la intensidad del sufrimiento psicológico y el deterioro funcional del paciente. Es mucho más probable que el tratamiento sea eficaz si se combina la medicación con la psicoterapia de grupo o individual (Svrakic y Cloninger, 2005). Hay que tener en cuenta que no todas las personas con un trastorno de la personalidad buscan tratamiento. Incluso en los casos en que los familiares y otros seres queridos les empujan a buscar ayuda profesional, muchas de estas personas se niegan a probar algún tipo de tratamiento. Generalmente las personas con trastorno paranoide, esquizoide, esquizotípico, narcisista y pasivo-agresivo son las que menos probabilidad tienen de empezar un tratamiento y mantenerlo. La razón es que estas personas consideran que son los demás los que tienen la culpa de sus problemas y adversidades.

### Psicofarmacología

El tratamiento psicofarmacológico de los pacientes con trastorno de la personalidad suele centrarse en los síntomas, con independencia del tipo de trastorno. Los cuatro tipos principales de síntomas de estos trastornos son: las distorsiones cognitivas y perceptivas, incluyendo los síntomas psicóticos, los síntomas afectivos y disfunciones del estado de ánimo, la agresividad y las alteraciones conductuales y la ansiedad. Estos cuatro grupos de síntomas están relacionados con los rasgos temperamentales característicos de cada tipo de trastorno:

- La baja dependencia de la recompensa se corresponde con los trastornos del grupo A, y éstos a su vez con las distorsiones cognitivas y perceptivas y con los síntomas afectivos y las disfunciones del estado de ánimo.
- La búsqueda elevada de la novedad se corresponde con los trastornos del grupo B, y éstos a su vez con la agresividad y las alteraciones conductuales (fundamentalmente impulsividad).
- La evitación del daño alta se corresponde con los trastornos del grupo C y éstos a su vez con los síntomas afectivos y las disfunciones del estado de ánimo (fundamentalmente depresión) y con la ansiedad.

Las alteraciones cognitivas y perceptivas más frecuentes en los trastornos de la personalidad son el pensamiento mágico, las creencias extrañas o inusuales, las ilusiones, la suspicacia, las ideas de referencia y los síntomas psicóticos de poca intensidad. Se trata de síntomas crónicos que suelen responder bien a dosis bajas de neurolepticos (Simeon y Hollander, 2006).

En los pacientes con trastorno de la personalidad se han descrito varios tipos de agresividad. Este rasgo puede encontrarse en personas impulsivas (algunas de ellas con electroencefalograma normal y otras con un EEG anormal), personas que presentan conductas depredadoras o crueles y en individuos con un tipo de impulsividad que parece de origen orgánico, acompañada de mal ajuste social y labilidad emocional. El tratamiento psicofarmacológico suele consistir en la administración de estabilizadores del

estado de ánimo, como el litio y los anticonvulsivos, y de benzodiazepinas. Para el tratamiento de la agresividad depredadora son útiles los neurolépticos (Simeon y Hollander, 2006).

Los síntomas afectivos y las disfunciones del estado de ánimo más frecuentes en los pacientes con trastorno de la personalidad son la inestabilidad afectiva y del estado de ánimo, el desapego emocional, la depresión y la disforia. La inestabilidad afectiva y los cambios de humor responden bien a los estabilizadores del estado de ánimo (litio, carbamazepina, valproato) y a algunos neurolépticos a dosis bajas, como el haloperidol. El desapego y la frialdad emocional, así como el desinterés por las relaciones sociales suelen responder a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o a los antipsicóticos atípicos como la risperidona, la olanzapina y la quetiapina. La depresión atípica suele tratarse por medio de ISRS, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) o antipsicóticos a dosis bajas (Simeon y Hollander, 2006).

La ansiedad que se observa en los trastornos de la personalidad puede ser ansiedad cognitiva crónica, ansiedad somática crónica o ansiedad severa o grave. El primer tipo de ansiedad responde a los ISRS y a los IMAO. Por ansiedad somática crónica se entiende la ansiedad permanente que se manifiesta con muchos síntomas físicos. Este tipo de ansiedad también responde a los ISRS y a los IMAO. Por su parte los episodios de ansiedad severa (ansiedad aguda) se tratan con IMAO o neurolépticos a dosis bajas.

En la [tabla 16-1](#) se presenta un resumen del tratamiento psicofarmacológico de los síntomas más frecuentes en los trastornos de la personalidad. Para una información más detallada sobre estos psicofármacos, véase el [capítulo 2](#).

**Tabla 16-1. Tratamiento psicofarmacológico de los síntomas de los trastornos de la personalidad**

Sintoma	Psicofármaco de elección
<b>Agresividad/impulsividad</b>	
Agresividad afectiva (normal)	Litio Anticonvulsivos Neuroléptico a dosis baja
Agresividad depredadora (hostilidad/crueldad)	Neurolépticos Litio
Agresividad de causa aparentemente orgánica	Agonistas colinérgicos (donepezilo) Imipramina
Agresividad ictal (anormal)	Carbamazepina Difenilhidantoina Benzodiazepina
<b>Desregulación del estado de ánimo</b>	
Labilidad emocional e inestabilidad del estado de ánimo	Litio Carbamazepina Neurolépticos
Depresión atípica/disforia	IMAO ISRS Neurolépticos
Desapego emocional	ISRS Neurolépticos atípicos
<b>Ansiedad</b>	
Cognitiva crónica	ISRS IMAO Benzodiazepinas
Somática crónica	IMAO ISRS
Ansiedad severa o grave	IMAO Neurolépticos a dosis baja
<b>Síntomas psicóticos</b>	
Agudos	Neurolépticos
Crónicos y de baja intensidad	Neurolépticos a dosis baja

IMAO, inhibidores de la monoaminoxidasa; ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.  
Adaptado de Svrakic DM y Cloninger CR (2005). *Personality disorders*. En: BJ Sadock y VA Sadock (eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. (Vol. 2, 8.ª ed., pp. 2063-2104). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

## Psicoterapia individual y de grupo

La modalidad de psicoterapia en los pacientes que sufren un trastorno de la personalidad varía según el tipo de trastorno y la gravedad de los síntomas. Cuando existe preocupación por la seguridad del paciente (p. ej., en el caso de un paciente con trastorno límite de la personalidad que presenta ideación suicida o se autolesiona) suele estar indicada la hospitalización. En otras situaciones, la hospitalización no sólo es ineficaz, sino que puede hacer que el paciente desarrolle dependencia del hospital y del personal sanitario.

Los objetivos de la psicoterapia individual y de grupo son generar confianza y seguridad en uno mismo, enseñar las habilidades básicas para desenvolverse en la vida de



forma adecuada, dar apoyo, disminuir los síntomas que causan malestar psicológico, como la ansiedad, y mejorar las relaciones interpersonales. Las técnicas de relajación o meditación ayudan a los pacientes que padecen un trastorno de personalidad del grupo C a controlar la ansiedad. El aprendizaje de las habilidades necesarias para desenvolverse en la vida diaria de forma adecuada mejora la capacidad funcional de los pacientes con un trastorno esquizotípico o esquizoide de la personalidad. La psi coterapia de grupo de entrenamiento asertivo ayuda a los pacientes que padecen un trastorno de la personalidad por dependencia o pasivo-agresivo a establecer y mantener relaciones más satisfactorias con los demás y a mejorar la autoestima.

**Tabla 16-2. Síntomas de los trastornos de la personalidad e intervenciones de enfermería correspondientes**

Trastorno de la personalidad	Síntomas	Intervenciones de enfermería
Paranoide	Suspiciousidad y desconfianza hacia los demás; afecto cauteloso y restringido	Abordaje serio y directo; enseñar al paciente a comprobar sus ideas antes de ponerlas en práctica; hacerle participar en la planificación del tratamiento
Esquizoide	Distanciamiento de las relaciones sociales; afecto restringido; le interesan más las cosas que las personas	Mejorar el funcionamiento social del paciente en la comunidad; ayudarlo a encontrar un gestor del caso
Esquizotípico	Malestar intenso en las relaciones interpersonales; distorsiones cognitivas o perceptivas; conducta excéntrica	Enseñar al paciente habilidades de autocuidado; mejorar su funcionamiento social; enseñarle habilidades sociales
Antisocial	Falta de respeto por los derechos de los demás, por las normas sociales y por las leyes	Fijar los límites; confrontar al paciente con sus actos y con las consecuencias de éstos; enseñarle a resolver los problemas con eficacia y sin violencia y a controlar el enfado, la ira y la frustración
Límite	Relaciones, imagen de sí mismo y afecto inestables, impulsividad y autolesiones	Promover la seguridad del paciente; ayudarlo a controlar y regular las emociones; usar técnicas de reestructuración cognitiva; enseñarle a gestionar el tiempo; enseñarle habilidades sociales
Histriónico	Emotividad excesiva y demanda de atención	Enseñar al paciente habilidades sociales; proporcionar información objetiva sobre la conducta
Narcisista	Grandiosidad; falta de empatía; necesidad de admiración	Enfoque práctico; motivar y animar al paciente a colaborar con el tratamiento; enseñarle habilidades de autocuidado
Por evitación	Inhibición social; sentimientos de incompetencia o inadecuación; hipersensibilidad a la evaluación negativa	Apoyar y tranquilizar al paciente; aplicar técnicas de reestructuración cognitiva; promover su autoestima
Por dependencia	Comportamiento sumiso y pegajoso, necesidad excesiva de que los demás se preocupen por él y lo cuiden	Promover la autosuficiencia y la autonomía del paciente; enseñarle habilidades para la solución de problemas y la toma de decisiones; técnicas de reestructuración cognitiva
Obsesivo-compulsivo	Preocupación por el orden, el control y el perfeccionismo	Promover la capacidad de negociar con los demás; ayudar al paciente a tomar decisiones adecuadas y a finalizar las tareas; usar técnicas de reestructuración cognitiva
Depresivo	Patrones cognitivos y conductuales depresivos en diversos contextos y situaciones	Valorar el riesgo de autolesiones; proporcionar información objetiva; promover la autoestima; aumentar la participación del paciente en actividades
Pasivo-agresivo	Patrón de actitudes negativas y resistencia pasiva a las exigencias para el desempeño apropiado en situaciones sociales y laborales	Ayudar al paciente a identificar sus sentimientos y a expresarlos verbalmente de forma abierta y directa; ayudar al paciente a evaluar sus sentimientos de manera objetiva y a comportarse de forma realista

La terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser especialmente eficaz en los pacientes con trastorno de la personalidad (Lynch, Trost, Salsman y Linehan, 2007). En esta modalidad, se aplican una serie de técnicas de reestructuración cognitiva, cuyo objetivo es modificar lo que el paciente piensa de sí mismo y de los demás, así como a

interpretar la realidad de forma más realista y menos pesimista o catastrofista. De estas técnicas, las más utilizadas son la detención del pensamiento en la que el paciente detiene los patrones negativos del pensamiento; la autoverbalización positiva diseñada para cambiar los mensajes negativos de uno mismo, y decatastrofizar, que enseña al paciente a ver los sucesos de la vida de una manera más realista y no como catástrofes. Más adelante en este mismo capítulo se ofrecen ejemplos concretos de aplicación de estas técnicas.

La terapia dialéctico-conductual es una modalidad de psicoterapia que se creó expresamente para el tratamiento de los pacientes con trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993). Se centra en los pensamientos y comportamientos distorsionados, y parte del supuesto teórico de que el problema que subyace en este tipo de trastorno de la personalidad es la mala regulación de las emociones. En la [tabla 16-2](#) se presentan los síntomas de los trastornos de la personalidad y las intervenciones de enfermería correspondientes.

## **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: GRUPO A**

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

#### **Cuadro clínico**

El **trastorno paranoide de la personalidad** se caracteriza por una acusada suspicacia y desconfianza hacia los demás. Las personas con este trastorno piensan que las acciones de los otros pueden ser potencialmente perjudiciales para ellos. En situaciones de estrés intenso, pueden presentar síntomas psicóticos transitorios. Se calcula que la tasa de prevalencia de este trastorno es del 0,5-2,5 % en la población total y es más habitual en hombres que en mujeres. Apenas existen datos sobre el pronóstico y los resultados a largo plazo del tratamiento, ya que la mayoría de las personas que sufren un trastorno paranoide de la personalidad no están dispuestas a buscar tratamiento ni a seguirlo (APA, 2000).

Estos pacientes tienen tendencia a la retracción social. Dan la impresión de estar siempre «metidos en sí mismos» y suelen guardar la distancia física cuando interactúan con el personal de enfermería porque se sienten más protegidos cuanto mayor es. Suelen estar siempre alerta, incluso hipervigilantes. Es posible que inspeccionen la habitación y todo lo que se encuentra en su interior (p. ej., detrás de los muebles y de las puertas). Generalmente están muy atentos a cualquier signo que pudiera interpretarse como indicio de la existencia de un peligro inminente. Suelen sentarse cerca de la puerta para, en caso de que sea necesario, poder acceder rápidamente a la salida, o con la espalda pegada a la pared para que nadie pueda situarse detrás de ellos. Los afectos son restringidos y rara vez hacen comentarios sobre sus afectos o emociones. Tampoco hacen comentarios de tipo empático, como «hoy estás muy guapa» o «siento mucho que te estés aburriendo». El estado de ánimo es inestable y el paciente puede pasar rápidamente del silencio tenso al enfado o la hostilidad. Las respuestas se vuelven sarcásticas de repente sin motivo

aparente. La desconfianza y la sospecha que estos pacientes sienten hacia todos los demás y, en general, hacia el entorno, dan lugar a distorsiones del pensamiento, tanto del proceso como del contenido. Tienen tendencia a percibir malas intenciones en las acciones de los demás y pasan una enorme cantidad de tiempo analizando la conducta y los motivos de los otros en un intento de descubrir significados e intenciones ocultos o amenazadores. Muchas veces se sienten atacados o amenazados por los demás y elaboran planes o tienen fantasías dirigidos a protegerse de la «maldad» de los otros.

Los pacientes que padecen un trastorno paranoide de la personalidad utilizan un mecanismo de defensa denominado *proyección*, que consiste en culpar a los demás, a las instituciones y, en general, al entorno, de todos sus problemas, tanto reales como imaginados. Es habitual que responsabilicen al Gobierno de sus problemas personales, cuando es muy evidente que sólo a ellos corresponde la responsabilidad de las dificultades que encuentran en la vida diaria. Por ejemplo, un paciente con trastorno paranoide de la personalidad al que acaban de poner una multa por aparcar el coche en un lugar en el que está prohibido pensará que tal acción forma parte de un complot de la policía para echarle del barrio. En muchos casos, estos pacientes se complacen en fantasías de venganza o en urdir planes, a veces violentos, para vengarse del mal que se les hace o que se les pretende hacer, que ellos perciben en realidad como planes destinados a protegerse. La mayoría de los pacientes nunca llevan a cabo estos planes, pero el peligro siempre existe.

Es habitual que tengan problemas con las figuras de autoridad en el trabajo, incluso pueden molestarse porque el jefe les haga algún tipo de observación sin importancia. En el ámbito laboral, su suspicacia puede llevarles a pensar que se les elige para realizar tareas de poca importancia con el fin de humillarles, que se les trata como si fuesen tontos o que se les vigila y supervisa de forma más estricta que al resto de los compañeros.

### **Intervenciones de enfermería**

Es difícil crear una relación de trabajo eficaz con los pacientes con un trastorno paranoide de la personalidad. El profesional tiene que recordar que estos pacientes se lo toman todo muy en serio y son hipersensibles a las reacciones y a las motivaciones de los demás. Por tanto, debe abordarlos manteniendo las formalidades, como si se fuese a hacer un negocio o a firmar un contrato, y abstenerse de conversaciones en tono distendido sobre temas banales. Las bromas son muy peligrosas porque es imposible prever cómo va a reaccionar el paciente. Ser puntuales y mantener los compromisos es fundamental para una relación eficaz entre el personal de enfermería y el paciente.

Dado que estos pacientes necesitan sentir que tienen el control de la situación, es importante que participen en la formulación y elaboración del plan de tratamiento. El profesional le preguntará qué le gustaría conseguir en términos concretos; por ejemplo, mejorar la situación en el trabajo o llevarse bien con las personas más cercanas. Es más probable que se comprometan en el procedimiento terapéutico si se dan cuenta de que tienen algo que ganar. Una de las intervenciones más eficaces es ayudarles a comprobar

sus ideas antes de actuar, pero esto requiere que el paciente confíe en el profesional y esté dispuesto a escucharle. Esta intervención de enfermería se justifica por el hecho de que si los pacientes con trastorno paranoide de la personalidad son capaces de abstenerse de actuar hasta haber comprobado que sus ideas son correctas, tendrán menos problemas en sus relaciones con los demás y, en general, con el entorno. Se trata de enseñarles a no dejarse llevar por sus ideas permanentes basadas en la suspicacia y en la desconfianza. Además, esta intervención les ayuda a aprender a basar sus decisiones y sus acciones en los hechos de la realidad y no en ideas sesgadas que tienen su origen en una interpretación *sui géneris* del entorno.

## TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

### Cuadro clínico

El **trastorno esquizoide de la personalidad** se caracteriza por un patrón general de distanciamiento en las relaciones sociales y una gama muy restringida de expresiones emocionales en las relaciones interpersonales. La tasa de prevalencia es del 0,5-7 % en la población general, y es más frecuente en los hombres que en las mujeres. A menos que las circunstancias de su vida cambien radicalmente, las personas con este trastorno de la personalidad evitan el tratamiento psiquiátrico por la misma razón que evitan otros tipos de interacciones con los demás (APA, 2000).

Los pacientes con personalidad esquizoide muestran un repertorio de afectos muy limitado y pocas emociones, incluso ninguna. Se aíslan de los demás y les resulta indiferente lo que les pase a las otras personas. Ante los demás se muestran emocionalmente fríos, desinteresados, sin ningún tipo de empatía, hasta el punto de que da la sensación de que no tienen sentimientos. Nunca hablan de actividades que les resultan agradables o que les gusta practicar en el tiempo libre, y de hecho, rara vez disfrutan de lo que hacen. Incluso en situaciones muy estresantes o adversas, se muestran pasivos y sin interés por el entorno. Tienen una enorme dificultad para experimentar emociones y expresarlas, especialmente cuando se trata del enfado, la ira y la agresividad. Paradójicamente, la falta de emociones no genera ningún tipo de ansiedad en estos pacientes, mas bien son sus familiares los que se muestran angustiados ante la falta de emociones del paciente. Las personas con un trastorno esquizoide de la personalidad suelen tener un mundo fantasmático extenso, rico y complejo, pero no suelen estar dispuestos a revelar sus fantasías a nadie, tampoco a los profesionales sanitarios. Las relaciones interpersonales que aparecen en estas fantasías están fuertemente idealizadas, por lo que resultan muy agradables y gratificantes para el paciente, y el contenido de las fantasías contrasta abiertamente con las experiencias del paciente. Las fantasías suelen girar en torno a una persona con la que el paciente ha tenido un breve encuentro o conoce sólo circunstancialmente. A pesar de todo, son capaces de distinguir la fantasía de la realidad y no se observan procesos de pensamiento confuso o delirante, como ocurre en la psicosis.

Por lo general, estos pacientes son intelectualmente competentes y en muchos casos se



dedican, bien en su profesión o en su tiempo libre, a actividades como la informática o la electrónica. Pueden pasarse muchas horas resolviendo problemas matemáticos muy complicados, y consideran que esta actividad no es una diversión, sino algo serio, útil y productivo.

Por lo general, son personas indecisas que carecen de objetivos en la vida y de una orientación clara y coherente para el futuro. No tienen aspiraciones y no consideran que sea necesario hacer planes. Rara vez expresan opiniones o toman decisiones porque casi nunca se implican en actividades que lo requieran. Puede decirse que su capacidad de apreciación sobre sí mismos está deteriorada, al menos según las normas sociales por las que se rigen los demás. Estos pacientes no perciben su situación como un problema y no consiguen entender por qué su falta de emociones o de integración social molesta a los demás. Viven absortos en sí mismos y solos en casi todos los ámbitos de la vida diaria. Si se les da la oportunidad de conocer a otras personas, la rechazan. También son indiferentes a los elogios y a las críticas, y no les afectan las emociones, los sentimientos ni las opiniones de los demás. Experimentan una disociación entre los placeres sensuales e intelectuales, o bien no experimentan ningún tipo de placer sensual. Por ejemplo, estos pacientes prácticamente no reaccionan ante un paisaje de gran belleza (una puesta de sol, un paseo por la playa).

Muestran una falta muy acusada de deseo de implicarse con otras personas en cualquier aspecto de la vida. No tienen amigos ni quieren tenerlos. Es raro que se enamoren o se casen, y las relaciones sexuales son escasas o inexistentes. Sin embargo, suelen tener algún tipo de relación con algún familiar de primer grado, generalmente el padre o la madre. Suelen vivir en la casa de sus padres hasta bien entrada la edad adulta si pueden mantener una adecuada separación y distancia de los demás miembros de la familia. Poseen pocas habilidades sociales y les resultan indiferentes los comentarios, las indirectas y las proposiciones de los demás. Muy rara vez participan en una conversación social. Algunos tienen éxito en los sectores laborales por los que sienten una fuerte vocación (casi siempre la informática y la electrónica), pero no mantienen contacto con sus compañeros de trabajo.

### **Intervenciones de enfermería**

Las intervenciones de enfermería se centran en mejorar el funcionamiento de estos pacientes en la comunidad. Si el paciente necesita alojamiento o un cambio de vivienda, el personal de enfermería lo derivará a los servicios sociales o a las agencias inmobiliarias apropiadas para que reciba la ayuda que necesita. El profesional debe colaborar con la agencia inmobiliaria para que el paciente consiga el tipo de alojamiento que se adapte mejor a sus necesidades y satisfaga su deseo de estar solo. Por ejemplo, un paciente con trastorno esquizoide de la personalidad funcionará mejor en una residencia que disponga de alojamiento, comida y servicio de lavandería, y le exija poca interacción social. Por el contrario, las residencias que tienen como objetivo promover la socialización por medio de actividades grupales no son convenientes para estos pacientes.

Si el paciente tiene un familiar al que considera el pariente más cercano, el profesional

tiene que confirmar que esa persona puede seguir haciéndose cargo de él. Si por cualquier razón, esta persona no pudiera hacerse cargo del paciente, hay que derivar al paciente al gestor de casos de su zona. El gestor le ayudará a conseguir servicios, recursos y atención sanitaria, a gestionar sus recursos económicos, etc. El paciente tendrá mayores probabilidades de alcanzar resultados favorables si puede encontrar a una persona que le ayude a satisfacer sus necesidades; de lo contrario, se olvidará o no prestará atención a asuntos importantes para su vida.

## TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

### Cuadro clínico

El **trastorno esquizotípico de la personalidad** se caracteriza por un patrón persistente de deficiencias sociales e interpersonales acompañadas de un malestar intenso en las relaciones interpersonales cercanas, de una disminución de la capacidad de entablar relaciones con los demás, de alteraciones cognitivas y perceptivas y de excentricidades de la conducta. La tasa de prevalencia de este trastorno de la personalidad oscila entre el 3 % y el 5 % en la población general, y es ligeramente más frecuente en los hombres que en las mujeres. Estos pacientes pueden sufrir episodios psicóticos transitorios como respuesta a acontecimientos o situaciones estresantes. Se calcula que entre el 10 % y el 20 % evoluciona hacia una esquizofrenia franca (APA, 2000).

El aspecto de estos pacientes es claramente diferente del de la mayoría de las personas, por lo que es habitual que la gente se fije en ellos y los observe. A veces están desaseados y despeinados, la ropa no es de su talla, las prendas de vestir no concuerdan entre sí y están sucias o salpicadas de manchas. Les gusta vagabundear, sin sitio alguno al que dirigirse y sin nada que hacer. Suelen fijarse en detalles nimios del entorno por los que muestran gran interés. El discurso es coherente, pero en ocasiones es inconexo, con digresiones o vaguedades. Suelen dar respuestas poco satisfactorias a las preguntas y rara vez proporcionan información de forma clara y específica. Con frecuencia emplean las palabras incorrectamente, lo que hace que su discurso resulte estafalario. Por ejemplo, si el profesional de la enfermería le pregunta qué tal duermen, el paciente puede responder: «El sueño es lento y los REM no fluyen». La gama de emociones es limitada; es decir, les cuesta mucho trabajo o son incapaces de experimentar y expresar la serie completa de emociones, como el enfado, la ira, la felicidad y el placer. El afecto suele ser superficial y en ocasiones tonto, pueril o inadecuado.

Las distorsiones cognitivas consisten en ideas de referencia, pensamiento mágico, creencias extrañas e infundadas y atracción hacia la parapsicología (p. ej., adivinación del futuro y percepción extrasensorial). Las ideas de referencia suelen consistir en la creencia de que los acontecimientos del entorno tienen un significado especial; pero se trata de ideas que no están fijadas con firmeza y, por tanto, no son delirantes, al contrario de lo que sucede en los pacientes esquizofrénicos. Debido al pensamiento mágico, que es normal en los niños pequeños, el paciente piensa que tiene poderes especiales; por ejemplo, cree que puede hacer que algo suceda con sólo pensar en ello. Además, suelen



expresar ideas que indican suspicacia, desconfianza y, en general, actitudes paranoides, por lo general respecto a los motivos por los que actúan los demás.

Estos pacientes experimentan una gran ansiedad cuando están con otras personas, sobre todo si no las conocen. La ansiedad no mejora con el tiempo ni con la repetición de la exposición; incluso, es posible que se vaya intensificando cada vez más. El paciente está convencido de que no debe fiarse de los extraños. No obstante, no considera que esta ansiedad represente ningún problema ni es consciente de que tiene que ver con lo que él experimenta como una amenaza a la integridad de su yo. Las relaciones interpersonales son problemáticas, y por esta razón los pacientes con un trastorno esquizotípico de la personalidad suelen tener sólo una relación importante, por lo general con un familiar de primer grado. Viven en la casa de sus padres hasta bien entrada la edad adulta. Su capacidad para entablar relaciones interpersonales es muy limitada, aun cuando a algunos de estos pacientes el estar solos les haga sentirse infelices.

No son capaces de responder a las señales sociales, por lo que no saben entablar una conversación superficial. Algunos poseen capacidades que podrían ser útiles en determinados entornos laborales, pero les resulta muy difícil ser eficaces en el trabajo si no se les apoya y ayuda. La desconfianza hacia los demás, las ideas y pensamientos raros y el aspecto desaliñado hacen que tengan muchos problemas para conseguir un empleo y mantenerlo.

### **Intervenciones de enfermería**

El núcleo de la atención de enfermería en estos pacientes es lograr que cuiden de sí mismos, que adquieran habilidades sociales y que mejoren su funcionamiento en la sociedad. El personal de enfermería tiene que motivar y animar a estos pacientes a adquirir unos hábitos diarios de higiene y de cuidado personal. Estos hábitos son importantes para que el paciente se integre en la sociedad, y hay que hacerle comprender que atender a la higiene y al aspecto personal no depende de su deseo o capricho, sino que es de fundamental importancia para muchas cosas, por ejemplo, para conseguir un empleo. Hay que conseguir que el paciente no tenga un aspecto estafalario ni desaliñado, porque las miradas y los comentarios de los demás harán que su incomodidad aumente y se retraiga aún más de las relaciones sociales. Puesto que estos pacientes ya se sienten de por sí incómodos en las relaciones con los demás, y teniendo en cuenta que no es probable que esto cambie, el profesional tiene que ayudarlo a funcionar en la sociedad de la mejor manera posible y con la menor ansiedad de la que sea capaz. Una técnica que puede resultar útil consiste en pedirle al paciente que elabore una lista de personas en la comunidad con las que debe establecer contacto (p. ej., el casero, el dueño o los empleados del supermercado y el farmacéutico). A continuación, el profesional representa (técnica del *role-playing*) las interacciones del paciente con cada una de estas personas. Esto permite al paciente practicar en situaciones sociales sencillas, claras y lógicas con el fin de obtener un servicio o solucionar algún problema. Dado que el contacto cara a cara es el que más ansiedad genera al paciente, se le ofrecerá la posibilidad de hacer pedidos por escrito o de utilizar el teléfono. El aprendizaje de estas y

otras habilidades sociales ayudará al paciente a hablar con otras personas con claridad y a reducir el número de palabras raras, extravagantes, vagas e incomprensibles. Por otro lado, es útil elegir a una persona con la que el paciente pueda hablar de sus creencias raras o poco usuales, que puede ser un psicólogo o un familiar. Si se le proporciona la posibilidad de hablar de las cosas que le preocupan o interesan con alguien concreto, es posible que el paciente deje de hablar de estas cosas con personas que quizás reaccionen negativamente a lo que el paciente les dice.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR:

### Trastorno antisocial de la personalidad

- Falta de respeto y conculcación de los derechos de los demás.
- Falta de remordimientos por su conducta.
- Emociones superficiales.
- Mendacidad.
- Racionalización de la propia conducta.
- Falta de sentido ético o moral.
- Impulsividad.
- Irritabilidad y agresividad.
- Falta de introspección.
- Búsqueda de emociones fuertes.
- Aprovechamiento de las personas con las que se relacionan.
- Antecedentes laborales negativos.
- Irresponsabilidad constante.

Adaptado del *DSM-IV-TR* (2000).



### CASO CLÍNICO: TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

**Steve está** de nuevo en la cárcel. Lo han condenado por robo con allanamiento. Cuando le detuvieron, le dijo a la policía que no estaba robando en la casa, sino que se trataba de la casa de los padres de un amigo y que tenía permiso para utilizarla, pero se había olvidado las llaves. Steve tiene un abultado historial de ausencias injustificadas al instituto, de peleas y de consumo de marihuana. Culpa a «las malas compañías», es decir, a sus amigos. Ésta es la tercera vez que el juez le condena a una pena de prisión. Steve se queja de que la policía le tiene manía desde que una anciana de la vecindad le regaló 5 000 dólares porque él se había quedado sin trabajo. Dice que piensa devolverle este dinero a la señora cuando le toque la lotería. La mujer de Steve, con la que se casó hace 3 años, se ha ido de casa hace poco porque Steve es incapaz de conservar ningún trabajo decente y porque se mete en gastos que después no puede pagar. Steve estaba cansado de oír todos los días las quejas de su esposa, por lo que no le importó que ella se marchase de casa. Además, ya anda buscando una nueva relación con otra mujer. Le gustaría que

le tocara la lotería y encontrar una chica guapa que le quiera. Está harto de que la gente le diga que tiene que madurar, buscar trabajo y sentar la cabeza. Se queja de que la gente no entiende que él tiene cosas mucho más importantes que hacer.

## **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: GRUPO B**

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

El trastorno antisocial de la personalidad se caracteriza por un patrón generalizado de desprecio y conculcación de los derechos de los demás, con las características principales del engaño y la manipulación. Este patrón de personalidad también se denomina psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad. La tasa de prevalencia es de aproximadamente el 3 % en la población general, y es entre tres a cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres. Alrededor del 50 % de las personas que están cumpliendo condena en prisión han sido diagnosticadas de trastorno antisocial de la personalidad. La conducta antisocial alcanza su máxima intensidad entre los 20 y los 30 años de edad, y disminuye considerablemente después de los 45 años (APA, 2000).

### **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD**

#### **Valoración**

Estos pacientes tienen una gran habilidad para mentir y engañar a los demás; por tanto, durante la valoración hay que verificar y validar la información que ofrezca el paciente. Para ello, lo mejor es contrastar esta información con la obtenida de otras fuentes.

#### *Antecedentes*

El trastorno antisocial de la personalidad aparece en la infancia o en la adolescencia, si bien el diagnóstico no se realiza hasta que el paciente cumple los 18 años. En la niñez, la enuresis, el sonambulismo y los actos egosintónicos de crueldad son predictores muy característicos. En la adolescencia, estos pacientes suelen mentir, faltar al colegio sin causa justificada, fumar tabaco, consumir otras drogas, participar en actividades ilícitas y tener problemas con la policía. En la familia, las tasas de depresión, drogadicción, personalidad antisocial, pobreza y divorcio suelen ser elevadas. La infancia de estos pacientes suele estar marcada por unos padres erráticos, negligentes, demasiado rigurosos o incluso maltratadores (Bongers, Koot, van der Ende y Verhulst, 2007).

#### *Aspecto general y comportamiento motor*

El aspecto general suele ser normal. Pueden mostrarse colaboradores durante la entrevista, e incluso resultar simpáticos y atractivos. Sin embargo, conforme va avanzando la valoración, pueden mostrar signos de ansiedad leve o moderada, sobre todo cuando el paciente ha sido remitido por otra persona, organismo o institución.

#### *Estado de ánimo y afectos*

Estos pacientes suelen mostrar emociones falsas que eligen para la ocasión y por propia conveniencia. Por ejemplo, si al paciente le obligan a ponerse en tratamiento en lugar de

ir a la cárcel, puede mostrarse encantador o intentar que los demás sientan compasión al relatar con tristeza la historia de su «terrible infancia». Las verdaderas emociones del paciente son totalmente superficiales.

Los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad son incapaces de empatizar con los sentimientos de los demás, lo que les permite sacar ventaja de las personas sin remordimiento alguno. Generalmente sólo sienten remordimiento cuando les pillan quebrantando la ley o aprovechándose de alguien.

### *Proceso y contenido del pensamiento*

Los pensamientos de estos pacientes no suelen ser desordenados, pero su visión del mundo es restringida y está distorsionada. Puesto que lo que les motiva es intimidar y el provecho personal, tienden a creer que los demás hacen lo mismo. Para ellos el mundo es frío y hostil, lo que les sirve como racionalización de su conducta. Sus puntos de vista se resumen en frases hechas, como por ejemplo «el pez grande se come al chico». Están convencidos de que en realidad lo único que hacen es cuidar de sí mismos, ya que ninguna otra persona estaría dispuesta a cuidarles y protegerles.

### *Nivel de consciencia y procesos cognitivos*

Estos pacientes están bien orientados, no presentan alteraciones sensoriales ni perceptivas y el cociente de inteligencia es normal, incluso superior al normal.

### *Sentido de la realidad y capacidad de introspección*

El sentido de la realidad de estos pacientes suele ser escaso por diferentes motivos: no les interesa la legalidad o ilegalidad de sus actos, y al tomar una decisión no tienen en cuenta los principios morales o éticos. Su propio interés es lo que determina su conducta, y percibe sus necesidades como inmediatas. Además de buscar gratificación instantánea, también son impulsivos. Esta impulsividad va desde la simple ausencia de precauciones normales (esperar a la luz verde para cruzar una calle con mucho tráfico) hasta las conductas de búsqueda de emociones fuertes, como conducir un vehículo de forma temeraria.

Carecen de capacidad de introspección y casi nunca piensan que la causa de sus problemas son sus propias acciones: la culpa es siempre de otros y su situación o comportamiento siempre se debe a alguna causa ajena a ellos.

### *Concepto de sí mismo*

En una mirada superficial, estos pacientes parecen confiados, seguros de sí mismos y realizados, incluso impertinentes o arrogantes. Se sienten intrépidos, no prestan atención a su propia vulnerabilidad y, por lo general, creen que no les pillarán nunca en mentiras, engaños o actos delictivos. En ese sentido, se les puede calificar de egocéntricos, es decir, son personas que creen que el mundo gira alrededor de ellos. Sin embargo, una mirada más profunda nos revela que el yo de estos pacientes es superficial y vacío, que carecen de emociones y sentimientos y que son capaces de evaluar de forma realista sus puntos fuertes y débiles.

### *Roles y relaciones interpersonales*

Los pacientes con este trastorno manipulan a los demás y se aprovechan de ellos. Para ellos las relaciones con otros sólo sirven para satisfacer sus propias necesidades y van tras las otras personas sólo para su provecho personal, sin pensar jamás en las consecuencias que pueden tener sus acciones sobre los demás. Por ejemplo, se sorprende a un paciente con personalidad antisocial mientras intenta estafar a un anciano los ahorros de toda su vida. Cuando le cogen, su único comentario es: «¿Y éste es todo el dinero que iba a conseguir? ¡Ese hombre me ha engañado! Seguro que había más dinero».

Suelen entablar relaciones con muchas personas a la vez. Se casan y tienen hijos, pero son incapaces de mantener sus compromisos por mucho tiempo. Suelen ser malos cónyuges y malos padres, y abandonan y decepcionan a todos los que ponen fe o ilusión en ellos. Es posible que encuentren trabajo sin apenas dificultad, ya que saben utilizar con eficacia habilidades sociales superficiales, pero con el tiempo se observa un historial laboral muy deficiente. En el entorno laboral suelen practicar el absentismo, el hurto o el desfalco, o sencillamente dejan el trabajo porque les aburre.



### Diagnóstico de enfermería

**Afrontamiento ineficaz:** incapacidad de mostrar una percepción correcta de los factores estresantes, elección inadecuada de las respuestas al estrés y/o incapacidad de utilizar los recursos disponibles.

#### DATOS DE LA VALORACIÓN

- Baja tolerancia a la frustración.
- Conducta impulsiva.
- Incapacidad de retrasar la gratificación.
- Falta de sentido ético o moral.
- Conflicto con la autoridad.
- Dificultad para seguir las normas y obedecer las leyes.
- Ausencia de remordimientos.
- Conducta socialmente inaceptable.
- Deshonestidad.
- Relaciones interpersonales ineficaces.
- Comportamiento manipulador.
- Incapacidad de aprender o modificar la conducta de acuerdo con experiencias o castigos anteriores.
- Incapacidad de aceptar las responsabilidades.

#### RESULTADOS ESPERABLES

##### Inmediatos

###### El paciente

- No se hará daño a sí mismo ni a los demás.
- Reconocerá las conductas que han motivado la hospitalización.
- Respetará los límites del entorno asistencial (p. ej., respetará la prohibición de fumar en determinados lugares, participará en las actividades grupales, etc.).

##### Estabilización

###### El paciente

- Mostrará formas no destructivas de afrontar el estrés y la frustración.
- Aprenderá formas adecuadas de satisfacer sus necesidades sin atentar contra los derechos de los demás.

##### En la comunidad

###### El paciente

- Conseguirá y mantendrá un desempeño laboral satisfactorio.
- Será capaz de satisfacer sus propias necesidades sin aprovecharse de los demás y sin conculcar sus derechos.

#### PUESTA EN PRÁCTICA

**Intervenciones de enfermería** (\*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)

Motive y anime al paciente a identificar las acciones que han hecho necesaria la hospitalización (p. ej., deudas, problemas conyugales, quebrantamiento de la ley).

Proporcione al paciente un refuerzo positivo cuando sea sincero. Es posible que intente no asumir sus responsabilidades y actúe como un «enfermo» o como una persona que se encuentra desvalida.

Deje claro al paciente que hay conductas que son inaceptables, ya sea generales (p. ej., robar a cualquier persona) o concretas (p. ej., abochornar a una anciana contándole chistes soeces).

Demuestrele al paciente que las conductas inaceptables tienen consecuencias concretas de carácter negativo (p. ej., no ver la televisión).

No intente explicar al paciente por qué o para qué existen las normas. Límitese a enunciarlas de forma directa pero impersonal. No discuta con él o ella.

Antes de que se aparezcan las conductas inaceptables, explíquelo al paciente cuáles son estas conductas y qué consecuencias tienen.

\* Comuníquelo al paciente y documente en términos concretos el plan de tratamiento, en el que deben incluirse las conductas y sus consecuencias.

Nunca comente con el paciente las acciones y manifestaciones de otro profesional sanitario, a no ser que esté presente en ese momento.

#### Justificación

Es habitual que estos pacientes rechacen la responsabilidad por las consecuencias de sus propios actos.

El paciente tiene que identificar de forma clara y sincera las consecuencias de su conducta para poder modificarla en el futuro.

El profesional tiene que poner límites claros y concretos cuando el paciente no es capaz o no quiere hacerlo.

Las consecuencias desagradables contribuyen a que las conductas inaceptables disminuyan o desaparezcan. Para ser eficaces, las consecuencias deben estar relacionadas con algo que al paciente le resulte gratificante.

Es posible que el paciente intente transgredir, o al menos suavizar, las normas «solo esta vez», y para conseguirlo puede utilizar muchas excusas y justificaciones. Si usted se niega a que le manipule o le persuada, esto contribuirá a que el comportamiento manipulador disminuya en frecuencia e intensidad.

El paciente tiene que ser consciente de las expectativas y de las consecuencias.

Es posible que el paciente intente ganarse el favor de algún profesional sanitario o quiera enfrentar entre sí a dos profesionales («el enfermero del turno de noche me dijo que podía hacerlo»). Si todos los profesionales siguen estrictamente el plan de tratamiento que se ha elaborado por escrito, el paciente no podrá manipularlos.

Es posible que el paciente intente manipular a los profesionales o desviar su atención hacia otros pacientes para disminuir así la atención que le prestan a él.

Continúa



**PUESTA EN PRÁCTICA**

**Intervenciones de enfermería** (\*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)

- \* Sea coherente y firme en todo lo relacionado con el plan de tratamiento. No haga cambios por su cuenta en las conductas, las normas y las consecuencias. Cualquier cambio del plan de tratamiento lo hará el equipo multidisciplinario y tienen que conocerlo todos los profesionales que trabajan con el paciente. (Se puede designar a una persona de este equipo para que se encargue de tomar las decisiones de menor importancia y de contestar a las dudas y preguntas de los demás profesionales o del paciente.)
- No intente convencer al paciente de que debe hacer «lo correcto» y menos aún coaccionarle.
- Cuando el paciente sobrepase los límites de la relación terapéutica o transgreda una norma, haga que las consecuencias sean inmediatas a la conducta transgresora; hágalo de forma clara, directa e impersonal.
- Indique al paciente cual es su responsabilidad en la conducta, sin que parezca por ello que lo está juzgando.
- Cuando la conducta sea aceptable, alabe o premie al paciente inmediatamente.
- Exija periodos cada vez más prolongados de conducta aceptable y aumente progresivamente el valor de las recompensas; informe al paciente inmediatamente de los cambios que se ha hecho y de las decisiones que se han tomado. Por ejemplo, es posible que al principio el paciente muestre una conducta aceptable durante 2 h, con lo que conseguiría ver la televisión durante 1 h. Poco a poco, el paciente podría conseguir un periodo de conducta aceptable de hasta 5 días, con lo que conseguiría un permiso de 2 días durante el fin de semana.
- Motive y anime al paciente a identificar el origen y las causas de la frustración que siente, así como la forma en la que ha afrontado anteriormente la frustración y las consecuencias desagradables que se han derivado.
- Explore con el paciente métodos alternativos, social y legalmente aceptables, de afrontar las frustraciones que el paciente ha identificado.
- Ayude al paciente a poner en práctica estrategias de afrontamiento aceptables y eficaces a medida que surjan las situaciones. Alábele cuando utilice con eficacia las nuevas estrategias de afrontamiento.
- \* Cuando hable con el paciente antes de que le den el alta, aborde el tema de la búsqueda de trabajo, del comportamiento en el entorno laboral, de la asistencia a las citas con el juez, etc.

**Justificación**

- La coherencia es imprescindible. Si el paciente se da cuenta de que una sola persona puede hacer cambios por su cuenta, todo el plan de tratamiento se vendrá abajo.
- El paciente debe tomar la decisión de aceptar la responsabilidad por su conducta y por las consecuencias de ésta. Las consecuencias son más eficaces cuando siguen inmediatamente a la conducta inaceptable. No reaccione con enfado ni con castigos a lo que ha hecho el paciente. Si usted se muestra enfadado, el paciente se aprovechará de ello. Si no puede controlar la manifestación del enfado, lo mejor es marcharse y dejar que otro profesional se haga cargo de la situación en ese momento.
- El paciente tiene que aprender que existe una conexión entre su conducta y las consecuencias de la misma, pero no es adecuado culpar y juzgar.
- La alabanza inmediata contribuye a que aumente la frecuencia de la conducta aceptable. Hay que prestar atención al paciente por las conductas positivas, y no sólo por las negativas.
- Este avance gradual contribuye a que el paciente aprenda a retrasar la gratificación, lo cual es necesario para su correcto funcionamiento en la sociedad.
- Esto sirve para aumentar la capacidad del paciente de aceptar la responsabilidad por su propia conducta.
- De esta forma, el paciente tiene la oportunidad de aprender a tomar decisiones y a elegir entre varias alternativas.
- El paciente puede practicar opciones alternativas en un medio seguro y controlado.
- Trabajar en una ocupación honesta y productiva fomenta las conductas positivas. Es posible que el paciente no haya tenido ninguna experiencia laboral gratificante o que esta experiencia haya sido breve. Ayudarle a encontrar y mantener el empleo es de gran valor terapéutico.

Adaptado de Schultz JM y Videbeck SL. (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8.ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

**Análisis de los datos**

Generalmente las personas con un trastorno antisocial de la personalidad no se ponen en tratamiento voluntariamente, a menos que sospechen que pueden obtener algún beneficio. Por ejemplo, es muy habitual que decidan ponerse en tratamiento para no tener que ir a la cárcel o para hacer creer a su empresa que su absentismo laboral o su bajo rendimiento se deben al estrés. El tratamiento con ingreso hospitalario no siempre es eficaz en estos pacientes y, en algunos casos, puede tener un efecto contraproducente.

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

***Trastorno antisocial de la personalidad***

Promover las conductas responsables

- Establecimiento de los límites.  
Dígale al paciente cuáles son los límites.  
Háblele de las consecuencias de transgredir los límites.  
Dígale al paciente cuáles son las conductas aceptables que se esperan de él.
- Cumplimiento constante de las reglas y del plan de tratamiento.
- Confrontación del paciente con su propia conducta.  
Indíquele al paciente cuál ha sido la conducta problemática.  
Ayude al paciente a centrarse en sí mismo.

Ayudar al paciente a solucionar problemas y controlar las emociones

- Aprender a solucionar los problemas con eficacia.
- Disminuir la impulsividad.
- Aprender a expresar de forma positiva las emociones negativas, como el enfado, la ira y la frustración.
- Aprender a utilizar los tiempos muertos y a distraerse cuando la situación es estresante.

Mejorar el desempeño de los roles

- Ayudar al paciente a identificar los obstáculos que existen para el desempeño del rol.
- Ayudar al paciente a eliminar o, al menos, disminuir el consumo de alcohol y de otras drogas.

Los diagnósticos de enfermería más frecuentes en los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad son:

- Afrontamiento ineficaz.
- Desempeño ineficaz del rol.
- Riesgo de violencia dirigida hacia los demás.

### Resultados esperables

El objetivo del tratamiento suele ser la modificación de la conducta. Aunque es improbable que el tratamiento cambie la percepción del mundo y de los demás que tiene el paciente, pueden conseguirse cambios en el comportamiento. Los resultados que cabe esperar después del tratamiento son:

- El paciente mostrará maneras no destructivas de expresar sus sentimientos y frustraciones.
- El paciente encontrará formas de satisfacer sus necesidades sin infringir los derechos de los demás.
- El paciente logrará o mantendrá el desempeño satisfactorio de sus funciones (p. ej., en el trabajo y como padre o madre).

### Intervención

#### *Establecimiento de la relación terapéutica y promoción de la conducta responsable*

El profesional de enfermería debe estructurar la relación terapéutica, identificar las conductas aceptables que se esperan del paciente y ser coherente con estas expectativas. Asimismo, tiene que minimizar los intentos del paciente de manipular y de controlar la relación terapéutica.

El **establecimiento de los límites** consta de tres fases:

1. Establecer los límites del comportamiento (describir las conductas inaceptables).
2. Identificar las consecuencias que se derivan de transgredir los límites.
3. Describir las conductas que se esperan o se desean.

El establecimiento coherente, claro y directo de los límites sin emitir juicios de valor es fundamental para obtener un resultado satisfactorio. Por ejemplo, un paciente se acerca al profesional e intenta sonsacarle información personal. El límite queda establecido cuando el profesional le dice:



*«No es aceptable que me haga preguntas de tipo personal. Si sigue haciéndolo, daré por finalizada la conversación. Tenemos que aprovechar el tiempo en intentar resolver los problemas que usted tiene en el trabajo».*

El profesional no debe enfadarse ni responder al paciente de forma brusca o punitiva.

La **confrontación** es una técnica muy útil para hacer frente a las conductas manipuladoras o deshonestas. El profesional indica al paciente cuál ha sido la conducta problemática, y lo hace con tranquilidad y neutralidad, sin acusarle. La confrontación también sirve para ayudar al paciente a centrarse en sí mismo y en su comportamiento, y, por tanto, en la situación presente. El profesional debe centrarse en la conducta misma, no en los intentos del paciente de justificarla. Por ejemplo:



***Profesional:** «Ha dicho usted que quiere aprender a manejar sus arranques de ira, pero ha faltado a las tres últimas reuniones del grupo».*



Habilidades para la solución de problemas.

## EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA

### *Trastorno antisocial de la personalidad*

- Para evitar el consumo de alcohol y de otras drogas.
- Para adquirir habilidades que mejoren el funcionamiento social.
- Para resolver los problemas con eficacia.
- Para manejar emociones como la ira o la frustración.
- Para aprender a tomarse un tiempo en las situaciones estresantes o con mucha carga emocional.

*Paciente:* «Bueno, sí, pero es que en ese grupo no le caigo bien a nadie, así que pensé que para qué iba a molestarte en ir a las reuniones».

*Profesional:* «Las reuniones del grupo se hacen para ayudarle a usted y a los demás, pero no podrá trabajar sus problemas si no asiste a las reuniones».

*Ayudar al paciente a solucionar problemas y a controlar las emociones*

Los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad presentan un patrón persistente de reacciones impulsivas cuando tienen que enfrentarse a los problemas, por lo que el profesional tiene que enseñar al paciente habilidades para la solución de problemas y ayudarlo a practicarlas. Estas habilidades consisten en identificar el problema, analizar las posibles soluciones y la consecuencia de cada posible solución, elegir una de las soluciones analizadas y evaluar los resultados obtenidos. Aunque estos pacientes poseen capacidad cognitiva suficiente para solucionar los problemas, necesitan aprender a aplicar una estrategia basada en fases que se siguen unas a otras. Por ejemplo, el coche del paciente está averiado, y por esta razón deja de ir al trabajo. Las posibles soluciones podrían ser: coger el autobús, pedirle a un compañero que lo lleve en su coche y llevar el coche al taller para que reparen la avería. El profesional ayudará al paciente a sopesar las diferentes opciones y a elegir una de ellas. De esta forma podrá reincorporarse al trabajo y evitará que le despidan.

Gestionar las emociones, especialmente la ira y la frustración, puede resultar un problema importante en los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad. Cuando el paciente se encuentre tranquilo, el personal debe animarlo a que intente identificar los factores que le provocan frustración, la forma en la que responde a ella y las consecuencias de esta forma de responder. Esto sirve para ayudar al paciente a prever las situaciones estresantes y a evitar las consecuencias negativas de la forma en la que responde a ellas. Suele ser buena estrategia tomarse un tiempo, dejar el lugar o dirigirse a un lugar neutral para recobrar el control. Este tiempo ayuda al paciente a evitar reacciones impulsivas y arranques de ira en situaciones muy estresantes o con mucha carga emocional, a recuperar el control de las emociones y a disponer de tiempo para encontrar una solución constructiva al problema.

### *Mejorar el desempeño de los roles*

El personal tiene que ayudar a los pacientes a analizar qué problemas familiares o laborales interfieren negativamente en el desempeño de los roles. En este sentido, es muy importante examinar si existe un consumo excesivo de alcohol u otras drogas porque muchos pacientes con trastorno antisocial de la personalidad presentan algún tipo de adicción. Esos pacientes tienen tendencia a culpar a los demás de sus problemas, por lo que el profesional les reorientará para que aprendan a analizar de forma realista la causa de los mismos. En muchos casos, es necesario derivar al paciente a un especialista en orientación laboral o educativa.

## **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR:**

### **Trastorno límite de la personalidad**

- Miedo al abandono (el abandono puede ser real o sólo imaginado por el paciente).
- Relaciones inestables e intensas.
- Imagen inestable de sí mismo.
- Impulsividad o temeridad.
- Conducta autolesiva recurrente, que incluye autolesiones y amenazas o intentos de suicidio.



- Sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento.
- Labilidad del estado de ánimo.
- Irritabilidad.
- Pensamiento polarizado sobre sí mismo y sobre los demás (escisión).
- Alteración del sentido de la realidad.
- Ausencia de capacidad de introspección.
- Síntomas psicóticos transitorios, como alucinaciones que ordenan al paciente que se autolesione.

Adaptado del *DSM-IV-TR* (2000).

## Valoración

La valoración de los resultados del tratamiento se basa en los objetivos conseguidos de acuerdo con el plan de tratamiento elaborado inicialmente. Si el paciente puede conservar el empleo con un funcionamiento y un desempeño del papel laboral aceptable, de cumplir con las responsabilidades familiares básicas y de no cometer actos ilegales o inmorales, cabe concluir que el tratamiento ha sido eficaz.

## TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por un patrón acentuado de relaciones interpersonales inestables, inestabilidad en la imagen de sí mismos y en los sentimientos y una marcada impulsividad. La tasa de prevalencia de este trastorno es del 2-3 % en la población general, y es cinco veces más frecuente en los que tienen un familiar de primer grado con el mismo diagnóstico. Es el trastorno de la personalidad que se encuentra con más frecuencia en las instituciones psiquiátricas, y es tres veces más común entre las mujeres que entre los hombres. En situaciones de estrés, pueden observarse síntomas psicóticos transitorios. Entre el 8 % y el 10 % de los pacientes con trastorno límite de la personalidad se suicidan, y muchos más presentan daños permanentes causados por las lesiones autoinfligidas, como cortes y quemaduras (APA, 2000). Las autolesiones recurrentes son un grito desesperado mediante el cual el paciente pide ayuda, y a la vez, son una expresión extrema de la ira, una manifestación de la indefensión y una forma de castigarse. Además, para estos pacientes el dolor físico es el medio que utilizan para bloquear el dolor psicológico. A veces, el paciente se autolesiona para confirmar que aún está vivo: la experiencia del dolor físico les sirve para compensar el entumecimiento emocional (Mangnall y Yurkovich, 2008).

El trabajo con los pacientes que padecen trastorno límite de la personalidad puede ser muy frustrante. Son pacientes que en un momento dado se aferran al personal sanitario y claman ayuda, pero unos minutos después se encolerizan, pasan al acto (*acting out*) y rechazan la ayuda que se les ofrece. No es infrecuente que intenten manipular al personal de enfermería para conseguir la gratificación inmediata de sus necesidades, y en ocasiones sabotean el plan de tratamiento y se niegan a hacer aquello a lo que se habían comprometido. El estado de ánimo es lábil y la conducta impredecible. Debido a los cambios bruscos del estado de ánimo y del comportamiento, los profesionales sanitarios



tienen la impresión de que con estos pacientes siempre se está en el «volviendo a empezar».

## **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

### **Valoración**

#### *Antecedentes*

Muchos de estos pacientes dicen que las relaciones con sus padres comenzaron a ser difíciles cuando tenían entre 18 y 30 meses de edad. Lo habitual es que los primeros intentos de estos pacientes por lograr cierta independencia al crecer provoquen en los padres reacciones de castigo o amenazas de retirada de la aprobación y del apoyo familiar. El 50 % de los pacientes con este trastorno han sido víctimas de abusos sexuales en la infancia y otros tuvieron que soportar malos tratos físicos o psicológicos; también es habitual el alcoholismo de uno de los progenitores o de ambos (Meissner, 2005). Estos pacientes tienen tendencia a valerse durante mucho tiempo de algún objeto transicional que les proporciona consuelo psicológico, como un oso de peluche, una almohada, una manta o una muñeca, hábito que a veces mantienen hasta la edad adulta. Estos objetos transicionales suelen parecerse a otros con los que estaban encariñados cuando eran niños y usaban para consolarse y sentirse más seguros.

#### *Aspecto general y comportamiento motor*

Los pacientes sufren una disfunción psicológica que puede ser leve, moderada o grave. Su conducta y presentación iniciales varían mucho según el estado en que se encuentre el paciente en ese momento. Cuando la disfunción es grave, se presentan a la entrevista desaseados, a veces no pueden quedarse quietos y muestran una labilidad emocional muy llamativa. En otros casos, el aspecto y el comportamiento motor de presentación son normales. Los pacientes que llegan al servicio de urgencias amenazando con hacerse daño o con suicidarse están descontrolados, incluso agitados, mientras que los que se evalúan en las consultas externas del hospital, en el ambulatorio o en un centro de salud mental, suelen estar tranquilos y se comportan de forma racional.



Afecto inestable y sombrío en el trastorno límite de la personalidad.

### *Estado de ánimo y afectos*

El estado de ánimo predominante en estos pacientes es la disforia, que consiste en tristeza, ansiedad, malestar general (psicológico), inquietud e irritabilidad. Suelen referir una intensa sensación de soledad, aburrimiento, frustración y de vacío, casi nunca pasan por períodos de satisfacción o de bienestar. Los afectos suelen estar deprimidos, pero pueden ser también inestables y erráticos. La irritabilidad es muy frecuente y pueden volverse hostiles o sarcásticos. Suelen referir episodios de pánico. Las emociones como la ira y la cólera son muy intensas, aparecen en forma de arrebatos y rara vez las expresan de forma útil o productiva. Por lo general, estos pacientes son hipersensibles a las emociones de los demás, y pueden contagiarse con mucha facilidad. El más mínimo cambio en el entorno (p. ej., cambiar la cita con el profesional para el día siguiente) puede precipitar en el paciente una intensa crisis emocional. Es habitual que sufran un verdadero trauma emocional cuando el psicoterapeuta se va de vacaciones.

### *Proceso y contenido del pensamiento*

El pensamiento sobre sí mismo y sobre los demás suele estar polarizado y ser extremo o exagerado, un fenómeno denominado *escisión*. Estos pacientes tienden a adorar e

idealizar a otras personas aunque apenas las conozcan o las conozcan desde hace muy poco tiempo, pero al mismo tiempo, las desvalorizan rápidamente si, de alguna manera, no cumplen con sus expectativas, que suelen ser poco realistas. El miedo a ser abandonados es crónico y excesivo, incluso en situaciones normales, lo que refleja la intolerancia de estos pacientes a la soledad. Presentan también rumiaciones obsesivas sobre cualquier tema o asunto, independientemente de la importancia del tema.

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad sufren episodios disociativos (están despiertos, pero no son conscientes de sus propias acciones). Durante ellos suelen producirse las autolesiones, aunque en otros momentos son plenamente conscientes de que se están autolesionando. Como ya se ha dicho, sometidos a mucho estrés es posible que presenten síntomas psicóticos transitorios (delirio o alucinaciones).

### *Nivel de consciencia y procesos cognitivos*

La capacidad intelectual de estos pacientes está intacta y están perfectamente orientados en la realidad. La excepción son los episodios disociativos y psicóticos de carácter transitorio, durante los que algunos pacientes refieren alucinaciones auditivas que les animan o les exigen que se autolesionen. Por lo general estos síntomas desaparecen cuando se reduce el estrés. También hay muchos pacientes que afirman tener reviviscencias (*flashbacks*) del tiempo en el que se les maltrataba o traumatizaba. Estas reviviscencias son características del trastorno por estrés postraumático, un trastorno mental muy frecuente en los pacientes con trastorno límite de la personalidad (v. [cap. 11](#)).



## CASO CLÍNICO: TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

**Sally ha estado llamando** a su psicoterapeuta todo el día desde la última sesión que ha tenido con él esa misma mañana. El psicoterapeuta no le ha devuelto la llamada, a pesar de que Sally le ha dejado varios mensajes en el contestador automático advirtiéndole que se trata de una urgencia. Está convencida de que el psicoterapeuta está enfadado con ella y que está planteándose decirle que tiene que buscar otro psicoterapeuta porque él no está dispuesto a seguir atendiéndola. Cree que si él la abandona, se quedará sin nadie: la única persona en el mundo con la que puede hablar va a abandonarla. Muy alterada, llorando, Sally coge una cuchilla de afeitar y se hace varios cortes en el brazo. A medida que la sangre fluye se siente más tranquila. En ese momento suena el teléfono: es el psicoterapeuta. Le pregunta qué le pasa, y entre sollozos, Sally le contesta que está haciéndose cortes en el brazo porque él ya no se interesa por ella y la va a abandonar, igual que han hecho antes otras personas importantes a lo largo de su vida: sus padres, su mejor amiga, el hombre con el que tuvo una relación amorosa. Nadie está nunca a su lado cuando ella lo necesita.

### *Sentido de la realidad y capacidad de introspección*

Con frecuencia, estos pacientes presentan conductas que indican su falta de sentido de la realidad y de prudencia por su seguridad y autocuidado, como apostar grandes cantidades de dinero a juegos de azar, hurtar en las tiendas y conducir temerariamente. Además,

suelen tomar decisiones impulsivas a partir de sus emociones y no de la realidad.

Tienen dificultades para satisfacer sus necesidades fuera de la relación con una determinada persona. Consideran que sus problemas y fracasos en la vida son consecuencia de las deficiencias ajenas, por lo que tienen una percepción limitada y poco realista de sí mismos. Cuando surge algún problema, una reacción habitual de estos pacientes consiste en decir: «No me habría metido en este lío si fulano no hubiese estado allí».

### *Concepto de sí mismo*

El concepto que estos pacientes tienen de sí mismos es muy inestable, por lo que cambia repentina y drásticamente. En un momento dado parecen necesitados y dependientes, y unos minutos después, se muestran hostiles y rechazan la ayuda que se les ofrece. Es frecuente que cambien bruscamente de opinión y de planes sobre el trabajo, los estudios, la identidad sexual, los valores morales y los amigos. Se perciben a sí mismos como personas malas o diabólicas, y muchas veces dicen sentirse como si no existieran.

Las amenazas, los gestos y los intentos de suicidio son frecuentes. Las lesiones autoinfligidas, como cortes, pinchazos y quemaduras, son algo habitual. Esta conducta debe tomarse muy en serio porque el riesgo de suicidio consumado es muy elevado, incluso en el caso de los pacientes que antes han escenificado intentos de suicidio poco o nada creíbles. Las lesiones autoinfligidas causan mucho sufrimiento a estos pacientes, y a veces, requieren un tratamiento médico prolongado. Pueden causar grandes cicatrices o discapacidad permanente, como parálisis total o parcial debido a las lesiones en los nervios, articulaciones, tendones y otras estructuras del aparato locomotor.

### *Roles y relaciones interpersonales*

A estos pacientes les desagrada profundamente estar solos, pero su conducta errática, imprevisible y en ocasiones peligrosa los aísla de los demás. Sus relaciones son inestables, tormentosas e intensas, y cuando rompen con una persona, vuelven a empezar con otra, repitiendo el ciclo de forma invariable. Tienen un temor muy intenso al abandono y les cuesta trabajo creer que la relación existe cuando la otra persona no está presente. Para entablar o mantener la relación, presentan conductas desesperadas, incluso amenazan con suicidarse o llegan a intentarlo. Sus sentimientos hacia los demás suelen estar distorsionados y son erráticos y muchas veces fuera de lugar. Por ejemplo, un paciente con trastorno límite de la personalidad puede considerar que alguien a quien ha visto una sola vez es su mejor y único amigo, o incluso el «amor de mi vida». Si la otra persona no corresponde inmediatamente a sus sentimientos, se sienten rechazados, adoptan una actitud hostil y dicen a los demás que esa persona es ahora su mayor enemigo. Estos cambios sentimentales bruscos pueden producirse en el lapso de una sola hora. En muchas ocasiones, estos «desengaños» precipitan las conductas autolesivas, y a veces, el paciente puede llegar a agredir a otras personas.

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad suelen tener antecedentes de fracaso escolar y laboral debido a que cambian constantemente de planes y objetivos en su educación y su trabajo. Asimismo, cambian con frecuencia sus aspiraciones en la vida,

incluso su propia identidad, en un intento desesperado por salvar sus relaciones; es decir, por miedo a ser abandonados. Les cuesta centrarse y concentrarse, y carecen de la disciplina necesaria para funcionar de forma eficaz en los ámbitos educativo y laboral. Incluso las tareas más nimias pueden resultar extraordinariamente complicadas a estos pacientes.

### ***Problemas fisiológicos y autocuidado***

Además de la conducta suicida y las autolesiones, los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen tendencia a los grandes atracones de comida y a inducirse el vómito a continuación, a consumir drogas, a mantener relaciones sexuales sin protección y a mantener conductas temerarias, como conducir después de consumir alcohol. Por lo general, tienen dificultades para dormir.

### **Análisis de los datos**

Los diagnósticos de enfermería en los pacientes con trastorno límite de la personalidad son los siguientes:

- Riesgo de suicidio.
- Riesgo de autolesiones.
- Riesgo de violencia dirigida a los demás.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Aislamiento social.

### **Resultados esperables**

Los resultados después del tratamiento suelen ser los siguientes:

- Se garantiza la seguridad del paciente, por lo que no sufrirá ninguna lesión importante.
- El paciente no hará daño a los demás ni destruirá objetos.
- El paciente controlará cada vez mejor su conducta impulsiva.
- El paciente será capaz de satisfacer sus propias necesidades.
- El paciente demostrará su capacidad de resolver los problemas.
- El paciente expresará verbalmente su mayor satisfacción con las relaciones interpersonales.

## **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

### ***Trastorno límite de la personalidad***

Promover la seguridad del paciente

- Firmar un contrato por escrito en el cual el paciente se compromete a no autolesionarse.
- Ayudar al paciente a expresar los sentimientos y las emociones de forma racional.

Ayudar al paciente a afrontar y controlar las emociones

- Reconocer sus sentimientos.
- Mantener un diario.
- Moderar las reacciones emocionales.
- Disminuir la impulsividad.

- Retrasar la gratificación.
- Técnicas de reestructuración cognitiva
- Detención del pensamiento.
- Decatastrofizar (abolición de los pensamientos catastrofistas).
- Estructurar el tiempo.
- Enseñar habilidades sociales.
- Enseñar habilidades para la comunicación eficaz.
- Establecer la relación terapéutica
- Fijar límites.
- Confrontar al paciente con su conducta.

## Intervenciones

Muchas veces los pacientes con trastorno límite de la personalidad llevan mucho tiempo en psicoterapia en un intento de resolver sus disfunciones psicológicas y los malos tratos recibidos en el entorno familiar durante la infancia. Los profesionales de la enfermería generalmente ven a estos pacientes durante los momentos de crisis, es decir, cuando se autolesionan o presentan síntomas psicóticos transitorios. Para solucionar estos problemas y estabilizar al paciente, con frecuencia se recurre a la hospitalización de corta duración.

### *Promover la seguridad del paciente*

La seguridad física del paciente siempre es prioritaria. El personal de enfermería debe tomarse siempre muy en serio las ideas de suicidio y tomará medidas para impedir su realización, valorará si el paciente tiene un plan y si puede tener acceso a los medios para llevarlas a cabo (v. [cap. 15](#)). Asimismo, se elaborará un plan para prevenir las autolesiones. En muchos casos, el paciente presenta ideación suicida crónica, pero a veces la ideación suicida es de carácter intermitente, aunque puede prolongarse durante semanas o meses. La tarea del profesional consiste en determinar junto con el paciente cuándo y en qué circunstancias hay riesgo de que las ideas suicidas se conviertan en un intento real de suicidio.

Estos pacientes tienen tendencia a pasar al acto (*acting out*), que, en la mayoría de los casos, adopta la forma de autolesiones (cortes, quemaduras o pinchazos), que a veces causan un daño físico permanente. Generalmente el paciente se autolesiona cuando se enfurece o sufre un episodio disociativo o síntomas psicóticos, pero a veces lo hace sin razón aparente. Ayudar al paciente a no recurrir a las autolesiones es difícil y depende en gran medida de la gravedad del trastorno y de los antecedentes del paciente. Algunas personas, cuando se sienten cómodas y confían en el profesional, hablan de los impulsos que sienten de autolesionarse. Cuando esto ocurre, el profesional debe mantener una actitud neutral y no dar nunca la impresión de que está juzgando al paciente.

En numerosas instituciones psiquiátricas es habitual pedir a los pacientes que firmen un **contrato de no autolesionarse**. Mediante el contrato, también se comprometen a avisar al profesional cuando noten que están empezando a perder el control. Este contrato no es una promesa que se hace a los profesionales sanitarios, sino un compromiso que el paciente adquiere formalmente de mantener su seguridad. Aunque no tiene validez legal,



se supone que tiene un efecto terapéutico importante porque promueve la responsabilidad del paciente hacia sí mismo y representa una oportunidad de establecer o mantener el diálogo entre el profesional de enfermería y el paciente. Sin embargo, no hay pruebas empíricas concluyentes que hablen a favor de la eficacia de este tipo de contratos, e incluso hay autores que opinan que es posible que el contrato obstaculice la relación terapéutica (McMyler y Pryjmachuk, 2008).

Cuando el paciente está relativamente en calma y puede pensar con claridad, es conveniente que el profesional analice con él las conductas autolesivas. Para ello, el profesional obvia los aspectos sensacionalistas y se centra en descubrir las circunstancias que rodean el incidente: estado de ánimo, afectos, intensidad y alcance del estado de inquietud y del sufrimiento, así como de las situaciones o estímulos que desencadenan con más frecuencia las conductas autolesivas. Esto permite al paciente empezar a identificar los factores que actúan como desencadenantes, así como los estados de ánimo y las emociones que preceden a la conducta autolesiva. A su vez, esto sirve al paciente para poner en práctica estrategias de afrontamiento más eficaces y racionales con el fin de controlar los factores desencadenantes.

Si el paciente se autolesiona, el personal de enfermería evalúa la lesión y determina la forma de tratarla. En todo momento, el profesional mantendrá la calma y se abstendrá de sermonear, censurar o reñir al paciente, puesto que esto no tiene ningún efecto terapéutico. Por lo general, es conveniente desviar la atención del paciente del acto físico que acaba de cometer y centrarse en cómo se siente en ese momento.

### *Favorecer la relación con el paciente*

Independientemente del contexto clínico, el profesional de la enfermería debe establecer y estructurar los límites de la relación con el paciente. Ente otras cosas, esto significa verle en un horario previamente concertado y acordado con él en citas con una duración determinada. No se puede ver al paciente cuándo, dónde y cómo él quiera (recordar que estos pacientes son muy demandantes, incluso exigentes, y con frecuencia exigen ver al profesional en momentos determinados, incluso a una hora intempestiva). En el hospital, el profesional planifica el tiempo que pasará con el paciente trabajando sobre sus problemas y sobre las estrategias de afrontamiento, y evita que el paciente tenga acceso directo al profesional cada vez que sufra una crisis emocional. Las técnicas de establecimiento de límites y confrontación del paciente con su propia conducta que se han expuesto antes en este capítulo para los pacientes con personalidad antisocial son útiles también para los pacientes con trastorno límite de la personalidad.

## EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA

### *Trastorno límite de la personalidad*

Enseñar habilidades sociales

- Conservar los límites personales.
- Tener expectativas realistas en las relaciones interpersonales.

Enseñar a estructurar y gestionar el tiempo

- Elaborar por escrito un programa de actividades.
- Para combatir el aburrimiento, hacer una lista de actividades que el paciente pueda realizar solo, sin necesidad de compañía.

Enseñar el autocontrol por medio de técnicas de reestructuración cognitiva

- Decatastrofizar (abolición de los pensamientos catastrofistas).
- Detención del pensamiento.
- Diálogo interno positivo.

Utilizar técnicas para mejorar la confianza en uno mismo, como las afirmaciones de comunicación asertiva en primera persona (frases de «Yo»).

Utilizar distracciones, como dar un paseo o escuchar música.

### ***Fijar los límites de la relación***

Los pacientes con personalidad límite tienen dificultades para mantener relaciones satisfactorias con otras personas. Los límites personales de estos pacientes no están claramente definidos y en muchos casos sus expectativas respecto a la relación son poco o nada realistas. Su forma de pensar y actuar errática e imprevisible es un obstáculo muy importante que los aparta de los demás. Esto se aplica tanto a las relaciones laborales o profesionales como a las personales. Es muy fácil que estos pacientes interpreten equivocadamente el genuino interés y atención que les prestan los profesionales de la enfermería como signos indicativos de amistad, y con frecuencia los profesionales pueden sentirse halagados por los elogios de los pacientes. El profesional tiene que ser muy claro al fijar los límites de la relación terapéutica y no permitir que estos límites se transgredan. Por ejemplo:



**Paciente:** *«Es usted mejor que mi familia y que los médicos. Me comprende mejor que nadie».*

**Profesional:** *«Tengo mucho interés en ayudarlo a que mejore, exactamente igual que los demás profesionales que trabajan aquí» (fijación de los límites).*

### ***Enseñar técnicas para comunicarse eficazmente***

Es importante enseñar al paciente métodos básicos de comunicación, como el contacto visual, la escucha activa, hablar por turnos, asegurarse de que se entiende lo que la otra persona ha dicho y utilizar frases con «Yo» («creo que», «pienso que», «necesito»); es decir, la comunicación asertiva. El profesional expondrá al paciente ejemplos de estas técnicas y utilizará técnicas de representación (*role-playing*) para practicarlas. Le preguntará cómo se siente cuando representa cada uno de los roles y le proporcionará información sobre su conducta no verbal (p. ej., «he observado que mira al suelo cuando habla de sus sentimientos»).

### ***Ayudar al paciente a afrontar y controlar las emociones***

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad suelen reaccionar con respuestas emocionales extremas, pero no son capaces de identificar correctamente sus sentimientos. El profesional debe ayudar al paciente a identificar los sentimientos y emociones y a aprender a tolerarlos sin reaccionar de forma exagerada (p. ej., destrucción de objetos, autolesiones). En muchos casos, llevar un diario ayuda al paciente a tomar conciencia de sus sentimientos. El profesional comprueba las entradas

del diario, lo que sirve de base para iniciar la conversación con el paciente.

Otro aspecto importante del control emocional es la disminución de la impulsividad y el aprendizaje del retraso de la gratificación. Cuando el paciente tiene un deseo o una necesidad, debe aprender que no es razonable esperar que el deseo o la necesidad se satisfagan de inmediato. Para aprender a diferir la gratificación, una técnica útil es la distracción (dar un paseo, escuchar música, dibujar, etc.). Esto sirve para aprender a tolerar el retraso de la satisfacción, y, además, proporciona al paciente tiempo suficiente para pensar en formas alternativas de satisfacer la necesidad o el deseo gracias a su propia acción. Se le pedirá al paciente que escriba en el diario lo que siente cuando retrasa la gratificación del deseo.

### *Remodelar los patrones de pensamiento*

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad lo ven todo (personas y situaciones) de forma maniquea: totalmente bueno o totalmente malo. La reestructuración cognitiva es un conjunto de técnicas cuyo objetivo es cambiar los patrones de pensamiento del paciente. El primer paso en la reestructuración cognitiva consiste en que el paciente aprenda a reconocer los pensamientos y sentimientos negativos. A continuación, aprende a sustituirlos por pensamientos y sentimientos positivos. La **detención del pensamiento** es una técnica de reestructuración cognitiva que permite poner fin a los pensamientos negativos y excesivamente autocríticos, como «soy tonto, soy un estúpido, no soy capaz de hacer nada bien». Cuando el paciente tiene uno de estos pensamientos negativos, dice «¡basta!» voz alta con el fin de detener el pensamiento en curso. Más tarde, durante el proceso de reestructuración cognitiva, se introducen técnicas más sutiles, como formar una imagen mental de una señal de *stop*. De esta forma, el paciente aprende a sustituir los pensamientos negativos recurrentes por otros más positivos. En la técnica de diálogo interno positivo, el paciente cambia la forma de los pensamientos negativos y los convierte en positivos, por ejemplo, «he cometido un error, pero no es el fin del mundo. La próxima vez, sabré cómo hacerlo» (Andreasen y Black, 2006).

**Decatastrofizar** (abolición de los pensamientos catastrofistas) es una técnica de reestructuración cognitiva que permite al paciente aprender a evaluar la situación de forma realista, en vez de suponer que siempre va a producirse una catástrofe. El profesional le pregunta al paciente: «¿qué es lo peor que podría pasar?» o «¿qué probabilidad cree usted que existe de que ocurra eso que tanto teme?» o «¿cómo cree que las demás personas se enfrentarían a una situación así?» o «¿es capaz de pensar en alguna objeción a esto?». De este modo, el paciente se obliga a adoptar otros puntos de vista y a pensar en la situación en sí, de manera realista y sin deformarla. Con el tiempo, su manera de pensar pasa a ser menos rígida e inflexible (Andreasen y Black, 2006).

### *Estructurar las actividades diarias*

Los sentimientos de aburrimiento crónico y de vacío, el miedo al abandono y la intolerancia a la soledad son algunos de los problemas que se observan con más frecuencia en el trastorno límite de la personalidad. Es habitual que el paciente no sepa estructurar y gestionar el tiempo. Esto hace que el enfermo se vuelva demasiado

meditativo y se vea envuelto en cavilaciones sin fin (rumiación obsesiva), lo que hace que se sienta desdichado, y esto, a su vez, actúa como desencadenante de las conductas frenéticas y desesperadas (p. ej., autolesionarse) que el paciente pone en práctica en un intento de cambiar la situación. Si se reduce el tiempo durante el que el paciente está sin hacer nada mediante actividades planificadas, se le estará ayudando a gestionar, estructurar y organizar el tiempo que pasa en soledad. Para ello, es útil pedirle al paciente que elabore por escrito un programa (citas, compras, lectura de prensa, paseos, etc.). Hay más probabilidad de que el paciente siga el programa si lo tiene por escrito. Además, el programa escrito le ayuda a planificar con antelación el tiempo que va pasar con otras personas, y, de esta forma, se reduce la frecuencia de las conductas que consisten en llamar desesperadamente a alguien por teléfono cuando se siente solo. Por otro lado, el plan por escrito permite al profesional hacer que el paciente se comprometa a realizar actividades sanas, como hacer ejercicio físico, cocinar y seguir una dieta bien equilibrada.

### Valoración

Como ocurre con cualquier trastorno de la personalidad, los cambios que se consiguen en estos pacientes son pequeños y lentos. El grado de deterioro funcional varía mucho de un paciente a otro. La valoración de los resultados del tratamiento en el caso de los pacientes con una alteración grave se basa en su capacidad de no infligirse daño. Los pacientes con una alteración moderada o leve suelen tener un empleo y relaciones interpersonales bastante estables, y en estos casos, por lo general puede decirse que el tratamiento ha sido eficaz cuando disminuye la intensidad y frecuencia de las crisis.

## TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

### Cuadro clínico

El **trastorno histriónico de la personalidad** se caracteriza por las emociones desmesuradas y la búsqueda permanente de atención de los demás. La tasa de prevalencia es del 2-3 % en la población general y del 10-15 % en la población clínica. Es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. Estos pacientes suelen buscar tratamiento debido a la depresión, a los problemas médicos (orgánicos) de origen desconocido y a las dificultades en las relaciones interpersonales (APA, 2000).

Los pacientes con este tipo de trastorno de la personalidad tienen tendencia a exagerar la intimidad de las relaciones o a dramatizar sucesos relativamente poco importantes, lo que hace que tengan una percepción distorsionada de la realidad. Su manera de hablar suele ser ampulosa y teatral y está salpicada de adjetivos terminados en «ísimo» (buenísimo, es tupendísimo, interesantísimo). Sin embargo, se advierte inmediatamente que sus descripciones, aunque coloridas y atractivas, son vagas y carecen de detalles. El aspecto general de estos pacientes suele ser normal, si bien algunos se arreglan y acicalan en exceso (p. ej., para ir a una consulta con el médico visten un vestido de noche y tacones altos). Les preocupa mucho impresionar a los demás con su aspecto e invierten una cantidad excesiva de tiempo, energía y dinero con este propósito. No limitan el coqueteo a situaciones sociales en las que se considera adecuado ni a sus relaciones más

cercanas, y lo practican también en el contexto laboral o profesional. El personal de enfermería suele considerar a estos pacientes encantadores, incluso seductores.

Emocionalmente son expresivos, gregarios y efusivos, y tienen tendencia a exagerar las emociones. No es infrecuente oír a un paciente con trastorno histriónico de la personalidad decir: «¡Es un médico maravilloso! ¡Es fantástico! ¡Me ha cambiado la vida!» al referirse a un profesional de la medicina en cuya consulta ha estado sólo una vez o, como mucho, dos. En un caso así, el paciente es incapaz de concretar por qué tiene tan alto concepto de este médico. Aunque pintorescas y, por tanto, atractivas, las emociones que expresan estos pacientes son superficiales y poco sinceras, cosa que los demás perciben de inmediato, a diferencia de ellos mismos. Cambian rápidamente de estado de ánimo y sus sentimientos y emociones son también bastante precarios. El paciente puede estar riéndose en un momento dado y sollozando minutos después. Por esta razón, las personas que les observan llegan a la conclusión de que sus emociones y sentimientos son falsos o forzados. El paciente suele estar absorto en sí mismo, y todos sus pensamientos giran en torno a su persona, por lo que dedican muy poca o ninguna atención a las necesidades de los demás. Son extremadamente sugestionables y siempre están de acuerdo con su interlocutor, algo que hacen para atraer su atención. Expresan sus opiniones con vehemencia y mucha certeza, pero aportan pocas pruebas o datos concretos para avalarlas. Suelen cambiar de opinión por influencia de alguna persona a la que tratan de impresionar.

Cuando no son el centro de atención, se sienten incómodos y son capaces de cualquier cosa para que los demás les presten atención. Utilizan su aspecto físico (p. ej., el peinado, la vestimenta) para llamar la atención. A veces buscan los cumplidos y halagos de una forma muy poco sutil: inventan historias increíbles o montan escenas en público para llamar la atención. Pueden llegar a desmayarse y caer al suelo con tal de obtener atención. Cuando, a veces con mucho esfuerzo, lo consiguen, se comportan de forma especialmente brillante, y los demás se quedan con la impresión de que, de alguna forma, han sido utilizados. Cualquier frase o comentario que pudiera interpretarse como poco favorable o halagador hacia ellos producirá una reacción extremadamente fuerte en el paciente, incluidas pataletas y crisis de llanto.

Estos pacientes tienen tendencia a exagerar la intimidad de sus relaciones. Prácticamente todos sus conocidos son «amigos muy, muy queridos». A veces ponen en apuros a familiares y amigos con comportamientos extravagantes, o al menos, poco adecuados teniendo en cuenta la situación, como abrazar y besar efusivamente a alguien que acaban de conocer, o llorar de forma incontrolable por algún incidente sin importancia. Si les presentan a una persona nueva e interesante, estos pacientes son capaces de no prestar ninguna atención a sus amigos. Las personas que se relacionan de alguna forma con estos pacientes suelen decir que se sienten o se han sentido en alguna ocasión utilizadas, manipuladas o descaradamente explotadas.

En algunos casos, presentan una variedad muy amplia de síntomas orgánicos o relatan al médico todo tipo de enfermedades y dolencias, a veces muy raras, y de forma exagerada. En realidad, no están preocupados por su salud, sino que buscan llamar la

atención del médico presentándose como pacientes «interesantes» desde el punto de vista de la ciencia médica.

### Intervenciones de enfermería

El profesional de enfermería proporcionará a estos pacientes información sobre su forma de hablar, vestimenta y arreglo personal y comunicación no verbal. La información se centrará en las alternativas adecuadas y no será una mera crítica. Por ejemplo, el profesional puede decirle al paciente:



*«Cuando usted abraza y besa de forma muy efusiva a una persona a quien acaba de conocer, esta persona podría pensar que esta forma de saludar tiene alguna connotación sexual. Sería más adecuado que se mantuviera usted a una distancia de unos 50 centímetros y le estrechase la mano».*

También puede ser útil hablar sobre diversas situaciones sociales para analizar cómo percibe el paciente las reacciones y la conducta de los demás. Enseñarle a comportarse en sociedad y dramatizar distintas situaciones (*role-playing*) en un entorno seguro y familiar contribuye a que el paciente adquiera confianza en su capacidad de interactuar con los demás. Al describir y representar el comportamiento en sociedad, el profesional será claro y concreto, mantendrá el contacto visual, escuchará activamente y mantendrá el espacio personal. Además, estos ejercicios sirven para que el paciente aprenda cuáles son los temas de conversación que se consideran adecuados para el contacto puntual con una persona, para las reuniones familiares, para las relaciones de amistad y para la interacción con el personal de enfermería.

Es posible que estos pacientes sean muy sensibles a la hora de hablar de la autoestima, y que este tema provoque en ellos reacciones emocionales exageradas. Es importante analizar los puntos fuertes y débiles de cada paciente y proporcionar información positiva de refuerzo sobre las características positivas del paciente. El profesional debe motivarle y animarle a utilizar la comunicación asertiva (p. ej., las frases de «Yo»). Este tipo de comunicación promueve la autoestima y ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades de forma más adecuada. El profesional mostrará confianza en la capacidad del paciente en todo momento.

## TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

### Cuadro clínico

Las **características del trastorno narcisista** de la personalidad son una omnipresente grandiosidad, que se pone de manifiesto como fantasía o como conducta, la necesidad de admiración y la falta de empatía. La tasa de prevalencia es del 1-2 % en la población general y del 2-16 % en la población clínica. Del 50 % al 75 % de las personas con este diagnóstico son hombres. Los rasgos narcisistas son habituales en la adolescencia y no significan necesariamente que en la edad adulta la persona vaya a sufrir un trastorno narcisista de la personalidad. El tratamiento más eficaz es la psicoterapia individual. La hospitalización es infrecuente, a menos que exista algún trastorno comórbido que



requiera tratamiento hospitalario (APA, 2000).

Los pacientes con este trastorno se caracterizan por su actitud arrogante o altanera. Carecen de la capacidad de percibir los sentimientos de los demás y de empatizar con ellos. Suelen ser envidiosos y no reconocen los éxitos de los demás porque están convencidos de que lo justo sería que esos éxitos fueran suyos. Tienen tendencia a desprestigiar, a hacer desvalorizar a los otros y a restar importancia a los sentimientos de los demás. Suelen expresar abiertamente su grandiosidad, pero en ocasiones callan y esperan a que los otros reconozcan su evidente grandeza. Con frecuencia se dejan invadir por fantasías de éxito, poder, magnificencia, belleza o amor ilimitados, fantasías que contribuyen a que su idea de superioridad se haga aún más fuerte. Suelen estar muy pendientes de la admiración y de los privilegios que los demás, según ellos, les deben desde hace mucho tiempo, y se comparan favorablemente con personas famosas o privilegiadas.



#### **Trastorno narcisista de la personalidad.**

El proceso y contenido del pensamiento están intactos, pero su percepción de la

realidad es restringida o pobre. Se creen seres superiores y especiales, y es poco probable que estén dispuestos a reconocer que su conducta tiene alguna relación con sus problemas; para ellos los problemas son siempre culpa de los demás.

Su autoestima suele ser frágil y vulnerable. Son pacientes hipersensibles a la crítica y necesitan atención y admiración constantes. Muchas veces expresan abiertamente su convencimiento de que tienen derecho a un trato y a una consideración especial en lo que respecta a sus deseos. Piensan que sólo las personas especiales o privilegiadas son capaces de apreciar sus cualidades únicas y son dignas de su amistad. Esperan que los demás les traten de una determinada manera y muchas veces se intrigan o se enfadan cuando no reciben el trato que creen merecer. Suelen aprovecharse de las relaciones interpersonales para ascender en su rango social. Están convencidos de que los demás deben ocuparse a tiempo completo de satisfacer sus necesidades y deseos. Hablan de sí mismos y de sus asuntos personales larga y detalladamente, sin pensar en las necesidades y sentimientos de las otras personas. Muchas veces se impacientan cuando los demás hablan de sus propios asuntos o desprecian lo que los demás dicen.

No es infrecuente que estos pacientes tengan cierto éxito en el ámbito laboral porque son ambiciosas y tienen fe en sí mismas, pero también son frecuentes las dificultades y problemas que surgen cuando se ven obligados a trabajar con otras personas (a quienes consideran inferiores). En el trabajo, les cuesta mucho esfuerzo aceptar las críticas y las instrucciones, órdenes y consejos de los demás. También es probable que se sientan mal pagados o poco estimados por sus jefes y compañeros de trabajo y crean que merecen un puesto más alto en la jerarquía de la empresa, aunque no estén cualificados para ello.

### **Intervenciones de enfermería**

Los pacientes con personalidad narcisista representan un verdadero problema para los profesionales de la enfermería. El profesional necesitará toda su capacidad de autoconciencia para evitar el enfado y la frustración que provocan las actitudes y el comportamiento de estos pacientes. Suelen ser groseros y arrogantes, no están dispuestos a esperar y suelen criticar sin piedad a los profesionales sanitarios. Éstos no internalizarán esas críticas ni las tomarán como algo personal. El principal objetivo del personal de enfermería es conseguir la colaboración del paciente para poder llevar a buen puerto el plan de tratamiento. El profesional informará y educará al paciente sobre los trastornos mentales y las enfermedades médicas comórbidas, la medicación y el autocuidado, y lo hará siempre de forma directa e impersonal. Se pondrán límites claros al lenguaje insultante y a las actitudes groseras y hay que dejar muy claro al paciente lo que se espera de él.

## **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: GRUPO C**

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

#### **Cuadro clínico**

El **trastorno de la personalidad por evitación** se caracteriza por un patrón persistente

de incomodidad y reticencia en las relaciones sociales, poca autoestima e hipersensibilidad a las críticas y comentarios negativos. La tasa de prevalencia es del 0,5-1 % en la población general y del 10 % en la población clínica. La razón entre sexos es de 1:1. Estos paciente son buenos candidatos a la psicoterapia individual (APA, 2000).

Habitualmente estos pacientes refieren que de niños se les inhibió extremadamente y que evitaban las situaciones nuevas y las personas ajenas al círculo familiar con una frecuencia e intensidad mucho mayores de lo esperable para la etapa del desarrollo evolutivo en la que se encontraban. Probablemente esta inhibición continuó durante toda la infancia y la adolescencia contribuyó a la baja autoestima y podría ser la causa de la retracción social que presentan estos pacientes. En la primera entrevista, es probable que se muestren ansiosos, se remuevan en la silla y eviten el contacto visual con el profesional. No suelen hacer preguntas o hacer peticiones. Su aspecto general denota una mezcla de tristeza y de ansiedad. Se describen a sí mismos como tímidos, temerosos, socialmente torpes y muy vulnerables a cualquier crítica, incluso en los casos en los que la crítica no es real, sino sólo imaginada por el paciente. Su respuesta habitual a estos sentimientos es un mayor retraimiento social.

La autoestima de estos pacientes es muy baja. Son hipersensibles a las críticas y comentarios negativos o que ellos creen que son negativos, y están siempre dispuestos a considerarse inferiores en todo a los demás. No se atreven a intentar algo que consideren arriesgado, y para ellos casi todo lo es. Son inseguros y están siempre convencidos de que van a hacer las cosas mal o van a cometer un error, por lo que se humillarán o avergonzarán a ellos mismos o a otras personas. Puesto que tienen un temor poco común al rechazo, a la crítica, a la vergüenza y a la desaprobación, suelen evitar las situaciones y relaciones interpersonales en las que existe el riesgo de ser criticado, humillado, avergonzado, etc. Por lo general, desean ardientemente la aceptación social y la compañía de los demás. Quieren cercanía e intimidad, pero temen el rechazo y la humillación. Estos temores hacen que la vida social les resulte muy difícil, y les hace parecer torpes y socialmente ineptos, lo cual, a modo de retroalimentación, refuerza aún más su creencia de que no valen para nada. Necesitan que se les tranquilice y se les garantice de antemano la aceptación de los demás antes de arriesgarse a iniciar una relación o a implicarse en la interacción social.

Es posible que tengan cierto éxito en algunos tipos de trabajo porque están siempre dispuestos a complacer a los demás y a obtener la aprobación de sus superiores. Sin embargo, a veces la timidez, la torpeza y el miedo al fracaso les impiden buscar empleos que serían más adecuados para ellos, más exigentes o más gratificantes. Por ejemplo, el paciente puede rechazar el ascenso de categoría que se le ofrece y continuar en la misma categoría durante toda su vida laboral a pesar de estar perfectamente cualificado para progresar.

### **Intervenciones de enfermería**

Estos pacientes necesitan que el personal de enfermería les dé mucho apoyo y confianza. En un contexto de relación interpersonal no amenazador para el paciente, el profesional

le ayudará a analizar los aspectos positivos de sí mismo, las respuestas positivas de los demás y los posibles motivos de la autocrítica tan feroz que practica. Para promover la autoestima es útil ayudar al paciente a practicar la autoafirmación y el diálogo interno positivo. Otras técnicas de reestructuración cognitiva, como la reformulación y la de decatastrofizar (descritos en este mismo capítulo) pueden contribuir a mejorar el sentimiento de la propia valía. Asimismo, el profesional enseñará al paciente habilidades sociales y le ayudará a practicarlas en el contexto seguro de la relación profesional de la enfermería-paciente. Aunque estos pacientes tienen muchos temores, pueden ser personas equilibradas y sentir un vivo deseo de estar con los demás y de entablar una relación importante. El profesional debe tener mucho cuidado y paciencia con estos pacientes, y en ningún momento esperar que adquieran las habilidades sociales con rapidez.

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

### **Cuadro clínico**

Los **pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia** se caracterizan por la necesidad constante y excesiva de que les cuiden, lo que les lleva a actuar de forma sumisa, a aferrarse a las personas y a sentir un miedo desmedido a la separación. Se trata de comportamientos que tienen como objetivo conseguir que los demás se ocupen de ellos y les protejan. La tasa de prevalencia de este trastorno es alta (el 15 % en la población general), y según los datos disponibles, es tres veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. Se observa más en algunas familias y es más común en el hijo más pequeño. Cuando buscan tratamiento, los pacientes con personalidad dependiente lo hacen debido a la ansiedad, a la depresión o a los síntomas somáticos (orgánicos) (APA, 2000).

Es habitual que estos pacientes se muestren ansiosos y es posible que se sientan algo incómodos. Suelen ser pesimistas y excesivamente autocríticos, y se sienten heridos por los demás con mucha facilidad. Con frecuencia refieren que son infelices o que están deprimidos, lo cual, en muchos casos, se relaciona con la pérdida real o imaginada del apoyo de otra persona. Tienen miedos exagerados y poco realistas de que les abandonen. Están convencidos de que son incapaces de hacer nada solos, por lo que pasan gran parte del tiempo intentando entablar una relación o mantenerla. Les cuesta mucho trabajo tomar decisiones, incluso sobre cuestiones de poca o ninguna importancia. Si tienen que tomar una decisión, piden consejo continuamente y necesitan que se les tranquilice y se les dé todo tipo de garantías, incluso cuando se trata simplemente de decidir qué ropa se van a poner. Aunque son capaces de hacer apreciaciones y tomar decisiones, se observa una muy evidente falta de confianza en su propia capacidad para llegar a algún tipo de conclusión o de decisión sobre cualquier asunto.

Los pacientes que sufren un trastorno de la personalidad por dependencia se consideran incapaces de funcionar fuera de la relación con alguien que les diga lo que tienen que hacer. Cuando están solos, se sienten muy incómodos e incluso desvalidos,

aun en los casos en los que mantienen una relación sólida y gratificante con otra persona. Les resulta difícil tomar la iniciativa, implicarse en nuevos proyectos y llevar a cabo de manera independiente las tareas más sencillas. Están convencidos de que es necesario que sea otra persona la que asuma la responsabilidad, convicción que sobrepasa con creces lo que cabría esperar teniendo en cuenta su edad y circunstancias. Hasta es posible que teman adquirir nuevas habilidades, conocimientos o capacidades, porque tienen miedo de perder parte del apoyo que les brinda la persona de la que dependen. Harían casi cualquier cosa con tal de conservar la relación, incluso si la relación funciona mal o no les resulta gratificante. «Casi cualquier cosa» incluye realizar tareas que les desagradan, ir a sitios que les disgustan y, en casos extremos, tolerar los malos tratos. Son reacios a expresar el desacuerdo por miedo a perder el apoyo o la aprobación del otro; incluso es posible que acepten participar en actividades desagradables o ilegales con tal de que no se les abandone.

Cuando estos pacientes pierden realmente la relación, buscan otra urgente y desesperadamente. El lema parece ser «cualquier relación es mejor que ninguna».

### **Intervenciones de enfermería**

El personal de enfermería ayudará a los pacientes con un trastorno de la personalidad por dependencia a expresar sus pensamientos de duelo y pérdida por las relaciones que han dejado atrás, y al mismo tiempo, motivará y animará al paciente a ser más autónomo y a confiar más en sí mismo. Estos pacientes mejoran claramente cuando alguien les ayuda a identificar sus necesidades y sus puntos fuertes. En ningún momento hay que reforzar inadvertidamente la creencia de que no son capaces de hacer nada por sí mismos. Son beneficiosas las técnicas de reestructuración cognitiva, como la reformulación y enseñarles a decatastrofizar.

Es posible que estos pacientes necesiten ayuda para su funcionamiento en la vida diaria cuando han fracasado reiteradamente en este ámbito. Entre las tareas de la vida cotidiana que el paciente tiene que aprender a realizar por sí mismo está la planificación de las comidas, la compra semanal, la administración del dinero, el uso de los cheques y de las tarjetas de crédito y el pago de las facturas. Es imprescindible llevar a cabo una evaluación detallada para determinar cuáles son las áreas en las que el paciente tiene más dificultades. Según sus capacidades y limitaciones, podría estar indicado derivarlo a instituciones públicas (p. ej., servicios sociales) o asociaciones privadas en las que se les podría ayudar.

Es probable que el profesional tenga que enseñar a estos pacientes a aplicar las habilidades de solución de problemas y de toma de decisiones en la vida diaria, pero el profesional debe abstenerse de dar su opinión y, sobre todo, de tomar decisiones en nombre del paciente, aunque éste lo pida. El profesional ayuda al paciente a analizar los problemas y a trabajar con las posibles alternativas. Asimismo, debe apoyar al paciente y proporcionar un refuerzo positivo cada vez que éste se esfuerza por mejorar en algún aspecto, por pequeño que sea.

## TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD

### Cuadro clínico

El **trastorno obsesivo-compulsivo** de la personalidad se caracteriza por un patrón persistente de preocupación por la perfección, el orden y el control de uno mismo, del entorno y de las relaciones interpersonales a expensas de la flexibilidad, el bienestar y la eficacia. La tasa de prevalencia es del 1-2 % en la población general y afecta al doble de hombres que de mujeres. Esta tasa aumenta al 3-10 % en la población con problemas de salud mental. La incidencia aumenta en hijos más mayores y en los adultos que se dedican a profesiones, actividades o trabajos muy metódicos, en los que es necesario centrarse en hechos concretos, números o detalles. Cuando estos pacientes buscan la ayuda de un profesional de la salud mental lo hacen generalmente porque son conscientes de que su vida no les resulta gratificante o por problemas en el ámbito laboral o en las relaciones interpersonales. La psicoterapia individual suele ser eficaz en estos pacientes (APA, 2000).

El comportamiento es formal y serio, y suelen contestar a las preguntas con precisión y muchos detalles. Es habitual que refieran al entrevistador que sienten la necesidad de ser perfectos desde que eran niños. Se trata de personas que en su infancia tuvieron unos padres muy exigentes que no les aceptaban a no ser que hicieran lo «bueno» y lo «correcto». Es probable que la expresión de las emociones del paciente cuando era niño o los intentos de ser independiente hayan provocado la desaprobación de los padres. La gama de emociones suele ser bastante limitada. Tienen dificultad para expresar las emociones, y cuando lo hacen, suele ser de forma rígida, formal, con poca o ninguna espontaneidad. Suelen ser tozudos y reacios a renunciar al control, lo que hace que les resulte difícil expresar sentimientos, ya que hacerlo le haría sentirse vulnerable. También los afectos son limitados y con frecuencia en la valoración se muestran ansiosos o agobiados o, en otros casos, rígidos y reacios a hacer cualquier cosa que revele al profesional sus verdaderos sentimientos.

Les preocupa mucho el orden y tratan de mantenerlo en todos los aspectos de su vida. Buscan la perfección como si se tratase de algo fácil de conseguir, por lo que siempre están muy pendientes de los detalles, las reglas, las normas, los reglamentos, las listas, los calendarios y los programas, hasta el punto de que «el árbol les impide ver el bosque». Están absortos en su perspectiva parcial y limitada de la vida, razón por la que están convencidos de tener siempre razón. En consecuencia, no escuchan a los demás con atención porque descartan de antemano que otros puedan tener razón en lo que dicen. Comprueban y vuelven a comprobar los detalles de cualquier proyecto o actividad y es habitual que sean incapaces de llevar a cabo un proyecto o terminar una tarea debido a su empeño por mejorarlo. Tienen problemas a la hora de emitir juicios y tomar decisiones, sobre todo les cuesta trabajo decidir *realmente* ante el temor de haber pasado por alto algún detalle. Piensan una y otra vez en las posibles opciones, y su deseo de perfeccionismo les impide decidirse por alguna de las alternativas que barajan. Interpretan literalmente las normas y las directrices, y les resulta imposible ser flexibles o



modificar la decisión que han tomado de acuerdo con las circunstancias o los cambios que se han producido en el entorno. Prefieren disponer de reglas y normas escritas de cada una de las tareas que deben realizar en el trabajo. Su perspectiva es limitada y la mayoría de las veces no se dan cuenta de que su conducta irrita o hace enfadar a los demás. De hecho, cuando se les dice que su conducta resulta molesta, suelen sorprenderse mucho y se preguntan cómo es posible que los demás «no quieran que haga bien las cosas».

Estos pacientes tienen poca autoestima y son duros, críticos e implacables consigo mismos. Siempre consideran que podrían «haber hecho las cosas mejor», independientemente de lo bien que las hayan hecho en realidad. Si se les alaba, felicita o tranquiliza, no se consigue que dejen de pensar en que podrían haberlo hecho mucho mejor. Están desbordados por sus propias normas y expectativas, que son extremadamente altas, a veces inalcanzables. Aunque para los demás sea obvio que ningún ser humano podría estar a la altura de estas exigencias, se sienten culpables e inútiles por no ser capaces de estar a la altura de lo mucho que se exigen. Tienen a valorarse a sí mismos y a valorar a los demás sólo por sus acciones o logros, sin tener en cuenta las cualidades personales.

En sus relaciones interpersonales estas personas suelen tener muchas dificultades. Cuentan con pocos amigos y escasa vida social. No expresan sentimientos afectuosos ni cálidos hacia los demás, y, si alguna vez se atreven a hacerlo, suelen ser muy rígidos y formales, hasta el punto de que parecen poco o nada sinceros. Por ejemplo, si una persona importante para el paciente le muestra su afecto, la respuesta será: «el sentimiento es mutuo» o «lo mismo digo».

Las relaciones conyugales o de pareja y con los hijos también son difíciles debido a que estos pacientes son duros e implacables. Por lo general, son excesivamente frugales y austeros, no suelen hacer regalos y son muy reacios a desprenderse de objetos deteriorados o inútiles, e insisten en que las personas que les rodean hagan lo mismo. Comprar una prenda de vestir les parece frívolo y un dispendio. Como no pueden tolerar la falta de control, organizan las actividades de ocio de la familia de una forma tan rígida e inflexible que nadie las disfruta, lo que termina provocando discusiones que, a su vez, afectan muy negativamente a la vida familiar.

Es posible que tengan cierto éxito en el trabajo, especialmente en los campos en los que se requiere precisión y atención al detalle, pero en su intento de alcanzar la perfección, sobrepasan los plazos para entregar el trabajo o no consiguen tomar una decisión en el momento oportuno porque antes de decidir quieren reunir más información. Les resulta difícil trabajar en equipo y prefieren hacerlo todo ellos solos porque ésta es la única forma de que las cosas «se hagan correctamente». Si alguna vez aceptan la ayuda de otros, es posible que le den instrucciones tan detalladas y les vigilen tan de cerca que, finalmente, la persona que se ha ofrecido a ayudarles se sienta insultada, humillada y enfadada y se niegue a colaborar. Debido a esta necesidad imperiosa de rigidez y control, les resulta difícil implicarse en situaciones nuevas y adquirir nuevos compromisos.

## Intervenciones de enfermería

El profesional de enfermería ayudará al paciente a percibir la toma de decisiones y la finalización de los proyectos desde una perspectiva diferente. En lugar de esforzarse por alcanzar la perfección absoluta, el paciente se fija el objetivo de finalizar el proyecto o de tomar la decisión oportuna en una fecha concreta. Ayudarles a aceptar o tolerar un trabajo que no alcanza la perfección y a tomar las decisiones cuando hay que tomarlas puede ayudar a estos pacientes a solventar muchas de las dificultades que tienen en el trabajo y en casa. Las técnicas de reestructuración cognitiva son muy útiles para los que sufren un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. El profesional debe preguntar al paciente: «¿qué es lo peor que puede pasar?» o «¿cómo ve la situación su jefe (o su mujer)?». Estas preguntas sirven para confrontar al paciente con sus actitudes mentales rígidas e inflexibles.

Las relaciones interpersonales mejoran cuando se motiva y se anima al paciente a correr ciertos riesgos, por ejemplo, dejar que otra persona se encargue de planificar una actividad familiar. Aprender a negociar con familiares y amigos también contribuye a que el paciente deje un poco de lado su necesidad imperiosa de controlarlo todo.

## OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS

Actualmente, los investigadores están estudiando dos nuevos trastornos de la personalidad: el depresivo y el pasivo-agresivo. En el DSM-IV-TR se describen las características generales de estos trastornos de la personalidad.

## TRASTORNO DEPRESIVO DE LA PERSONALIDAD

### Cuadro clínico

El **trastorno depresivo de la personalidad** se caracteriza por un patrón constante de cogniciones y conductas depresivas en diferentes contextos. Se observa con la misma frecuencia en hombres y mujeres, y es más prevalente en las personas con familiares que padecen trastornos depresivos mayores. Las individuos con personalidad depresiva suelen buscar tratamiento y, por lo general, su respuesta a la medicación anti-depresiva es buena (APA, 2000).

Si bien estos pacientes parecen tener características conductuales similares a las de los que sufren un trastorno depresivo mayor (tristeza, tendencia a la rumiación obsesiva, anhedonia, falta de energía, pesimismo), el trastorno depresivo de la personalidad es menos grave que el trastorno depresivo mayor. Por lo general estos pacientes no presentan una depresión de tanta intensidad y tan prolongada, y en muchos casos no están presentes algunos de los síntomas más característicos del trastorno depresivo mayor, como las alteraciones del sueño, la falta de apetito, los pensamientos recurrentes de muerte y el desinterés por todo tipo de actividades. El trastorno depresivo mayor se trata en el [capítulo 15](#).

Los afectos de los pacientes que sufren un trastorno depresivo de la personalidad son

tristes, sombríos o desesperanzados. Constantemente afirman ser infelices, carecer de energía y no tener esperanza de mejorar. Suelen decir que no son capaces de experimentar satisfacción o placer en ninguna actividad. No pueden relajarse ni tienen sentido del humor. Reprimen o no expresan verbalmente el enfado. Se repliegan en sí mismos y se preocupan por cualquier aspecto de la vida cotidiana, incluso por los más nimios. Sus pensamientos son negativos y pesimistas, y rara vez tienen esperanza de que las cosas mejoren en el futuro, pero consideran que en realidad no son pesimistas, sino realistas. Independientemente de cuál sea el desenlace de una situación determinada, siguen pensando de forma negativa. El sentido de la realidad y la capacidad para tomar decisiones suelen estar intactos, pero ambos dominados por una persistente e intensa actitud pesimista. Es frecuente que estos pacientes se culpen a sí mismos o a otras personas de forma injusta e injustificada por hechos o situaciones que escapan al control de cualquier ser humano.

La autoestima es muy baja, con pensamientos recurrentes de inutilidad e incompetencia, incluso cuando han tenido éxito en alguna tarea o actividad. En muchos casos, la autocrítica les lleva a adoptar conductas autopunitivas y a pensamientos de culpa o de remordimiento. Durante la valoración, el paciente puede permanecer callado y tener una actitud de pasividad. En cualquier situación social o laboral, prefieren seguir a los demás antes que llevar la iniciativa. Si bien dependen mucho de la aprobación de los demás, tienden a ser demasiado críticos con los otros y a rechazarlos con suma facilidad. Necesitan y desean la aprobación y la atención de los demás, pero, en realidad, lo que consiguen es ahuyentarlos, lo que refuerza aún más su creencia de que no se merecen que se les preste atención ni que se les atienda.

### **Intervenciones de enfermería**

Cuando se trabaja con pacientes que refieren sentimientos de depresión es importante averiguar si existe riesgo de que se inflijan daño a sí mismos. Si el paciente refiere ideación o impulsos suicidas, el profesional intervendrá de inmediato como se explica en el [capítulo 15](#).

El profesional explicará al paciente que tiene que hacer algo y que no puede limitarse a esperar para ver si se siente mejor. Tiene que motivarle y animarle a que participe en actividades y establezca relaciones con otras personas. Esto ofrece la posibilidad al paciente de interrumpir el círculo vicioso de la inacción, el pensamiento negativo y el aumento de los sentimientos depresivos.

Las alabanzas no serán de tipo general, sino que le proporcionaremos al paciente un refuerzo positivo por conductas concretas, sobre todo por los intentos de participar en actividades y de interactuar con los demás. El siguiente es un ejemplo de alabanza de tipo general:



*«Hoy lo estás haciendo muy bien».*

Una frase como ésta no sirve para identificar las conductas positivas específicas, y ayudar al paciente a identificarlas en muchos casos sirve para

acrecentar su autoestima. Un ejemplo de alabanza concreta (refuerzo positivo) es:



*«Hoy ha estado usted hablando con la enfermera 10 minutos, aunque sé que le ha resultado difícil».*

Esta afirmación transmite al paciente un mensaje claro sobre qué conducta concreta se considera eficaz y positiva (en este caso, una conducta que demuestra que el paciente es capaz de mantener una conversación con otra persona).

Las técnicas de reestructuración cognitiva como la detención del pensamiento y el diálogo interno positivo también son eficaces para aumentar la autoestima. Gracias a estas técnicas, el paciente aprende a reconocer los pensamientos y sentimientos negativos y a poner en práctica estrategias para pensar de forma más positiva.

Puede que sea necesario enseñar al paciente habilidades sociales, como el contacto visual, la escucha activa y la elección del tema más adecuado para iniciar una conversación (el tiempo, los acontecimientos de actualidad, etc.). Es posible que el paciente ya conozca estas habilidades, pero es necesario practicarlas, primero con el personal de enfermería y luego con otras personas. Otra técnica sencilla y eficaz es ayudar al paciente a que practique la habilidad de decir cosas agradables a otras personas. Para esto es necesario que aprenda a identificar los aspectos positivos de las personas, y no sólo los negativos. Si el paciente aprende a decir cosas agradables a los demás, aumentará la probabilidad de que los demás le digan cosas agradables, lo que a su vez producirá un incremento de los sentimientos positivos del paciente.

## TRASTORNO PASIVO-AGRESIVO DE LA PERSONALIDAD

### Cuadro clínico

El **trastorno pasivo-agresivo de la personalidad** se caracteriza por una actitud negativa y un patrón constante de resistencia pasiva a las exigencias y a las normas asociadas con un funcionamiento social y laboral adecuado. La tasa de prevalencia de este trastorno es del 1-3 % en la población general y del 2-8 % en la población clínica. Parece ser ligeramente más prevalente en las mujeres que en los hombres (APA, 2000).

Los pacientes pasivo-agresivos dan la impresión de ser personas colaboradoras, incluso aduladoras, pero a veces, según las circunstancias, parecen huraños, demasiado replegados sobre sí mismos. Su estado de ánimo fluctúa con rapidez y da la impresión de ser errático. Se enfadan y ofenden con facilidad. Alternan entre una autoafirmación hostil (p. ej., la tozudez) y la autocrítica y la dependencia excesivas, que se manifiesta mediante los autorreproches y un sentimiento excesivo de culpa. La actitud subyacente es negativa, huraña y derrotista, y el afecto es triste o irritado. Esta actitud negativa influye en el contenido del pensamiento. Se trata de personas que perciben y pronostican las dificultades rápidamente, y se sienten desengañadas con mucha facilidad, incluso cuando no hay ninguna razón para ello. Perciben el futuro de forma negativa y creen que nada que sea bueno puede durar mucho tiempo. Con frecuencia, la capacidad de emitir juicios y tomar decisiones de estos pacientes está bloqueada. Suelen ser ambivalentes e

indecisos, y prefieren dejar que los demás tomen las decisiones que ellos después criticarán. Tienen una perspectiva limitada de la realidad y tendencia a culpar a los demás de sus propias desdichas. En vez de aceptar una responsabilidad razonable en la situación en la que se encuentran, suelen oscilar entre culpabilizar a los otros y una actitud exagerada de remordimientos y autorreproches.

Estos pacientes experimentan un conflicto intenso entre la dependencia de los demás y el deseo de autoafirmación. Pese a sus bravatas, la confianza en sí mismos es baja. Suelen quejarse de que los demás no les entienden ni les aprecian o que les engañan, que son víctimas y que los demás se aprovechan de ellos. Por lo general, son negativistas y se resisten cuando se les exige que funcionen al nivel que se espera de ellos. Este opositorismo se observa sobre todo en el ámbito laboral, pero también en las relaciones interpersonales y, en general, en su vida social. La resistencia a cumplir de la forma que se espera de ellos se manifiesta mediante postergaciones, olvidos, intransigencias y faltas intencionadas de eficiencia, especialmente en las tareas asignadas por figuras de autoridad. Además, puesto que no cumplen de forma eficaz con su trabajo, dificultan el de sus compañeros. En el ámbito de las relaciones sociales y familiares, estos pacientes suelen adoptar el papel del mártir que «se sacrifica por los demás» o de afligido e incomprendido. En muchas ocasiones, con estas conductas logran manipular a los demás para que hagan lo que ellos quieren sin necesidad de pedirlo de forma franca y directa.

Es frecuente que presenten síntomas somáticos vagos, generalizados e inespecíficos, y pueden incluso adoptar el papel de enfermos. Es posible que se enfaden, se ofendan mucho y se quejen («Nadie puede imaginarse por lo que estoy pasando. No me queda más remedio que sufrir. ¡Qué se le va a hacer!»).

### **Intervenciones de enfermería**

Lo más probable es que el profesional de la enfermería tenga que hacer frente a una gran resistencia por parte de estos pacientes a reconocer sus sentimientos y a expresarlos abiertamente. Es frecuente que no reconozcan que están enfados, en cuyo caso manifestarán el enfado de manera indirecta. El profesional debe ayudar al paciente a ver la relación que existe entre sus sentimientos y sus acciones. Por ejemplo, un paciente trata de finalizar un proyecto en el trabajo pero lo posterga continuamente, se olvida o «se pone enfermo», de tal forma que no entrega el trabajo en la fecha acordada, o quiere hacer una excursión con su familia, pero a la hora de salir no se encuentra bien o se olvida o «tiene algo muy urgente que hacer». Al centrarse en la conducta del paciente, el profesional le ayuda a percibir qué es lo que desasosiega y enfada tanto a los demás. Asimismo, el profesional enseñará al paciente a expresar sus sentimientos, sobre todo los de carácter negativo (p. ej., el enfado), para lo cual hay métodos muy eficaces, tales como escribir sobre los sentimientos o teatralizarlos mediante el *role-playing*. El profesional no debe forzar al paciente a utilizar estos métodos si no está dispuesto a hacerlo.

## **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES**

Es muy poco frecuente que se diagnostique un trastorno de la personalidad por primera vez en una persona de edad avanzada. Lo más probable es que el trastorno sea de larga duración y se haya originado en la juventud o en los primeros años de la vida adulta. Según [Sakauye \(2008\)](#), los trastornos de la personalidad de los grupos A y C son los más prevalentes en la edad avanzada y están muy relacionados con la depresión. En algunos casos, el trastorno se estabiliza al llegar a la edad avanzada, por lo que el paciente experimenta un menor número de dificultades. Sin embargo, hay personas de las que puede decirse que envejecen mal o que llevan muy mal el envejecimiento. Se trata de individuos que no pueden o no quieren reconocer las limitaciones propias de esta fase de la vida. Se niegan a aceptar ayuda cuando la necesitan y no toman decisiones razonables sobre su salud, su asistencia sanitaria, su dinero o sus hábitos de vida. Estas personas están crónicamente enojadas e insatisfechas y son infelices, por lo que sus relaciones con los demás son tensas, y a veces acaban consiguiendo que familiares, amigos y cuidadores, e incluso los profesionales sanitarios, se alejen de ellos.

### **ATENCIÓN COMUNITARIA**

La atención a los pacientes que sufren un trastorno de la personalidad se lleva a cabo principalmente en entornos comunitarios. Las unidades psiquiátricas de agudos (p. ej., los hospitales) son útiles durante períodos breves, sobre todo por razones de seguridad. Los profesionales de la enfermería suelen tratar a estos pacientes en clínicas especializadas, en las consultas externas de los hospitales, en los ambulatorios y en los centros de salud mental. En muchos casos, el paciente no consulta debido al trastorno de la personalidad que padece, sino por síntomas somáticos (orgánicos).

La mayoría de estos pacientes son tratados mediante psicoterapia individual o de grupo, programas de apoyo social o grupos de autoayuda. Otros nunca llegan a recibir tratamiento por el trastorno de la personalidad, sino por algún otro trastorno mental importante. Los temas tratados en este capítulo resultarán útiles al personal de enfermería no sólo para la atención a estos pacientes, sino también para sus relaciones personales.

### **PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL**

Los objetivos del tratamiento en el caso de los pacientes con un trastorno de la personalidad suelen ser la estabilización del estado de ánimo, la disminución de la impulsividad y la adquisición de habilidades para desenvolverse en sociedad y entablar y mantener relaciones interpersonales satisfactorias. [Hayward, Slade y Moran \(2006\)](#) realizaron un estudio de los trastornos de la personalidad desde el punto de vista de la percepción que estos pacientes tienen de sus necesidades insatisfechas. Observaron que estas necesidades pueden agruparse en cinco apartados: autocuidado (higiene y cuidado personal y forma de vestir), sexualidad (insatisfacción con las relaciones sexuales), dinero (planificación y gestión de la economía doméstica), síntomas psicóticos y malestar psicológico. Si bien los dos últimos pertenecen al ámbito de los profesionales de la salud mental, los tres primeros parecen estar muy alejados de la actuación de estos



profesionales, lo que indica que si el personal de enfermería especializado en psiquiatría y salud mental se ocupa de estos tres aspectos, mejorarán la salud y el bienestar de los pacientes con un trastorno de la personalidad.

Según los resultados de un estudio, los niños con mayor cantidad de «factores de protección» son menos propensos a presentar conductas antisociales cuando son adultos. Estos factores son el interés del niño y los padres por el colegio y los estudios, la desaprobación de la conducta antisocial por los padres y los iguales y la participación en un grupo religioso. Es interesante observar que en este estudio se encontró que tanto los niños con riesgo de sufrir malos tratos o abusos sexuales como los que no presentaban dicho riesgo eran menos propensos a las conductas antisociales cuando eran adultos si los factores de protección mencionados estaban presentes en su entorno, por lo que es mucho más probable que los niños que no han tenido estos factores de protección presenten comportamientos antisociales en la edad adulta (Cohen, Chen, Gordon, Johnson, Brook y Kasen, 2008).

## TEMAS DE AUTOCONCIENCIA



Dado que la modificación de la conducta, de las actitudes y de las estrategias de afrontamiento en los pacientes con un trastorno de la personalidad es un proceso largo y laborioso, es fácil que el profesional de la enfermería se sienta frustrado o enfadado. Estos pacientes tienen tendencia a poner a prueba los límites en la relación personal de enfermería-paciente y a intentar manipular al personal sanitario. El profesional hablará con sus compañeros sobre sus sentimientos de enfado o frustración, de forma que le sea más fácil reconocer y hacer frente a estos sentimientos.

El aspecto general de los pacientes con trastorno de la personalidad puede inducir a engaño. A diferencia de los pacientes que presentan síntomas psicóticos o depresión severa, éstos parecen capaces de funcionar de forma eficaz. Es fácil que el profesional crea erróneamente que al paciente sólo le hace falta un poco de motivación o de voluntad de efectuar los cambios que necesita. El enfado y la frustración que suelen sentir los profesionales que trabajan con pacientes con un trastorno de la personalidad suele tener su origen en esta interpretación errónea de la realidad. El profesional se preguntará por qué el paciente sigue haciendo lo mismo una y otra vez («¿No se da cuenta de que lo único que consigue es tener problemas? ¿Por qué no cambia de actitud y de conducta?»). Se trata de una reacción parecida a la que tienen los familiares, los amigos y los compañeros de trabajo del paciente.

Los pacientes con trastorno de la personalidad ponen a prueba también la capacidad de trabajar en equipo del personal sanitario. Por ejemplo, los pacientes con un trastorno antisocial o límite suelen manipular al personal sanitario en un intento de provocar divisiones entre ellos; es decir, intentan que discrepen o se contradigan respecto al plan de tratamiento y a los límites de la relación terapéutica. Esto puede resultar extremadamente dañino para el equipo multidisciplinario que atiende al paciente. Además, es frecuente que los profesionales tengan opiniones diferentes sobre cada uno de los pacientes: unos creerán que necesita ayuda, mientras que otros pensarán que, por

el contrario, es demasiado dependiente. Por esta razón, es necesario que exista una buena comunicación entre los profesionales con el fin de mantener la firmeza y la coherencia frente a los intentos disgregadores del paciente.

### **Consideraciones a tener en cuenta cuando se trabaja con pacientes con trastornos de la personalidad**

- Hablar con sus compañeros de trabajo sobre sus sentimientos de enfado y frustración le ayudará a conocer mejor y a afrontar de forma más eficaz sus reacciones emocionales, lo que a su vez mejorará el trabajo con los pacientes.
- La comunicación clara, constante y fluida con otros profesionales sanitarios le ayudará a minimizar el efecto de la conducta manipuladora del paciente.
- No se tome de forma personal los halagos ni las críticas excesivas de los pacientes: tenga en cuenta que forman parte de su personalidad.

### ***P*reguntas de razonamiento crítico**

1. ¿Dónde se sitúa usted con respecto a los cuatro rasgos o factores del temperamento (evitación del daño, búsqueda de la novedad, dependencia de la recompensa y persistencia)?
  2. Existe una correlación significativa entre el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad y la conducta delictiva. En la definición de este trastorno en el DMSIV-TR se incluye la «conculcación de los derechos de los demás». ¿Considera usted que este trastorno de la personalidad es en realidad un problema social y no un problema de salud mental? ¿Por qué?
- Fíjese objetivos realistas y recuerde que en los pacientes con un trastorno de la personalidad los cambios de conducta requieren mucho tiempo y esfuerzo y los avances suelen ser muy lentos.

### **PUNTOS CLAVE**



- Las personas con un trastorno de la personalidad tienen rasgos de carácter y temperamentales inflexibles e inadaptados que causan una alteración funcional importante del individuo o un malestar psicológico significativo.
- Los trastornos de la personalidad son relativamente comunes y se diagnostican al comienzo de la edad adulta, pero ciertas conductas asociadas con estos trastornos pueden observarse ya en la infancia o la adolescencia.
- Es poco probable que se produzcan cambios rápidos o sustanciales en la personalidad patológica, y esto puede provocar enfado o frustración en los familiares, los amigos y los compañeros de trabajo, incluso en los profesionales de la salud mental.
- El trastorno esquizotípico de la personalidad se caracteriza por deficiencias sociales e

interpersonales, distorsiones cognitivas y perceptivas y comportamientos excéntricos.

- Las personas que padecen un trastorno paranoide de la personalidad son suspicaces y desconfían de todo el mundo, sospechan de los demás y se sienten amenazados por ellos.
- Las personas con un trastorno depresivo de la personalidad tienen un aspecto triste y sombrío, son negativos y pesimistas, no obtienen placer en las actividades que realizan y tienden a pensar de forma obsesiva sobre sí mismos y sobre la vida.
- El trastorno esquizoide de la personalidad se caracteriza por un acusado desapego e indiferencia hacia los demás, restricción de las emociones y huida hacia un mundo propio de fantasías.
- Las personas con un trastorno antisocial de la personalidad suelen parecer locuaces y encantadoras cuando se las conoce, pero en realidad son insensibles hacia otras personas e incapaces de amar, y es habitual que se aprovechen de los demás en su propio beneficio.
- Las personas con un trastorno límite de la personalidad tienen una inestabilidad muy acusada del estado de ánimo, del afecto, de su propia imagen y de las relaciones interpersonales; son extremadamente impulsivas y en muchos casos se autolesionan.
- Las personas con un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se preocupan en exceso por el orden, la perfección y el control a expensas de la flexibilidad, la gratificación y la eficacia.
- El trastorno histriónico de la personalidad se caracteriza por emociones excesivas y dramáticas, por la necesidad imperiosa de llamar la atención de los demás y por una conducta seductora o provocativa pero superficial.
- El trastorno narcisista de la personalidad se caracteriza por grandiosidad, necesidad imperiosa de ser admirado por los demás, falta de empatía y la convicción de que se tiene derecho a que al paciente se le conceda todo cuanto desea.
- El trastorno de la personalidad por evitación se caracteriza por malestar en las relaciones sociales, reticencia a entablar relaciones con los demás, baja autoestima e hipersensibilidad a la crítica o a la desaprobación.
- El trastorno de la personalidad por dependencia se caracteriza por una necesidad constante y excesiva de ser atendido, protegido o cuidado, lo que hace que el paciente se comporte de forma sumisa y se aferre a las personas con las que mantiene relación debido al temor a la separación y al abandono.



## RECURSOS DE INTERNET

### RECURSOS

- Trastorno de la personalidad por evitación
- Trastorno límite de la personalidad
- Tratamiento conductual-cognitivo

- Trastorno de la personalidad por dependencia
- Tratamiento dialéctico-conductual
- Trastorno histriónico de la personalidad
- Trastorno narcisista de la personalidad
- Trastorno paranoide de la personalidad
- Trastorno esquizoide de la personalidad
- Trastorno esquizotípico de la personalidad

#### DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe08.html>

<http://www.borderlinepersonalitytoday.com/main>

<http://www.nacbt.org/whatiscbt.htm>

<http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe09.html>

<http://www.dbtselfhelp.com>

<http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe06.html>

<http://www.narcissisticpersonalitydisorder>

<http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe01.html>

<http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe02.html>

<http://www.mayoclinic.com/health/schizotypal-personality-disorder/DS00830>

- Las personas con un trastorno pasivo-agresivo de la personalidad muestran una resistencia pasiva a las exigencias de actuar con eficacia en el ámbito laboral y social; son personas opositoras y negativistas que suelen asumir el papel de mártires.
- La relación con el paciente es vital cuando se atiende a personas que sufren un trastorno de personalidad. El personal de enfermería les ayuda a reconocer sus sentimientos y conductas disfuncionales y a adquirir las técnicas de afrontamiento y las conductas positivas adecuadas. La comunicación terapéutica y el modelado de la conducta mediante el *role-playing* ayudan a favorecer las interacciones sociales, lo que a su vez favorece las relaciones interpersonales.
- Hay varias estrategias de tratamiento eficaces cuando se trabaja con pacientes con trastorno de la personalidad. Son muy útiles las técnicas de reestructuración cognitiva como la detención del pensamiento, el diálogo interno positivo y decatastrofizar. Asimismo, el aprendizaje de las habilidades sociales y para la solución de problemas y la toma de decisiones contribuye a que el paciente funcione mejor en la sociedad.
- Los pacientes con un trastorno de la personalidad pueden recibir tratamiento con psicofármacos según el tipo de síntomas que experimentan y su intensidad. La medicación es útil para eliminar o reducir la agresividad, la impulsividad, las alteraciones del estado de ánimo, la ansiedad y los síntomas psicóticos.
- Los pacientes con un trastorno límite de la personalidad suelen tener necesidad de autolesionarse. Las autolesiones consisten en cortes, quemaduras o pinchazos, y a

veces se producen daños físicos de carácter permanente. El profesional propondrá al paciente a firmar un contrato por el que se compromete a no hacerse daño y a informar al personal de enfermería cuando sienta la necesidad de hacerlo.

- El profesional de la enfermería utilizará las técnicas de autoconciencia para evitar ser manipulado por el paciente y enfrentarse a sus propios sentimientos de enfado o frustración.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N. C., & Black, D. W. (2006). *Introductory textbook of psychiatry* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Bongers, I. L., Koot, H. M., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2007). Predicting young adult social functioning from developmental trajectories of externalizing behaviour. *Psychological Medicine*, 38, 989–999.
- Cohen, P., Chen, H., Gordon, K., Johnson, J., Brook, J., & Kasen, S. (2008). Socioeconomic background and the developmental course of schizotypal and borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, 20(2), 633–650.
- Hayward, M., Slade, M., & Moran, P. A. (2006). Personality disorders and unmet needs among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 57(4), 538–543.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181–205.
- Mangnall, J., & Yurkovich, E. (2008). A literature review of deliberate self-harm. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(3), 175–184.
- McMyler, C., & Prymachuk, S. (2008). Do “no-suicide” contracts work? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(6), 512–522.
- Meissner, W. W. (2005). Classic Psychoanalysis. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed, pp. 701–746). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sakauye, K. (2008). *Geriatric psychiatry basics*. New York: W. W. Norton.
- Simeon, D., & Hollander, E. (2006). Treatment of personality disorders. In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *Essentials of clinical psychopharmacology* (2nd ed., pp. 689–705). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Svrakic, D. M., & Cloninger, C. R. (2005). Personality disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 8th ed., pp. 2063–2104). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Hart, B. G. (2007). Cutting: Unraveling the mystery behind the marks. *Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 55(4), 161–166.
- Lynch, T. R., & Cheavens, J. S. (2008). Dialectical behavior therapy for comorbid personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 64(2), 154–167.
- McQuillan, A., Nicastro, R., Guenot, F., Girard, M., Lissner, C., & Ferrero, F. (2005). Intensive dialectic behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatric Services*, 56(2), 193–197.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20–26.

# Autoevaluación

## PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. Cuando el profesional de la enfermería está trabajando con un paciente que sufre un trastorno paranoide de la personalidad, ¿cuál debe ser su actitud?
  - a. Alegre.
  - b. Amistosa.
  - c. Seria.
  - d. De apoyo.
2. ¿Cuál de las siguientes emociones suele observarse en los pacientes con trastorno pasivo-agresivo de la personalidad?
  - a. Ira.
  - b. Depresión.
  - c. Miedo.
  - d. Culpabilidad.
3. Todas las siguientes son técnicas de reestructuración cognitiva excepto una, ¿cuál?
  - a. Decatastrofizar.
  - b. Diálogo interno positivo.
  - c. Reformulación.
  - d. Relajación.
4. Los síntomas psicóticos transitorios que presentan los pacientes con trastorno límite de la personalidad se tratan generalmente con uno de estos psicofármacos:
  - a. Anticonvulsivos (estabilizadores del estado de ánimo).
  - b. Neurolépticos.
  - c. Benzodiazepinas.
  - d. Litio.
5. ¿Cuál de las siguientes intervenciones de enfermería es eficaz para el tratamiento de los pacientes con un trastorno histriónico de la personalidad?
  - a. Técnicas de reestructuración cognitiva.
  - b. Mejora del funcionamiento social del paciente.
  - c. Apoyo emocional.
  - d. Enseñanza de habilidades sociales.



6. Cuando se entrevista a un paciente que sufre un trastorno de la personalidad, ¿cuál de las características siguientes valorará el profesional de enfermería?
  - a. La capacidad de deslumbrar y manipular a los demás.
  - b. El deseo de entablar relaciones interpersonales.
  - c. La interferencia del trastorno en algunos aspectos de la vida del paciente.
  - d. La necesidad de recibir la aprobación de los demás.
7. ¿Cuál de estas características evaluará el profesional de enfermería en un paciente con trastorno narcisista de la personalidad?
  - a. La idea de que tiene derecho a todo.
  - b. El miedo al abandono.
  - c. La hipersensibilidad frente a los comentarios y las críticas de los demás.
  - d. La tendencia a sospechar de todo el mundo.
8. En el caso de los pacientes que intentan manipular a los demás, el objetivo más importante a corto plazo es:
  - a. Reconocer la propia conducta.
  - b. Expresar verbalmente los propios sentimientos.
  - c. Abstenerse de iniciar discusiones.
  - d. Mantener relaciones interpersonales duraderas.

---

## **PREGUNTAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE**

*Puede elegir más de una respuesta en cada pregunta.*

1. Cuando trabaja con un paciente con un trastorno de la personalidad, el profesional de la enfermería valorará:
  - a. Los niveles elevados de autoconciencia.
  - b. La alteración de las relaciones interpersonales.
  - c. La incapacidad de empatizar con los demás.
  - d. Mínima capacidad de introspección.
  - e. La motivación para cambiar.
  - f. Falta de sentido de la realidad.
2. ¿Cuáles de los siguientes comportamientos esperará un profesional de la enfermería que trabaja con un paciente con trastorno antisocial de la personalidad?
  - a. Cumplimiento de las expectativas y de las normas.
  - b. Aprovecharse de los otros pacientes.
  - c. Búsqueda de privilegios especiales.
  - d. Actitud amistosa, pero superficial, hacia los demás.
  - e. Utilización de rituales para aliviar la ansiedad.

f. Rechazo de las actividades sociales.

---

## CASO CLÍNICO

A Susan Marks, de 25 años, le han diagnosticado un trastorno límite de la personalidad. Ha asistido esporádicamente a la universidad, pero sólo ha completado 15 créditos y no tiene claro cuáles son sus objetivos académicos y profesionales. Está enfadada porque hace poco sus padres le dijeron que tiene que buscar trabajo y empezar a vivir de forma independiente. La semana pasada conoció a un hombre en el parque y se enamoró de él desde la primera cita. Lo ha llamado por teléfono infinidad de veces, pero él no le devuelve las llamadas. Un día, mientras está sola en casa, empieza a pensar que sus padres la han abandonado y que su novio ya no la quiere. A continuación, empieza a hacerse cortes en los brazos con un cuchillo muy afilado. Inmediatamente después, coge el teléfono y llama a la ambulancia medicalizada de emergencias: «¡Me estoy muriendo! ¡Ayúdenme, por favor!». La ambulancia la lleva al servicio de urgencias de un hospital y se la ingresa en la unidad de psiquiatría.

1. Identifique los dos diagnósticos de enfermería más prioritarios adecuados para Susan en el momento de ingresar en la unidad de psiquiatría del hospital.
2. Describa uno de los resultados esperables que sería posible para cada uno de estos dos diagnósticos.
3. Identifique tres intervenciones de enfermería para cada uno de estos dos diagnósticos de enfermería.
4. ¿Qué derivaciones, recursos y servicios comunitarios serían beneficiosos para Susan?

# 17

## Trastornos relacionados con sustancias

### Términos clave

- abuso de sustancias
- alucinógeno
- codependencia
- dependencia de sustancias
- desintoxicación
- diagnóstico dual
- estimulantes del sistema nervioso central
- inhalantes
- intoxicación
- laguna mental
- negación
- opiáceos
- politoxicomanía
- programa de los doce pasos
- reducción gradual
- remisión espontánea
- rubefacción
- síndrome de abstinencia
- sustancia controlada (distribución prohibida por la ley o restringida a usos médicos y farmacéuticos)
- tolerancia
- tolerancia inversa

### Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Describir las tendencias en la prevalencia del abuso de sustancias y explicar la necesidad de los programas preventivos.
2. Explicar las características, los factores de riesgo y la dinámica familiar en los casos de abuso de sustancias.
3. Explicar los principios en los que se basa el tratamiento de los doce pasos.
4. Aplicar el procedimiento de enfermería a la atención a los pacientes con abuso de sustancias.
5. Informar y educar a los pacientes, la familia y otras personas de la comunidad con el fin de aumentar sus conocimientos y comprensión sobre el uso y abuso de sustancias.
6. Explicar el papel del personal de enfermería en el tratamiento de los profesionales sanitarios adictos a las drogas o a los fármacos con potencial adictivo.
7. Evaluar sus propios sentimientos, actitudes y conductas hacia los pacientes y familias con problemas de uso o abuso de sustancias.

**LOS TRASTORNOS POR USO O ABUSO DE SUSTANCIAS** constituyen un problema de salud pública de máxima importancia en Estados Unidos. Más de 15 millones de estadounidenses sufren dependencia del alcohol y, de ellos, 500 000 tienen entre 9 y 12 años de edad. Casi 7 millones de personas son bebedores sociales que consumen alcohol en exceso entre los 12 y los 20 años, es decir, por debajo del límite legal de edad establecido en la mayoría de los estados. Cada año se producen 5 000 muertes (accidentes de tráfico, homicidios, suicidios, lesiones por diferentes causas) atribuibles al alcohol en personas de menos de 21 años ([National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2009](#)). La prevalencia real de abuso de sustancias es difícil de determinar con exactitud porque muchas personas que satisfacen los criterios diagnósticos no buscan tratamiento, y los estudios realizados para determinar la prevalencia se basan en datos aportados por los interesados y suelen ser inexactos.

Los abusos de sustancias cuestan a las empresas un total estimado en 100 000 millones de dólares anuales. Sólo el alcoholismo provoca una pérdida de 500 millones de días de trabajo al año. Además, hasta el 40% de las muertes por accidentes laborales y el 47% de las lesiones laborales se atribuyen al alcoholismo o al consumo de alcohol. Se calcula que el porcentaje de fallecimientos provocados por accidentes de tráfico relacionados con el alcohol alcanza el 50% ([Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2007](#)). En Estados Unidos, cada 30 min muere una persona en un accidente de tráfico relacionado con el alcohol.

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.



**El alcohol y otras drogas pueden crear problemas legales.**

El número de bebés que padecen las consecuencias fisiológicas y psicológicas de la exposición prenatal al alcohol o a otras drogas (p. ej., el síndrome alcohólico fetal, los «bebés del *crack*») está aumentando a una velocidad alarmante. Además, el abuso de sustancias desempeña un papel muy importante en el incremento de la violencia, incluida la violencia doméstica, la violencia de género, los homicidios y el maltrato y abandono, todo lo cual no presagia nada bueno para las generaciones venideras.

El 43% de los estadounidenses ha estado expuesto al alcoholismo en su familia. Los hijos de alcohólicos tienen un riesgo cuatro veces mayor de tener problemas con el alcohol comparados con la población general ([National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2007a](#)). Muchas personas adultas que están en tratamiento informan de que tomaron su primer sorbo de alcohol cuando eran niños pequeños (antes de los 10 años). Por lo general, fue el padre, la madre u otra persona de la familia la que les ofreció este primer sorbo. En vista del aumento de los porcentajes de consumo de alcohol entre los jóvenes, los problemas relacionados con el alcohol podrían entrar en una espiral fuera de control, a menos que pueda mejorarse la situación mediante los programas de

prevención, la detección precoz y los tratamientos eficaces.

## CLASIFICACIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

Son muchas las sustancias que pueden ser objeto de uso o abuso. Algunas pueden adquirirse legalmente, mientras que otras son ilegales. Este capítulo incluye el alcohol y los medicamentos como sustancias que pueden ser objeto de abuso. El abuso de más de una sustancia se denomina **politoxicomanía**.

En la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, texto revisado (DSM-IV-TR), figuran 11 diagnósticos asociados a la clase de sustancias:

1. Alcohol.
2. Anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar.
3. Cafeína.
4. Cannabis.
5. Cocaína.
6. Alucinógenos.
7. Inhalantes.
8. Nicotina.
9. Opiáceos.
10. Fenciclidina (PCP) o fármacos de acción similar.
11. Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

El DSM-IV-TR también clasifica los trastornos relacionados con sustancias en dos grupos: *a)* trastornos por abuso y dependencia, y *b)* los trastornos mentales inducidos por sustancias, como intoxicación, abstinencia, delirium, demencia, psicosis, trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño.

En este capítulo se describen los signos y síntomas específicos de la intoxicación, la sobredosis, el síndrome de abstinencia y del proceso de desintoxicación de cada una de estas sustancias, a excepción de la cafeína y la nicotina. Si bien el consumo exagerado de cafeína y nicotina causa importantes problemas fisiológicos y da lugar a trastornos inducidos por sustancias, como trastornos del sueño, ansiedad y síndrome de abstinencia, no suele considerarse que el tratamiento del consumo excesivo de estas sustancias pertenezca al ámbito de la salud mental.

Por **intoxicación** se entiende el uso (ingestión o exposición) de una sustancia que da lugar a un comportamiento desadaptativo. El **síndrome de abstinencia** es el conjunto de reacciones psicológicas y fisiológicas negativas que aparecen cuando el uso de una sustancia cesa o disminuye drásticamente. La **desintoxicación** es el proceso de retirada de una sustancia de forma segura. El tratamiento de otros trastornos inducidos por sustancias, como las psicosis y los trastornos del estado de ánimo, se tratan con detalle en otros capítulos.

El **abuso de sustancias** es el uso de una droga o medicamento en una forma que no se corresponde con las normas médicas, sociales o culturales a pesar de sus consecuencias negativas. Con fines diagnósticos, en el DSM-IV-TR se distingue entre



abuso de sustancias y dependencia (usando este último como diagnóstico médico). El abuso de sustancias está asociado con problemas en los ámbitos social, laboral y legal, en tanto que la **dependencia de sustancias** está asociada además con problemas médicos-psiquiátricos como la tolerancia, el síndrome de abstinencia y los intentos fallidos de dejar de consumir la droga. Algunos autores consideran que esta distinción entre abuso y dependencia es poco clara y además innecesaria (Jaffe y Anthony, 2005) porque no afecta a las decisiones clínicas en relación con la abstinencia o la desintoxicación. Por esta razón, muchos autores utilizan los términos abuso de sustancias y dependencia de sustancias o química como sinónimos. En este capítulo, se utiliza el término consumo de sustancias para incluir tanto abuso como dependencia; no es la intención referirse a los usuarios ocasionales o que consumen una sola vez.

## INICIO Y CURSO CLÍNICO

Gran parte de las investigaciones sobre el consumo de sustancias se han centrado en el alcohol porque es legal y es además la droga más consumida, motivo por el cual sus efectos se conocen mejor. El pronóstico del consumo de alcohol no está nada claro, dado que se estudia sólo a quienes solicitan tratamiento.

El curso clínico del consumo de alcohol suele comenzar con el primer episodio de intoxicación, generalmente entre los 15 y los 17 años (Schuckit, 2005), y los primeros problemas con el alcohol, generalmente de naturaleza leve, se observan al final de la adolescencia. Estos episodios no difieren mucho de los que presentan las personas adultas que con el paso del tiempo no desarrollan alcoholismo (adicción al alcohol o dependencia del alcohol). Entre los 25 y los 35 años de edad comienza a emerger un espectro de problemas más graves en el caso de las personas que terminarán siendo alcohólicas, como la ruptura de una relación importante por culpa del alcohol, las detenciones por ebriedad y escándalo público, las multas y juicios por conducir bajo los efectos del alcohol, los síntomas de abstinencia alcohólica, los primeros problemas de salud física provocados por el alcohol y las dificultades en el ámbito laboral. Es durante estos años cuando el individuo sufre su primer episodio de **laguna mental (amnesia alcohólica)**, durante el cual la persona continúa comportándose de forma aparentemente normal, pero sin consciencia alguna de su conducta y sin ser capaz de recordar después lo que ha hecho.

A medida que se continúa bebiendo, en muchos casos aparece la **tolerancia** al alcohol; es decir, la persona necesita una cantidad cada vez mayor de alcohol para experimentar los mismos efectos. Después de algún tiempo de ingestas repetidas y cuantiosas, se produce la **tolerancia inversa**, y aparece el fenómeno contrario: el sujeto se embriaga con una cantidad de alcohol muy pequeña.

La fase tardía del alcoholismo, cuando el funcionamiento del individuo ya está afectado de forma irreversible, en muchos casos se caracteriza por episodios de abstinencia o de ingesta controlada. La abstinencia suele producirse después de que el individuo ha tenido algún problema grave de tipo laboral, legal, social o interpersonal, y es posible que se imponga a sí mismo una serie de normas para controlar la ingesta de

alcohol, como beber sólo a determinadas horas o beber sólo cerveza. Se inicia así un período de ingesta controlada, que es sustituido rápidamente por un período de escalada de la ingesta de alcohol, que da lugar a más problemas y a crisis cada vez más graves. Este ciclo se repite continuamente (Schuckit, 2005).

En muchas personas, el consumo de sustancias es un trastorno mental crónico que se caracteriza por remisiones y recaídas, y, cuando se produce una recaída, el individuo suele volver al nivel de consumo anterior (Jaffe y Anthony, 2005). Las tasas más elevadas de tratamiento eficaz se observan en las personas que consiguen abstenerse de consumir la sustancia al menos durante un tiempo, que están muy motivadas para dejar de consumir y que tienen antecedentes de éxito en algún ámbito de la vida (es decir, personas que ha tenido experiencias satisfactorias de afrontamiento de los problemas o algún éxito en el ámbito laboral, en las relaciones personales, etc.). Se calcula que entre el 60% y el 70% de las personas en tratamiento por alcoholismo permanecen sobrias al cabo de 1 año de terminarlo (Schuckit, 2005), pero es posible que esta estimación sea demasiado optimista (y engañosa) si tenemos en cuenta que la mayor parte de las recaídas tienen lugar durante el segundo año después del tratamiento.

Existen datos que demuestran que algunas personas con problemas derivados del consumo de alcohol son capaces de modificar sus hábitos, e incluso de dejar de beber sin ayuda y sin ningún tipo de tratamiento. Este fenómeno se denomina **remisión espontánea** (Bischof, Rumpf, Meyer, Hapke y John, 2007). Muchas veces la abstinencia se produce como consecuencia de una crisis vital o de la promesa que se ha hecho a una persona muy querida, y se logra gracias a que la persona ha sido capaz de implicarse en nuevas actividades que le han resultado gratificantes, así como gracias a las relaciones con la familia y los amigos y la evitación, no sólo del alcohol, sino también de las relaciones con amigos bebedores y de la participación en reuniones sociales en las que abunda la bebida. La remisión espontánea se observa en el 20% de los alcohólicos, aunque es sumamente improbable que las personas que se encuentran en la última etapa del curso clínico del alcoholismo sean capaces de recuperarse por sí mismas sin tratamiento (Schuckit, 2005).

Los malos resultados del tratamiento están asociados con los siguientes factores: edad de inicio temprana, períodos prolongados de consumo y coexistencia de otro trastorno mental severo. Con el consumo prolongado aumenta el riesgo de deterioro mental y físico y de contraer enfermedades infecciosas como la infección por el VIH y el sida, la hepatitis y la tuberculosis, especialmente en el caso de los toxicómanos y adictos que consumen droga por vía intravenosa. Además, los alcohólicos y los adictos a otras drogas tienen una tasa de suicidio un 20% mayor que la de la población general.

## **TRASTORNOS RELACIONADOS**

Los trastornos inducidos por sustancias, como la ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y la demencia, se tratan en los capítulos correspondientes. En el capítulo 21, por ejemplo, se explica en detalle el delirium que acompaña al síndrome de abstinencia de alcohol grave. Hacia el final de este capítulo se presenta el plan de tratamiento para los

pacientes con trastornos por abuso de sustancias. En este mismo capítulo se exponen los problemas que tienen que afrontar los adultos que han crecido en una familia en la que uno de los progenitores era alcohólico, así como las necesidades especiales que presentan los pacientes con un diagnóstico dual de abuso de sustancias, por un lado, y de otro trastorno mental severo, por otro.

## ETIOLOGÍA

No se conocen con precisión las causas del consumo de sustancias, la dependencia o la adicción. Actualmente se considera que hay diversos factores que contribuyen a la aparición de estos trastornos relacionados con sustancias (Jaffe y Anthony, 2005). La mayor parte de la investigación sobre los factores biológicos y genéticos se ha centrado en el alcoholismo, pero en los estudios psicológicos, sociales y del entorno se han investigado también otras drogas.

### Factores biológicos

Los hijos de padres alcohólicos tienen un riesgo más elevado de desarrollar alcoholismo y dependencia a otras drogas que los hijos de padres no alcohólicos, y también de ser adictos a otras drogas. Este aumento del riesgo es, en parte, consecuencia de factores del entorno, pero también sugiere que los factores genéticos desempeñan un papel importante. Se han llevado a cabo varios estudios en gemelos que han demostrado un índice de concordancia elevado (cuando uno de los gemelos es alcohólico, el otro tiene un riesgo más elevado), y esta concordancia es más elevada entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos. Los estudios sobre adopción han demostrado la existencia de una proporción más elevada de alcohólicos entre las personas cuyos padres biológicos eran alcohólicos comparados con las personas cuyos padres biológicos no lo eran. Todos estos hallazgos han llevado a los investigadores a considerar que en el alcoholismo existe una vulnerabilidad genética que más tarde se agrava por la influencia de diversos factores sociales y del entorno (Jaffe y Anthony, 2005). Schuckit (2009) señala que aproximadamente el 50% del alcoholismo es atribuible a la genética y el resto a las influencias del entorno.

Los principales estudios sobre la influencia de factores neuroquímicos que intervienen en los patrones de consumo de sustancias se han realizado en animales (Jaffe y Anthony, 2005). La administración de sustancias que alteran el estado de ánimo produce una estimulación de las vías dopaminérgicas del sistema límbico, lo que a su vez, da lugar a sensaciones agradables o a un «subidón» placentero, que actúa como un refuerzo positivo. Al distribuirse la sustancia por todo el encéfalo, se produce un desequilibrio de los neurotransmisores que regulan el placer, el dolor y la gratificación. Los investigadores consideran que algunas personas tienen una alarma interna que les sirve para poner un límite a la cantidad de alcohol que consumen en una o dos copas, de manera que se sienten bien, pero no siguen bebiendo. Sin embargo, algunas personas no disponen de este mecanismo de señalización interna, por lo que experimentan el «subidón» inicial agradable, pero siguen bebiendo hasta que, debido a la intoxicación producida por el

alcohol, experimentan una acusada depresión del sistema nervioso central.

### **Factores psicológicos**

Además de los factores genéticos, se cree que la dinámica familiar también tiene que ver con la etiología del alcoholismo. Así, se sabe que los hijos de los alcohólicos tienen cuatro veces más probabilidades que la población general de ser alcohólicos ellos también (Schuckit, 2005). Algunos teóricos consideran que cuando el comportamiento de los padres es incoherente, son malos modelos a imitar y no proporcionan a sus hijos unas pautas correctas de conducta están preparando el camino para que en el futuro sus hijos adopten el mismo estilo de afrontamiento defectuoso, las mismas relaciones tormentosas y, finalmente, el consumo de sustancias. Según otra hipótesis, los niños que crecen en un entorno familiar desestructurado, conflictivo o dañino tienen un riesgo más elevado de consumir drogas en la edad adulta porque carecen de la capacidad de establecer relaciones interpersonales gratificantes y de afrontar los problemas de forma constructiva y eficaz (NIAAA, 2007a).

Algunas personas utilizan el alcohol como mecanismo de afrontamiento para aliviar el estrés y las tensiones, aumentar su sensación de poder y disminuir el dolor psicológico. Sin embargo, en realidad las grandes dosis de alcohol producen un aumento de la tensión muscular y del nerviosismo (Schuckit, 2005).

### **Factores sociales y del entorno**

Las costumbres y tradiciones culturales, las actitudes sociales, el comportamiento de los iguales, las leyes, el coste económico y la facilidad de acceso son factores que influyen en el uso inicial de sustancias y en la continuación del consumo (Jaffe y Anthony, 2005). Por lo general, cuando los más jóvenes comienzan a experimentar, lo hacen con las sustancias que comportan menor desaprobación social, como el alcohol y el cannabis, mientras que los adultos consumen cocaína y opiáceos, más caros y peor considerados socialmente. El consumo de alcohol aumenta cuando es fácil conseguirlo y disminuye cuando el acceso es más complicado, generalmente encarecido por los impuestos especiales que gravan el consumo de bebidas alcohólicas. Aunque el cannabis es una droga ilegal, muchos consideran que su consumo no es tan perjudicial como el de otras drogas. Algunos incluso son partidarios de legalizarlo para fines sociales. En las zonas de las grandes ciudades en las que es más fácil conseguir cocaína y opiáceos, las tasas de delincuencia son más elevadas, hay más paro y los colegios e institutos de enseñanza media tienen un peor nivel, todo lo cual contribuye a que aumente el consumo de estas drogas y a que las tasas de tratamientos eficaces y de rehabilitación sean más bajas. Todos éstos son ejemplos de la forma en la que los factores del entorno y los hábitos sociales influyen en el consumo de drogas.

### **ASPECTOS CULTURALES**

Las actitudes hacia el consumo de sustancias, los patrones de consumo y las diferencias fisiológicas en la respuesta a cada tipo de sustancia varían en cada cultura. Los

musulmanes no beben alcohol; sin embargo, en los ritos religiosos judíos el vino es un ingrediente esencial. En las ceremonias religiosas de algunas tribus aborígenes de Estados Unidos se utiliza el peyote, que es una droga alucinógena. Por tanto, es importante tener en cuenta estos factores culturales cuando se valora a un paciente que presenta problemas de abuso de sustancias.

Determinados grupos étnicos presentan ciertas características genéticas que les predisponen al alcoholismo o que les protegen de él. Por ejemplo, la rubefacción, es decir el enrojecimiento de la cara y del cuello producido por un aumento de la circulación sanguínea, está asociado con variaciones en los genes de una enzima que participa en el metabolismo del alcohol. Cantidades muy pequeñas de alcohol pueden provocar rubefacción, que suele acompañarse de cefalea y náuseas. Esta reacción es más frecuente entre las personas de ascendencia asiática ([Wakabayashi y Masuda, 2006](#)).

Otras diferencias genéticas relacionadas con el grupo étnico afectan a otras enzimas que participan en el metabolismo del alcohol por el hígado. Se han encontrado variaciones en la estructura y en los niveles de actividad de estas enzimas entre los asiáticos, los estadounidenses de origen africano (afroamericanos) y algunas personas de origen europeo. Una enzima que poseen las personas de ascendencia japonesa se ha relacionado con una eliminación más rápida del alcohol por el organismo. Se están estudiando otras variaciones enzimáticas con el fin de determinar su efecto sobre el metabolismo del alcohol en las diferentes poblaciones ([National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2007b](#)).

Las cifras varían según la tribu, pero el abuso de alcohol desempeña un papel importante en las cinco causas principales de muerte entre los pueblos aborígenes de Estados Unidos y entre los nativos de Alaska: los accidentes de tráfico, el alcoholismo, la cirrosis, los suicidios y los homicidios. Se calcula que en las tribus en las que las tasas de alcoholismo son más elevadas, el 75% de los accidentes se relacionan con el consumo de alcohol ([National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2007b](#)). Los nativos de Alaska tienen una probabilidad siete veces mayor que la de la población general de morir por una causa relacionada con el consumo de alcohol ([Malcolm, Hesselbrock y Segal, 2006](#)).

En Japón el consumo de alcohol se ha cuadruplicado desde 1960. Los japoneses no consideran que el alcohol sea una droga y no existe en ese país ninguna norma religiosa que prohíba su consumo. El consumo excesivo de alcohol se considera algo normal en las fiestas, en los negocios y en los hogares, y son muy pocos los japoneses que buscan ayuda profesional debido a la adicción al alcohol. Japón ocupa el sexto lugar en la lista de los principales países consumidores de cerveza del mundo, por detrás de China, Estados Unidos, Alemania, Brasil y Rusia ([Kitanaka, 2007](#)). En la población masculina de Rusia se observan tasas muy elevadas de alcoholismo, tabaquismo, suicidio, accidentes, violencia y enfermedades cardiovasculares. La esperanza de vida de los hombres rusos es de 60,5 años, mientras que la de las mujeres es de 74. Estas cifras son muy similares en toda la antigua Unión Soviética ([Grogan, 2006](#)).

## TIPOS DE SUSTANCIAS Y TRATAMIENTO

Las diversas clases de sustancias que alteran el estado de ánimo tienen algunas similitudes, pero también diferencias, en lo que se refiere al efecto que busca el consumidor, a los mecanismos de la intoxicación y a los signos y síntomas del síndrome de abstinencia. No obstante, las modalidades de tratamiento que se utilizan una vez que se ha conseguido la desintoxicación son muy similares. En este apartado, presentamos un resumen de las siete clases principales de sustancias con potencial adictivo, junto con los efectos de la intoxicación, los signos y síntomas de la sobredosis y del síndrome de abstinencia y la forma de desintoxicación y de deshabituación. Se hace hincapié en todos los elementos importantes que debe conocer el personal de enfermería.

### Alcohol

#### *Intoxicación y sobredosis*

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central que llega al encéfalo a través del torrente sanguíneo y se absorbe con rapidez. Al principio, produce relajación y desinhibición. Los efectos de la intoxicación por alcohol son: habla balbuceante, marcha inestable, falta de coordinación y alteración de la atención, la concentración, la memoria y el raciocinio. Cuando están intoxicadas, algunas personas se vuelven agresivas o muestran una conducta sexual inapropiada. A veces la intoxicación produce laguna mental.

La sobredosis de alcohol o una ingesta excesiva dentro de un período breve produce vómitos, depresión respiratoria y pérdida de consciencia. Esto, a su vez, puede provocar neumonía por aspiración u obstrucción pulmonar. La hipotensión arterial inducida por el alcohol puede producir shock cardiovascular y muerte súbita. La sobredosis de alcohol se trata igual que la de cualquier otro depresor del sistema nervioso central: lavado de estómago o diálisis para eliminar la droga y medidas de apoyo a las funciones respiratoria y cardiovascular en la unidad de cuidados intensivos. La administración de estimulantes del sistema nervioso central está contraindicada (Lehne, 2006). En el cuadro 17-1 se presentan los efectos fisiológicos del consumo de alcohol a largo plazo y de la intoxicación aguda repetida.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR:

### Principales síntomas del abuso de sustancias

- Negación de la existencia de un problema.
- Minimización de las cantidades consumidas.
- Racionalización.
- Culpabilización de los otros.
- Ansiedad.
- Irritabilidad.
- Impulsividad.
- Sentimientos de culpa y tristeza o de ira y rencor.
- Alteración del sentido de la realidad.



- Capacidad de introspección limitada.
- Baja autoestima.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Dificultad para expresar sentimientos verdaderos.
- Alteración del desempeño de la función.
- Relaciones interpersonales tensas.
- Problemas fisiológicos, tales como trastornos del sueño y alimentación inadecuada.

Adaptado del *DSM-IV-TR* (2000).

### Cuadro 17-1. Efectos fisiológicos a largo plazo del consumo de alcohol

- Miocardiopatía.
- Encefalopatía de Wernicke.
- Psicosis de Korsakoff.
- Pancreatitis.
- Esofagitis.
- Hepatitis.
- Cirrosis.
- Leucocitopenia.
- Trombocitopenia.
- Ascitis.

### *Síndrome de abstinencia y desintoxicación*

Los signos y síntomas de abstinencia suelen presentarse entre 4 h y 12 h después de la interrupción brusca del consumo de alcohol. Los signos y síntomas son: temblor muy acusado de las manos, sudores, pulso y presión arterial elevados, insomnio, ansiedad y náuseas o vómitos. El síndrome de abstinencia grave o no tratado puede progresar a alucinaciones, crisis convulsivas o delirium (denominado delirium tremens). Por lo general, alcanza su máxima intensidad el segundo día y termina alrededor del quinto ([American Psychiatric Association \[APA\], 2000](#)), si bien en muchos casos estas fechas varían y el síndrome se prolonga durante 1 o 2 semanas.

Dado que el síndrome de abstinencia de alcohol puede causar la muerte del paciente, la desintoxicación siempre debe realizarse bajo supervisión médica. Si los signos y síntomas son leves y el paciente puede abstenerse de ingerir alcohol, el tratamiento puede realizarse en casa sin ningún peligro. En los casos en los que el síndrome de abstinencia es más grave o en los que el paciente no puede abstenerse de beber, suele procederse a la hospitalización breve, de entre 3 y 5 días. Algunas unidades psiquiátricas aceptan pacientes para el tratamiento del síndrome de abstinencia, aunque no es lo habitual.

Para el tratamiento del síndrome de abstinencia se utilizan las benzodiazepinas, como el lorazepam, el clordiazepóxido y el diazepam para contrarrestar los síntomas. Estos psicofármacos se administran mediante una dosificación programada que se conoce como disminución progresiva de una dosis fija, o bien se utiliza la posología que

determinen los síntomas, y la presencia y gravedad de los signos y síntomas de la abstinencia son los que determinan la cantidad de medicación necesaria y la frecuencia de su administración. Muchas veces el protocolo se aplica en función de un instrumento de evaluación, como la *Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised* (cuadro 17-2). Una puntuación total inferior a 8 indica que el síndrome de abstinencia es leve, una puntuación total de entre 8 y 15 indican que el síndrome es de naturaleza moderada, y una puntuación de más de 15 indica que el síndrome es grave. Los pacientes en los que la posología se ha establecido en función de la gravedad de los síntomas reciben la medicación de acuerdo sólo con la puntuación que se ha obtenido en esta escala, mientras que a los pacientes tratados mediante el sistema de disminución progresiva de una dosis fija reciben la dosis que corresponda según el plan preestablecido, pero puede administrárseles una dosis adicional según la puntuación obtenida en la escala. Ambos procedimientos han demostrado ser igualmente seguros y eficaces.



### CASO CLÍNICO: SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE ALCOHOL

**John, de 62 años,** ingresa en el hospital a las cinco de la mañana para someterse a una intervención quirúrgica programada para la colocación de una prótesis de rodilla. La intervención y la anestesia se realizan sin problemas. El paciente se recupera de la operación en la sala de reanimación postoperatoria después de 3 h de la cirugía. Su presión arterial es de 124/82 mm Hg, la temperatura corporal, de 37 °C, la frecuencia del pulso, de 76, y la frecuencia respiratoria, de 16. John está perfectamente consciente, orientado y responde bien a las preguntas, así que se le traslada a una habitación del servicio de traumatología y cirugía ortopédica.

Hacia las diez de la noche, el personal de enfermería observa que está agitado y sudoroso. No para de gritar: «¡Tengo que salir de aquí!». Su presión arterial es de 164/98 mm Hg, la frecuencia del pulso de 98 y la frecuencia respiratoria de 28. El vendaje quirúrgico está seco e intacto, y el paciente no refiere dolor. Una de las enfermeras lleva aparte a la esposa de John y le pregunta sobre los hábitos de consumo de alcohol de su marido. La mujer dice que John bebe tres o cuatro copas todas las tardes cuando sale del trabajo, y que durante la cena, siempre toma vino o cerveza. John no le había dicho nada al médico antes de la operación sobre sus hábitos de consumo de alcohol, y la mujer le dice a la enfermera que no había dicho nada al respecto porque nadie le había preguntado y pensaba que no tenía importancia.

## Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos

### *Intoxicación y sobredosis*

Esta clase de psicofármacos con potencial adictivo comprende los depresores del sistema nervioso central: barbitúricos, hipnóticos no barbitúricos y ansiolíticos, especialmente las benzodiazepinas. Las benzodiazepinas y los barbitúricos son los psicofármacos de abuso más frecuente de esta clase farmacológica (Ciraulo y Sarid-Segal, 2005). La intensidad del efecto depende del medicamento concreto. Los efectos y los síntomas de la intoxicación y del síndrome de abstinencia son similares a los del alcohol. A las dosis

prescritas habitualmente reducen la ansiedad y provocan somnolencia, y éstos son precisamente los efectos terapéuticos por los que se prescriben. Los signos y síntomas de la intoxicación son: habla balbuceante, falta de coordinación, marcha inestable, labilidad del estado de ánimo, alteración de la atención, la concentración y la memoria, e incluso estupor y coma.

### Cuadro 17-2. *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised*

NÁUSEAS Y VÓMITOS. Pregunte: «¿Tiene náuseas? ¿Ha vomitado?». Observación del paciente

0 ni náuseas ni vómitos

1 náuseas leves sin vómitos

2

3

4 náuseas intermitentes con arcadas secas

5

6

7 náuseas constantes, arcadas secas frecuentes y vómitos

TEMBLORES. Brazos extendidos y dedos separados. Observación del paciente

0 no hay temblores

1 los temblores no son visibles, pero pueden sentirse si se tocan las puntas de los dedos

2

3

4 temblores moderados, con los brazos del paciente extendidos

5

6

7 temblores fuertes, con sacudidas

SUDORACIÓN PAROXÍSTICA. Observación del paciente

0 no hay sudoración perceptible

1 sudor apenas perceptible, palmas de las manos húmedas

2

3

4 se perciben gotitas de sudor en la frente

5

6

7 sudoración excesiva

ANSIEDAD. Pregunte al paciente: «¿Está nervioso?». Observación del paciente

0 no hay ansiedad, está tranquilo

1 ansiedad leve

2

3

4 ansiedad moderada o inquietud

5

6

7 pánico, equivalente al que se observa en el delirium grave o en las reacciones psicóticas agudas

AGITACIÓN. Observación del paciente

0 actividad normal

1 algo más inquieto que en la actividad normal

2

3

4 inquietud moderada

5

6

7 anda de un lado para otro sin parar durante la mayor parte del tiempo que dura la evaluación o se muestra agitado todo el tiempo

ALTERACIONES DE LA SENSIBILIDAD. Pregunte al paciente: «¿Siente picores, sensación de hormigueo, de escozor o de adormecimiento, o siente como si hubiese bichos que caminan debajo de la piel o sobre ella?» Observación del paciente

0 nada

1 picores, hormigueos, escozor o adormecimiento muy leves

2 picores, hormigueos, escozor o adormecimiento leves

3 picores, hormigueos, escozor o adormecimiento moderados

4 alucinaciones táctiles moderadamente intensas

5 alucinaciones táctiles intensas

6 alucinaciones táctiles extremadamente intensas

7 alucinaciones táctiles constantes

ALTERACIONES AUDITIVAS. Pregunte al paciente: «¿Es más consciente de los sonidos que le rodean? ¿Son sonidos desagradables? ¿Le asustan? ¿Oye algo que le preocupe o le ponga nervioso? ¿Oye cosas que sabe que no están ahí?» Observación del paciente

0 no hay sonidos

1 los sonidos son poco desagradables y no llegan a asustar al paciente

2 los sonidos son algo desagradables o asustan un poco al paciente

3 los sonidos son moderadamente desagradables o asustan moderadamente al paciente

4 alucinaciones auditivas moderadamente intensas

5 alucinaciones auditivas intensas

6 alucinaciones auditivas extremadamente intensas

7 alucinaciones auditivas constantes

ALTERACIONES VISUALES. Pregunte al paciente: «¿Le parece la luz demasiado brillante? ¿Tiene un color diferente al normal? ¿Le hace daño en los ojos? ¿Ve usted algo que le preocupe o le ponga nervioso? ¿Ve cosas que usted sabe que no están ahí?» Observación del paciente.

0 no

1 sensibilidad excesiva a la luz muy leve

2 sensibilidad excesiva a la luz leve

3 sensibilidad excesiva a la luz moderada

4 alucinaciones visuales moderadamente intensas

5 alucinaciones visuales intensas

6 alucinaciones visuales extremadamente intensas

7 alucinaciones visuales constantes

CEFALEA, SENSACIÓN DE PESADEZ EN LA CABEZA. Pregunte al paciente: «¿Siente algo en la cabeza? ¿Siente como si tuviera una banda apretada alrededor de la cabeza?» No puntúe los mareos, el vértigo ni la sensación de que se va la cabeza. De las otras sensaciones, puntúe sólo la intensidad. Observación del paciente

0 no

1 muy leve

2 leve

3 moderada

4 moderadamente intensa

5 intensa

6 muy intensa

7 extremadamente intensa

ORIENTACIÓN Y NIVEL DE CONSCIENCIA. Pregunte al paciente: «¿Qué día es hoy? ¿Dónde está usted? ¿Quién soy yo?» Observación del paciente

0 orientado y capaz de hacer sumas sucesivas

1 no es capaz de hacer sumas sucesivas o no está seguro de qué día es hoy

2 desorientado en cuanto a la fecha en no más de dos días seguidos

3 desorientado en cuanto a la fecha en más de dos días seguidos

4 desorientado en cuanto al lugar y/o a las personas Puntuación total máxima posible: 67

Una puntuación total inferior a 10 generalmente indica que no es necesario aumentar la dosis de la medicación para tratar el síndrome de abstinencia.

La sobredosis de benzodiazepinas solas y tomadas por la vía oral no suele ser mortal, pero provoca letargo y confusión. El tratamiento consiste en lavado de estómago seguido de la administración de carbón activado y de un purgante salino. Si los síntomas son graves, se puede recurrir a la diálisis (Lehne, 2006). La confusión y el letargo mejoran a medida que el organismo va eliminando el fármaco.

Por el contrario, la sobredosis de barbitúricos puede ser mortal. Puede provocar coma, parada cardiorrespiratoria y muerte. Hay que ingresar al paciente en la unidad de cuidados intensivos y proceder al lavado de estómago o la diálisis para eliminar el fármaco del organismo e iniciar medidas de apoyo de las funciones respiratoria y cardiovascular.

### *Síndrome de abstinencia y desintoxicación*

El comienzo del síndrome de abstinencia depende de la semivida del fármaco (v. cap. 2). Los medicamentos como el lorazepam, cuya acción suele durar unas 10 h, causan síntomas de abstinencia a las 6-8 h. Debido a su acción más prolongada, es muy probable que el diazepam no provoque síntomas de abstinencia hasta 1 semana después (APA, 2000). El síndrome de abstinencia se caracteriza por síntomas opuestos a los efectos terapéuticos del fármaco; es decir, hiperactividad del sistema nervioso autónomo (aumento de la frecuencia del pulso, de la presión arterial, de la frecuencia respiratoria y de la temperatura corporal), temblores de las manos, insomnio, ansiedad, náuseas y agitación psicomotriz. Las convulsiones y las alucinaciones son infrecuentes, y sólo aparecen en los casos más graves de síndrome de abstinencia de benzodiazepinas (Ciraulo y Sarid-Segal, 2005).

La desintoxicación de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos se lleva a cabo mediante una reducción gradual durante un período de días o semanas de la dosis que el paciente estaba tomando. La **reducción gradual**, es decir, la administración de una dosis cada vez menor del fármaco, es esencial en el caso de los barbitúricos para evitar el coma y la muerte que sobrevienen al detener bruscamente su administración. Por ejemplo, cuando se disminuye progresivamente la dosificación de una benzodiazepina, suelen

administrarse al paciente 10 mg de diazepam cuatro veces al día, luego la dosis se va reduciendo progresivamente cada 3 días y se reduce también el número de administraciones al día hasta que el paciente puede abstenerse de tomar la benzodiazepina de la que tenía dependencia sin que aparezca el síndrome de abstinencia.

### **Estimulantes (anfetaminas, cocaína)**

Los **estimulantes**, como su propio nombre indica, son drogas y psicofármacos que producen la estimulación o excitación del sistema nervioso central. Si bien en el DSM-IV-TR se clasifican por separado las anfetaminas, la cocaína y otros estimulantes del sistema nervioso central, sus efectos y los signos y síntomas de la intoxicación y del síndrome de abstinencia son prácticamente idénticos, motivo por el que se tratan en este apartado.

Los estimulantes del sistema nervioso central se utilizan muy poco en la práctica clínica, con la excepción de las anfetaminas, que se emplean para tratar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (v. [cap. 20](#)); sin embargo, tienen un alto riesgo de abuso potencial. Hasta hace poco, las anfetaminas, que tienen un efecto euforizante, eran muy populares entre la población. Las utilizaban las personas que querían adelgazar y también las que querían mantenerse despiertas para concentrarse en el trabajo o los estudios. La cocaína es una droga ilegal que prácticamente no tiene ningún uso médico. Es sumamente adictiva y muy utilizada en reuniones de amigos, fiestas y discotecas debido a la intensa e inmediata sensación de euforia que produce.

Dentro de este grupo, la metanfetamina resulta especialmente peligrosa. Es enormemente adictiva y provoca conductas psicóticas. Su consumo suele provocar daños cerebrales, principalmente debidos a las sustancias con las que se mezcla (fertilizantes agrícolas en forma líquida). Entre 2000 y 2005, el porcentaje de personas ingresadas en hospitales por adicción a la metanfetamina aumentó en 49 de los 50 estados en Estados Unidos. El consumo parece haber alcanzado su nivel máximo y ha disminuido en los últimos años ([Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009](#)).

### ***Intoxicación y sobredosis***

La intoxicación por estimulantes se desarrolla rápidamente, y produce sensación de euforia, hiperactividad, hipervigilancia, locuacidad, ansiedad, megalomanía, alucinaciones, conductas estereotipadas o repetitivas, irritabilidad, agresividad y alteración del sentido de la realidad. Los síntomas fisiológicos son taquicardia, hipertensión arterial, dilatación de las pupilas, sudoración o escalofríos, náuseas, dolor torácico, confusión y arritmia cardíaca. Las sobredosis pueden provocar convulsiones, coma y, muy rara vez, la muerte ([Jaffe, Ling y Rawson, 2005](#)). El tratamiento con clorpromazina hace desaparecer las alucinaciones, hace descender la presión arterial y alivia las náuseas ([Lehne, 2006](#)).

### ***Síndrome de abstinencia y desintoxicación***

El síndrome de abstinencia de los estimulantes puede presentarse a las pocas horas o hasta varios días después de interrumpir el consumo. No conlleva peligro de muerte. Cursa con disforia muy intensa, cansancio, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito y lentitud o agitación psicomotora. Los consumidores



se refieren al síndrome de abstinencia con el término «bajón» porque la disforia produce síntomas depresivos durante varios días, que a veces se acompañan de ideación suicida. El síndrome de abstinencia de estimulantes del sistema nervioso central no se trata con fármacos.

## **Cannabis (marihuana)**

*Cannabis sativa* es una planta denominada también cáñamo indio que se cultiva en muchas partes del mundo. Las fibras de esta planta se utilizan para fabricar sogas y telas, y de las semillas se obtiene aceite. Su popularidad se debe a que contiene una resina psicoactiva (Hall y Degenhardt, 2005) que, a su vez, contiene más de 60 sustancias llamadas cannabinoides, de las cuales el  $\delta 9$ -tetrahidrocannabinol ( $\delta 9$ -THC) parece ser el responsable de la mayoría de los efectos psicoactivos. El término marihuana se refiere a las hojas superiores, los cogollos y los tallos de la planta, mientras que el hachís es el exudado resinoso seco que se extrae de las hojas de la planta hembra. El cannabis se fuma en cigarrillos («porros»), pero también se come.

Es la droga ilegal más consumida en Estados Unidos. Los investigadores han observado que el cannabis posee el efecto a corto plazo de disminuir la presión intraocular, pero no ha sido autorizado para su uso en el tratamiento del glaucoma. También se ha estudiado su uso para la reducción de las náuseas y los vómitos que provoca la quimioterapia en el tratamiento del cáncer, así como para el tratamiento de la anorexia y el adelgazamiento de los pacientes con sida. Actualmente dos cannabinoides están autorizados para uso médico: el dronabinol y la nabilona, que se utilizan para el tratamiento de las náuseas y los vómitos producidos por los antineoplásicos.

### ***Intoxicación y sobredosis***

El cannabis comienza a actuar menos de 1 min después de la inhalación del humo de cigarrillo o «porro». El efecto máximo se alcanza generalmente a los 20-30 min y dura un mínimo de entre 2 h y 3 h. Los consumidores refieren un efecto de «subidón» similar al del alcohol, así como desinhibición, relajación, euforia y aumento del apetito. Los signos y síntomas típicos de la intoxicación son: alteración de la coordinación motora, risa «tonta», alteración del sentido de realidad y de la memoria a corto plazo, distorsión del tiempo y la percepción. Algunos consumidores experimentan ansiedad, disforia y retraimiento social. Además del aumento del apetito, sus efectos fisiológicos son inyección conjuntival (enrojecimiento de los ojos), sequedad de boca, hipotensión arterial y taquicardia. El consumo excesivo puede provocar delirium y, muy rara vez, un trastorno psicótico. En ambos casos, el tratamiento es sintomático. El cannabis no produce sobredosis (Hall y Degenhardt, 2005).

### ***Síndrome de abstinencia y desintoxicación***

Si bien algunos consumidores refieren síntomas de abstinencia (dolor muscular, sudoración, ansiedad y temblores), no se ha identificado ningún caso de síndrome de abstinencia clínicamente relevante (Lehne, 2006).

## **Opiáceos**

Los **opiáceos** son drogas de abuso muy populares porque sensibilizan al consumidor respecto al dolor físico como psicológico y producen sensación de euforia y bienestar. Los compuestos opiáceos comprenden tanto potentes fármacos analgésicos (analgésicos opioides), como la morfina, la petidina, la codeína, la hidromorfona, la oxiconona, la metadona, la oximorfona, la hidrocodona y el propoxifeno, como drogas, como la heroína y la normetadona. Los consumidores de opiáceos emplean gran cantidad de su tiempo en intentar conseguir la droga, y muchas veces delinquen para poder adquirirla. Los profesionales sanitarios adictos a los opiáceos se los recetan a sí mismos o desvían hacia ellos mismos las prescripciones de analgésicos destinadas a sus pacientes (APA, 2000).

### ***Intoxicación y sobredosis***

La primera sensación que producen los opiáceos poco después de su administración es la euforia. También causan apatía, letargo, desgana, alteración del sentido de la realidad, lentitud o agitación psicomotora, constricción pupilar, somnolencia, habla balbuceante y alteraciones de la atención y de la memoria. La intoxicación grave o la sobredosis de opiáceos puede provocar coma, depresión respiratoria, constricción pupilar intensa, pérdida de la consciencia y muerte. La intoxicación y la sobredosis se tratan con naloxona, un antagonista de los opiáceos que revierte todos los signos y síntomas de la toxicidad inducidos por estos fármacos y drogas. La naloxona se administra cada pocas horas hasta que la concentración sanguínea del opiáceo desciende hasta una cifra no tóxica, un proceso que puede durar varios días (Lehne, 2006).

### ***Síndrome de abstinencia y desintoxicación***

El síndrome de abstinencia aparece cuando se interrumpe el consumo de la droga o fármaco o se disminuye drásticamente la dosis habitual. También puede causarlo la administración de un antagonista de los opiáceos. Los síntomas iniciales son ansiedad, inquietud, dolor de espalda y de piernas e impulso irresistible (*craving*) de más opiáceos (Jaffe y Strain, 2005). Más adelante se inicia un cuadro más grave (náuseas, vómitos, disforia, lagrimeo, rinorrea, sudoración, bostezos, fiebre e insomnio). El síndrome de abstinencia de opiáceos es muy desagradable, pero no se requiere ningún tipo de tratamiento farmacológico para apoyar las funciones vitales o evitar la muerte del paciente. Las drogas de acción corta, como la heroína, provocan síntomas de abstinencia entre 6 h y 24 h después de haber cesado el consumo habitual, y los síntomas alcanzan su máxima intensidad entre 2 y 3 días después, y a continuación, van remitiendo poco a poco durante 5-7 días. Las drogas de acción más prolongada, como la metadona, pueden no provocar síntomas de abstinencia importantes durante los primeros 2-4 días y pueden tardar en remitir hasta 2 semanas. Como sustituto del opiáceo del que el paciente tiene dependencia se puede utilizar la metadona, lo que permite ir reduciendo progresivamente la dosis del opiáceo durante 2 semanas. La sustitución con metadona permite reducir la intensidad de los síntomas de abstinencia hasta hacerlos similares a los de una gripe normal (Lehne, 2006). Algunos de estos síntomas, como la ansiedad, el insomnio, la disforia, la anhedonia y el impulso irresistible de consumir la droga o el fármaco, pueden durar semanas o meses.

## Alucinógenos

Los **alucinógenos** son sustancias químicas que distorsionan la percepción de la realidad y causan síntomas similares a los de la psicosis, como alucinaciones (generalmente visuales) y despersonalización. Además provocan el aumento de la frecuencia del pulso, de la presión arterial y de la temperatura corporal, dilatan las pupilas y causan hiperreflexia. Los alucinógenos más conocidos son la mescalina, la psilocibina, la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), el peyote y las denominadas «drogas de diseño», como por ejemplo el éxtasis. En este apartado se incluye también la fenciclidina (PCP), que se creó para uso anestésico, pero su mecanismo de acción es semejante al de los alucinógenos.

### *Intoxicación y sobredosis*

La intoxicación por alucinógenos se caracteriza por la presencia de cambios conductuales o psicológicos que dan lugar a la inadaptación del sujeto: ansiedad, depresión, ideas paranoides, ideas de referencia, miedo a perder el juicio y conductas peligrosas, como saltar por una ventana, cuando el consumidor, como consecuencia del efecto de la droga, cree que puede volar (Jones, 2005). Los síntomas fisiológicos de la intoxicación son sudoración, taquicardia, palpitaciones, visión borrosa, temblores y falta de coordinación. La intoxicación por PCP suele provocar irritabilidad, agresividad, impulsividad y comportamientos impredecibles.

Las reacciones tóxicas a los alucinógenos (excepto en el caso de la PCP) son fundamentalmente psicológicas. No existe la sobredosis como tal. Estas drogas no provocan directamente la muerte, si bien se han notificado casos de muerte por accidentes, agresiones y suicidios relacionados con el consumo de alucinógenos. El tratamiento de la intoxicación consiste en medidas de apoyo. La mejor forma de controlar las reacciones psicóticas consiste en aislar al paciente en una habitación en la que apenas haya estimulación. A veces, es necesaria la contención física del paciente por su propia seguridad y la de los demás. La intoxicación provocada por la PCP puede dar lugar a convulsiones, hipertensión arterial, hipertermia y depresión respiratoria. Las convulsiones y la hipertensión arterial se tratan con medicación, la hipertermia, mediante dispositivos de enfriamiento, como mantas para hipertermia, y para el tratamiento de la depresión respiratoria se conecta al paciente a un dispositivo de respiración mecánica (Lehne, 2006).

### *Síndrome de abstinencia y desintoxicación*

No se conoce ningún caso de síndrome de abstinencia de alucinógenos, si bien algunos consumidores refieren ansiedad provocada por el impulso irresistible de consumir la droga. Los alucinógenos pueden provocar *flashbacks*. Los *flashbacks* consisten en recurrencias transitorias de las alteraciones perceptivas que el sujeto experimentó cuando usó el alucinógeno. Estos episodios pueden ocurrir incluso después de haber tomado la droga, y en ocasiones pueden persistir desde algunos meses hasta 5 años.



Los alucinógenos provocan la distorsión de la realidad.

### **Inhalantes**

Los **inhalantes** son un grupo de sustancias químicas muy heterogéneo formado por anestésicos, nitritos y una gran variedad de solventes orgánicos de fabricación industrial. Se inhalan por el efecto agradable que causan. En esta categoría, los de uso más habitual son los hidrocarburos alifáticos y aromáticos que se encuentran en la gasolina, el pegamento, los disolventes de pintura y la pintura para pulverización. Con menor frecuencia, se utilizan hidrocarburos halogenados, como limpiadores, líquidos correctores, gases propulsores de aerosoles y otros compuestos que contienen ésteres, cetonas y glicoles (APA, 2000). La mayor parte de las veces, el consumidor inhala los vapores a partir de un trapo empapado en el compuesto, en una bolsa de papel o de plástico o directamente del recipiente. Los inhalantes provocan daños importantes en el encéfalo y en el sistema nervioso periférico, así como enfermedades hepáticas.

### ***Intoxicación y sobredosis***

La intoxicación producida por los inhalantes provoca mareos, nistagmo, falta de coordinación, habla balbuceante, marcha inestable, temblor, debilidad muscular y visión borrosa, y en los casos más graves, estupor y coma. Los síntomas conductuales de la intoxicación son irritabilidad, agresividad, apatía, la alteración del sentido de realidad e incapacidad para el funcionamiento social. La intoxicación aguda provoca anoxia, depresión respiratoria, estimulación del vago y arritmias cardíacas. La sobredosis puede

causar la muerte por espasmo bronquial, parada cardíaca, asfixia o aspiración de los propios vómitos (Crowley y Sakai, 2005). El tratamiento de la intoxicación y de la sobredosis consiste en instaurar medidas de apoyo para las funciones cardíaca y respiratoria hasta que el organismo consiga eliminar la droga. No existe ningún antídoto ni fármaco específico para tratar la intoxicación y la sobredosis por inhalantes.

### *Síndrome de abstinencia y desintoxicación*

No existen síntomas de abstinencia ni procedimientos específicos de desintoxicación para los inhalantes, aunque algunos consumidores refieren un impulso irresistible de volver a experimentar los efectos de la droga. Los consumidores de inhalantes pueden llegar a padecer demencia, psicosis, ansiedad o trastornos del estado de ánimo. Estos trastornos mentales persisten incluso cuando cesa el consumo y se tratan sintomáticamente (Crowley y Sakai, 2005).

## **TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO**

Las modalidades de tratamiento actuales se basan en el concepto de que el alcoholismo, al igual que otras toxicomanías y adicciones, es un trastorno progresivo de naturaleza crónica cuyo curso clínico se caracteriza por remisiones y recaídas (Jaffe y Anthony, 2005). Hasta la década de 1970, apenas existían programas estructurados de tratamiento y clínicas que trataran las adicciones. Antes de que existiera un conocimiento completo de estos trastornos, la mayor parte de la sociedad, incluidos médicos y psicólogos, consideraban que la dependencia química era simplemente un problema personal, y se aconsejaba al consumidor que «se dominara» y «tomara las riendas del problema». La Hazelden Clinic de Minnesota, fundada en 1949, fue la excepción a esta regla, y gracias a los buenos resultados obtenidos por esta institución, muchos programas de tratamiento se basan en la actualidad en el modelo de la Hazelden Clinic.

Hoy en día existen tratamientos para los abusos de sustancias y adicciones en una serie muy amplia de centros comunitarios, en los que no siempre trabajan profesionales sanitarios. Así, por ejemplo, Alcohólicos Anónimos (AA) es una organización fundada por los propios alcohólicos en la década de 1930. Se trata de un grupo de autoayuda cuyo modelo de intervención se denomina **programa de los doce pasos** (cuadro 17-3). Su filosofía se basa en dos ideas fundamentales: es imprescindible la abstinencia total y el alcohólico necesita la ayuda y el apoyo de los demás para mantenerse sobrio. Sus lemas reflejan las ideas del programa de los doce pasos: «un día, cada día» (enfrentate a la sobriedad día a día), «con tranquilidad, se consigue» (no te dejes agobiar por los problemas de la vida diaria) y «suelta las riendas y déjaselas a Dios» (reorienta tu vida hacia un poder superior). A las personas que están en las primeras etapas de la recuperación se les aconseja que tengan un “patrocinador” que les ayude a avanzar a lo largo del programa de los doce pasos. Una vez que haya recorrido los doce pasos, podrá a su vez ser patrocinador de otra persona.

AA da mucha importancia a la asistencia a las reuniones, que en las ciudades grandes, se celebran todos los días, y al menos una vez por semana en las ciudades pequeñas y zonas rurales. Las reuniones pueden ser «cerradas» (sólo pueden asistir las personas que



quieran dejar el alcohol) o «abiertas» (puede asistir todo aquel que lo desee). A veces, las reuniones tienen carácter educativo, en cuyo caso una persona da una conferencia seguida de preguntas o de un coloquio; otras veces se centran en lecturas y comentarios sobre lo que se ha leído, en la meditación o en la discusión de un tema, seguido de la participación de los asistentes, que pueden exponer sus dificultades en la lucha contra el alcohol y pedir a los demás que les ayuden a mantenerse sobrios.

Independientemente del contexto en el que se llevan a cabo, muchos otros programas de tratamiento utilizan el método de los doce pasos y ponen el acento en la participación en las reuniones de AA. En estos programas se ofrece orientación personalizada y una amplia variedad de grupos de ayuda y autoayuda. El trabajo grupal comprende información y educación sobre sustancias y su consumo, el desarrollo de habilidades para la solución de problemas y el aprendizaje de técnicas cognitivas para identificar y modificar las ideas erróneas. Una de las habilidades básicas que se aprenden y se practican es el afrontamiento de los problemas de la vida diaria, del estrés y de las relaciones con los demás sin necesidad de recurrir al consumo de sustancias.

A pesar de que los programas de tratamiento tradicionales y el de AA han obtenido resultados eficaces con mucha gente, no son eficaces para todas las personas que tienen problemas con los abusos de sustancias y la dependencia química. En el caso del programa de AA y de otros similares, hay personas a las que no les gusta el énfasis que se pone en Dios y en la espiritualidad. Otras no reaccionan bien a los métodos basados en la confrontación con la propia conducta que se utiliza en muchos casos durante el tratamiento, o no les gusta tener que reconocer ante otras personas que son adictos. Las mujeres y los grupos minoritarios se quejan de que AA es una organización fundamentalmente «blanca, masculina y de clase media» que no tiene en cuenta sus necesidades y problemas específicos. Por esta razón, se han creado programas de tratamiento para satisfacer las necesidades de las personas que se sienten excluidas, como Women for Sobriety (exclusivamente para mujeres) y Rainbow Recovery (para homosexuales). AA también tiene grupos especialmente concebidos para el colectivo homosexual.

### Cuadro 17-3. Programa de doce pasos de Alcohólicos Anónimos

1. Reconocemos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que un poder superior podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida en manos de Dios, tal como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo, hicimos un examen de conciencia de nosotros mismos.
5. Reconocemos ante Dios, ante nosotros mismos y ante los demás seres humanos, la naturaleza exacta de nuestros defectos y faltas.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de nuestros defectos y faltas.
7. Humildemente, pedimos a Dios que nos liberase de nuestros defectos y faltas.
8. Hicimos una lista con los nombres de todas aquellas personas a las que habíamos hecho daño y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos en todo cuanto nos fue posible el daño causado, excepto cuando tal reparación implicaba un perjuicio para estas personas o para otras.



10. Continuamos haciendo examen de consciencia, y cuando nos equivocábamos lo reconocíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar conscientemente nuestra relación con Dios, tal como nosotros lo concebimos, pidiéndole únicamente que nos permitiese conocer su voluntad hacia nosotros y que nos otorgase la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo despertado espiritualmente gracias a los pasos anteriores, intentamos hacer llegar este mensaje a los alcohólicos y poner en práctica estos principios en todos los aspectos de nuestra vida.



## CASO CLÍNICO: ALCOHOLISMO

**Sam, de 38 años,** está casado y tiene dos hijos. Su padre era alcohólico y su infancia fue caótica. Muy pocas veces pudo contar con la presencia de su padre en sus actividades escolares o acontecimientos familiares, y, cuando estaba presente, su ebriedad lo estropeaba todo. Cuando terminó el bachillerato, Sam se fue de casa y se prometió a sí mismo que nunca más vería a su padre.

Se matriculó en la universidad y al principio se sentía muy motivado. Quería ser arquitecto y fundar una familia llena de amor y afecto. Se imaginaba a sí mismo como un marido y un padre cariñoso, dedicado en cuerpo y alma a su familia, pero Sam tuvo mala suerte. Cuando estaba en la universidad, se metió en líos por beber sin tener la edad legal y sus calificaciones empezaron a caer porque con frecuencia no iba a clase cuando la noche anterior había estado en alguna fiesta con sus amigos. Sam considera que la vida lo ha tratado injustamente porque, al fin y al cabo, sólo se toma algunas cervezas con sus amigos para relajarse. Sin embargo, a veces se pasa de la raya y bebe más de lo que él mismo cree, pero ¿acaso no lo hace todo el mundo? Los grandes planes que Sam tenía para el futuro han quedado aparcados por ahora.

Hoy, el jefe de Sam le ha advertido de que le despedirá si llega tarde de nuevo o se ausenta del trabajo en los próximos 30 días. Sam piensa que su jefe se está comportando de forma poco razonable, porque a pesar de todo, es un trabajador excelente... cuando va a trabajar, cosa que no siempre ocurre. La gota que colma el vaso es que su mujer le dijo que estaba harta de sus borracheras y de su conducta irresponsable. Le amenazó con marcharse si no dejaba de beber. Finalmente, la mujer de Sam se fue de casa, y sus palabras de despedida fueron: «¡Eres igual que tu padre!»

En Estados Unidos, el concepto de recuperación en doce pasos también se ha aplicado a drogas distintas al alcohol, por ejemplo, Narcotics Anonymous, Al-Anon (grupo de apoyo para los cónyuges, parejas y amigos de los alcohólicos) y Ala-Teen, dirigido a adolescentes y jóvenes cuyos padres son toxicómanos o adictos. Este mismo modelo se ha utilizado en grupos de autoayuda dirigidos a ludópatas y personas con trastornos de la conducta alimentaria.

### Centros y programas de tratamiento

El personal de enfermería encontrará pacientes en tratamiento por intoxicación, por sobredosis o síndrome de abstinencia o desintoxicación en una serie muy amplia de entornos clínicos, desde los servicios de urgencia de los hospitales hasta los ambulatorios. Los pacientes que necesitan tratamiento de desintoxicación con supervisión médica suelen estar en unidades médicas hospitalarias y luego se derivan para que sigan el

tratamiento de forma ambulatoria una vez que se han conseguido estabilizar desde el punto de vista médico.

Los profesionales sanitarios trabajan en tratamientos extrahospitalarios prolongados en diferentes entornos, como ambulatorios, centros de salud mental, centros de día y clínicas especializadas que ofrecen programas de tratamiento diurnos y nocturnos. También existen programas residenciales (casas de acogida, pisos compartidos, pisos tutelados, granjas y otras instalaciones ubicadas en el campo) y hospitales que disponen de unidades especiales de día para la dependencia química. Por lo general, el centro y el tipo de tratamiento se eligen teniendo en cuenta tanto las necesidades del paciente como la cobertura del seguro médico. Por ejemplo, en el caso de los pacientes que disponen de un seguro médico limitado y tienen trabajo y una familia que los apoya, se suele optar por el entorno ambulatorio, porque es más barato y los pacientes pueden seguir yendo a trabajar, con la seguridad de que seguirán recibiendo apoyo por parte de la familia. Si durante el tratamiento se observa que el paciente es incapaz de mantenerse sobrio o de abstenerse de consumir la droga, será necesario proceder a un tratamiento con ingreso hospitalario. Los pacientes que ya han pasado por diferentes entornos y tipos de tratamiento seguramente necesitarán atención en una clínica especializada con reinserción progresiva en la vida normal.

### **Tratamiento farmacológico**

En el caso del abuso de sustancias, el tratamiento farmacológico tiene dos objetivos principales: *a)* conseguir evitar el síndrome de abstinencia de alcohol, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos y *b)* prevenir las recaídas. En la [tabla 17-1](#) se enumeran los fármacos utilizados para el tratamiento del abuso de sustancias. En el caso de los pacientes cuya droga principal es el alcohol, suele prescribirse vitamina B<sub>1</sub> (tiamina) con el fin de prevenir o tratar el síndrome de Wernicke-Korsakoff, un conjunto de alteraciones neurológicas provocadas por el consumo de grandes cantidades de alcohol. La cianocobalamina (vitamina B<sub>12</sub>) y el ácido fólico suelen administrarse a los pacientes con deficiencias nutricionales.

El síndrome de abstinencia de alcohol suele tratarse con un ansiolítico benzodiazepínico. Las benzodiazepinas más utilizadas en estos pacientes son el lorazepam, el clordiazepóxido y el diazepam. Estos psicofármacos se administran siguiendo una pauta fija de 24 h mientras existen síntomas de abstinencia. También es eficaz administrar la benzodiazepina en función de las necesidades del paciente, sin seguir una pauta fija, método con el cual, además, se consigue eliminar antes los signos y síntomas del síndrome de abstinencia ([Lehne, 2006](#)).

Para disuadir a los pacientes de volver a beber puede prescribirse disulfiram. Si un paciente en tratamiento con disulfiram consume alcohol, sufrirá una reacción muy intensa, que se caracteriza por la aparición de rubefacción, cefalea pulsátil, sudoración, náuseas y vómitos. En casos graves, puede aparecer hipotensión arterial grave, confusión, coma, e incluso, la muerte (v. [cap. 2](#)). Los pacientes que toman disulfiram deben evitar los productos que contienen alcohol, como jarabes para la tos, lociones,

colutorios, colonias, lociones para después del afeitado, vinagre, vainilla y otros extractos. Tiene que leer con atención las etiquetas de los productos, porque la exposición a cualquier producto que contenga alcohol puede provocar síntomas muy desagradables, incluso peligrosos. La ingesta de alcohol provoca los síntomas descritos hasta 1-2 semanas después de la última dosis de disulfiram.

Una vez superado el abuso o dependencia del alcohol puede prescribirse a los pacientes un fármaco denominado acamprosato que contribuye a disminuir el impulso irresistible de beber, así como el malestar físico y psicológico que aparece principalmente durante los primeros meses de la recuperación. Este malestar se manifiesta mediante sudoración, ansiedad y alteraciones del sueño. La dosis de acamprosato recomendada es de dos comprimidos de 333 mg (es decir, un total de 666 mg) tres veces al día. Los pacientes con problemas renales no pueden tomar este medicamento. Los efectos secundarios suelen ser de naturaleza leve y consisten principalmente en diarrea, náuseas, flatulencias y prurito. En un estudio clínico se observó que el acamprosato era más eficaz en los pacientes que «buscan alivio», mientras que la naltrexona (v. más adelante en este capítulo) mostró mayor efecto en los pacientes que «buscan gratificación» (Mann, Kiefer, Spanagel y Littleton, 2008).

La metadona es un poderoso opiáceo sintético que se utiliza como sustituto de la heroína en algunos programas de tratamiento de la adicción a la heroína, los denominados programas de mantenimiento con metadona. El paciente toma una dosis diaria de metadona que cubre sus necesidades físicas de opiáceos y no le provoca el impulso irresistible de consumir más. La metadona no provoca el «subidón» asociada a la heroína. De esta forma, se consigue que el paciente sustituya su adicción a la heroína por la adicción a la metadona, pero ésta es más segura porque es legal, se administra bajo supervisión médica y viene en forma de comprimidos. Así, el paciente evita los riesgos del consumo intravenoso, el alto coste económico de la heroína (que muchas veces le obliga a cometer delitos) y la composición poco fiable de la heroína que se vende en la calle, ya que la mayor parte de las veces está adulterada con sustancias muy dañinas para el organismo.

El levometadilo (levacetilmetadol) es un narcótico analgésico que se utiliza únicamente en el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Se emplea exactamente igual que la metadona.

La naltrexona es un antagonista de los opiáceos que se utiliza para el tratamiento de la sobredosis. Bloquea los efectos del opiáceo en el interior del organismo, por lo que el consumidor no experimenta los efectos gratificantes de la droga, y eso hace que vaya perdiendo el interés por el opiáceo. Además se ha descubierto que la naltrexona disminuye el impulso irresistible de tomar alcohol en los pacientes abstemios (Richardson et al., 2008). Hay cuatro medicamentos que se prescriben a veces fuera de sus indicaciones autorizadas para disminuir el impulso irresistible de consumir cocaína. Son el disulfiram (del que ya se ha hablado), el modafinilo (un antinarcoléptico), el propranolol (un  $\beta$ -bloqueante) y el topiramato (un anticonvulsivo que también se emplea como estabilizador del estado de ánimo y para el tratamiento de la cefalea).

La clonidina es un agonista  $\alpha_2$ -adrenérgico indicado en el tratamiento de la hipertensión arterial. Se administra a los pacientes con dependencia de opiáceos para eliminar algunos efectos desagradables del abandono del consumo o del síndrome de abstinencia. Es muy eficaz contra las náuseas, los vómitos y la diarrea, pero tiene un efecto modesto sobre el dolor muscular, la ansiedad y la inquietud (Lehne, 2006).

El ondansetrón es un antagonista de 5-HT<sub>3</sub> que bloquea los efectos de la estimulación vagal causados por la serotonina en el intestino delgado, por lo que es eficaz como antiemético. Actualmente está en estudio para el tratamiento de hombres jóvenes con riesgo elevado de alcoholismo o con alcoholismo de inicio precoz y para el tratamiento de la adicción a la metanfetamina.

### **Diagnóstico dual**

Se dice que un paciente tiene un diagnóstico dual cuando existe abuso de sustancias y además se le ha diagnosticado otro trastorno mental. Los pacientes con diagnóstico dual con un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno bipolar son un difícil reto para los profesionales de la salud mental. Se calcula que el 50% de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias padecen además algún otro trastorno mental (Jaffe y Anthony, 2005). En muchos casos, los procedimientos convencionales para el tratamiento de una enfermedad mental grave o para el tratamiento de un trastorno primario por abuso de sustancias tienen poco éxito en los pacientes con diagnóstico dual, por los siguientes motivos:

**Tabla 17-1. Fármacos para el tratamiento de la drogadicción y la farmacoadicción**

Fármaco	Indicación	Posología	Observaciones para el personal de enfermería
Lorazepam	Tratamiento del síndrome de abstinencia de alcohol	2-4 mg cada 2-4 h según la intensidad y frecuencia de los síntomas	Vigilar las constantes vitales y evaluar la eficacia del fármaco; puede provocar mareos y somnolencia
Clordiazepóxido	Tratamiento del síndrome de abstinencia de alcohol	50-100 mg, repetir a las 2-4 h si es necesario; no exceder los 300 mg/día	Vigilar las constantes vitales y evaluar la eficacia del fármaco; puede provocar mareos y somnolencia
Disulfiram	Mantener la abstinencia al alcohol	500 mg/día durante 1-2 semanas, luego 250 mg/día	Advierta al paciente que lea las etiquetas para evitar productos que contienen alcohol
Metadona	Mantener la abstinencia a la heroína	Hasta un máximo de 120 mg/día como tratamiento de mantenimiento	Suele provocar náuseas y vómitos
Levacetimetadol	Mantener la abstinencia a los opiáceos	60-90 mg tres veces a la semana como tratamiento de mantenimiento	No tomar el fármaco en días consecutivos; no se permite al paciente llevarse el medicamento a casa
Naltrexona	Bloqueo de los efectos de los opiáceos; disminución del impulso irresistible de beber alcohol	Bloqueo de los efectos de los opiáceos: 350 mg a la semana divididos en tres dosis; disminución de impulso irresistible de beber alcohol: 50 mg/día hasta un total de 12 semanas	Es posible que el paciente no responda a los opioides que se utilizan para tratar la tos, la diarrea o el dolor; la naltrexona se toma con alimentos sólidos o con leche; puede provocar cefalea, inquietud o irritabilidad
Clonidina	Tratamiento del síndrome de abstinencia de opiáceos	0,1 mg cada 6 h, según la intensidad y frecuencia de los síntomas	Se toma la presión arterial antes de la administración de cada dosis; contraindicado en pacientes hipotensos, no administrar si se observa hipotensión arterial
Acamprosato	Tratamiento del impulso irresistible de beber alcohol	666 mg tres veces al día	Puede provocar diarrea, vómitos, flatulencias y prurito
Tiamina (vitamina B <sub>1</sub> )	Prevención o tratamiento del síndrome de Wernicke-Korsakoff en pacientes alcohólicos	100 mg/día	Eduque al paciente para que se alimente de forma adecuada
Ácido fólico (folato)	Tratamiento de las deficiencias nutricionales	1-2 mg/día	Eduque al paciente para que se alimente de forma adecuada. Es posible que la orina tome una coloración amarilla oscura
Cianocobalamina (vitamina B <sub>12</sub> )	Tratamiento de las deficiencias nutricionales	25-250 mg/día	Eduque al paciente para que se alimente de forma adecuada

- Los pacientes con trastorno mental grave suelen presentar una disminución de la capacidad de procesar conceptos abstractos, y esto es un obstáculo muy importante para los programas de tratamiento del abuso de sustancias.
- En el tratamiento del abuso de sustancias y adicciones se hace todo lo posible por evitar el uso de psicofármacos, y esto no siempre es posible en el caso de los pacientes que necesitan tratamiento psicofarmacológico para el otro trastorno mental.
- El concepto de «recuperación limitada» es aceptable para tratar los trastornos mentales en general, pero en el campo del abuso de sustancias este concepto no existe.
- La abstinencia de por vida, que es el objetivo principal del tratamiento del abuso de sustancias, puede parecer abrumador e imposible de cumplir a los pacientes que tienen que vivir día a día con un trastorno mental crónico.



- El consumo de alcohol y de otras drogas puede provocar conductas psicóticas, por lo que a los profesionales de la salud mental les resulta difícil saber si los síntomas psicóticos son el resultado del trastorno mental de base o del consumo de sustancias.

Los pacientes con diagnóstico dual presentan dificultades que no pueden solucionarse en los centros de tratamiento convencionales. En los estudios sobre tratamiento y estrategias para la prevención de las recaídas realizados en esta población de pacientes se han encontrado varios factores clave que hay que tener en cuenta: 1) factores positivos del entorno que influyen en el tratamiento del abuso de sustancias o adicción: buena alimentación, apoyo familiar y social, ayuda para realizar cambios básicos en la vida, como encontrar trabajo y amigos que no consuman drogas, contacto con otras personas en tratamiento o en recuperación de los problemas con las drogas y tratamiento adecuado de la comorbilidad; 2) factores positivos señalados por los propios pacientes que influyen en la prevención de la recaída: alojamiento estable, apoyo social constante, la oración o la confianza en un poder superior (espiritualidad), participación en actividades que hagan que el paciente se sienta necesario para los demás y para la sociedad en su conjunto, comer con regularidad, dormir suficiente y tener un aspecto presentable. En un estudio se utilizó quetiapina para tratar el impulso irresistible de beber alcohol y, al mismo tiempo, para disminuir la intensidad y frecuencia de los síntomas psicóticos (Martinotti et al., 2008). Para una información más detallada, véase en este capítulo el «Plan de atención de enfermería: diagnóstico dual».

## APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA


No siempre es fácil asegurar que una persona tiene problemas con el consumo de sustancias. En general, el consumo de sustancias incluye el uso de muchos mecanismos de defensa, especialmente la **negación**. Se trata de personas con tendencia a negar rotundamente que tienen algún problema, y cuando lo reconocen, suelen minimizar su alcance y su gravedad. Además, los profesionales de la enfermería se encuentran con estos pacientes en entornos muy diferentes, algunos de los cuales no tienen nada que ver con la salud mental. Hay pacientes que acuden a un centro médico para tratarse los problemas fisiológicos provocados por el consumo de alcohol. Otros empiezan a tener signos y síntomas de abstinencia mientras se encuentran hospitalizados para una intervención quirúrgica programada o para el tratamiento de una enfermedad que nada tiene que ver con el alcohol. El profesional se mantendrá alerta ante la posibilidad de que en estos casos el paciente siga consumiendo alcohol u otras drogas, y preparado para detectar estas situaciones y hacer las derivaciones necesarias.

El Cuestionario para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT, *Alcohol Use Disorders Identification Test*) es un instrumento psicométrico muy útil para detectar patrones de consumo de riesgo que pueden ser precursores en toda regla del trastorno por consumo de sustancias (Bohn, Babor y Kranzler, 1995) (cuadro 17-4). Este instrumento permite detectar los problemas relacionados con la bebida en sus primeras etapas; es decir, cuando más fácil es resolverlos sin necesidad de recurrir a un tratamiento formal. La detección precoz y el tratamiento inmediato se asocian con un



mejor resultado clínico.

La prioridad inicial es la desintoxicación. Al final de este capítulo se presenta un plan de atención de enfermería de los pacientes que presentan signos y síntomas de abstinencia. Durante el síndrome de abstinencia, cada paciente presenta necesidades diferentes que hay que priorizar en cada caso (seguridad física, alimentación, aporte de líquidos, eliminación, sueño, etc.). El resto de este apartado se centra en la atención al paciente que está recibiendo tratamiento por consumo de sustancias después de la desintoxicación.



**Plan de atención de enfermería | Diagnóstico dual**

### Diagnóstico de enfermería

*Afrontamiento ineficaz: incapacidad de hacer una evaluación adecuada de los estresores del entorno, elección errónea de las estrategias de afrontamiento y/o incapacidad de utilizar los recursos disponibles.*

DATOS DE LA VALORACIÓN	RESULTADOS ESPERABLES
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mal control de los impulsos.</li><li>• Baja autoestima.</li><li>• Falta de habilidades sociales.</li><li>• Insatisfacción con las circunstancias de su vida.</li><li>• Falta de una actividad diaria con un propósito determinado.</li></ul>	<p><b>Inmediatos</b> El paciente</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tomará únicamente la medicación prescrita.</li><li>• Interactuará de la forma adecuada con el personal sanitario y con otros pacientes.</li><li>• Expresará sus sentimientos verbalmente y de forma clara y directa.</li><li>• Hará planes para la gestión del tiempo libre (p. ej., dar un paseo, hacer recados).</li></ul> <p><b>Estabilización</b> El paciente</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mostrará habilidades sociales correctas o adecuadas (p. ej., tomará la iniciativa en la interacción con otras personas).</li><li>• Encontrará actividades sociales en entornos en los que no se consuman alcohol ni otras drogas.</li><li>• Valorará de forma realista sus puntos fuertes y débiles.</li></ul> <p><b>En la comunidad</b> El paciente</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se mantendrá en contacto con un profesional sanitario de su localidad o su barrio.</li><li>• Tendrá planes para unirse a un grupo de apoyo comunitario que cubra las necesidades de los pacientes con diagnóstico dual, si lo hubiera.</li><li>• Participará en programas de «libre de alcohol y drogas» y en otras actividades.</li></ul>

## PUESTA EN PRÁCTICA

### Intervenciones de enfermería (\*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)

- Motive y anime al paciente a expresar verbalmente sus sentimientos de forma clara y directa.
- Muestre comprensión hacia el enfado o la frustración del paciente por tener que hacer frente a un problema dual (p. ej., «sé que esto es muy difícil para usted»).
- Considere el consumo de alcohol u otra droga como un factor que influye negativamente en la capacidad del paciente de vivir en la comunidad, de la misma forma que otros factores, como tener que tomar la medicación todos los días a determinadas horas, acordarse de las citas con el médico, etc.
- Mantenga contacto frecuente con el paciente, aunque sea sólo a través de llamadas telefónicas breves.
- Proporcione al paciente un refuerzo positivo por haber sido capaz de abstenerse de beber alcohol o de consumir otra droga un día más.
- Si se produjera una recaída y el paciente bebiese alcohol o consumiera alguna droga, hable con él sobre los hechos, acontecimientos, tensiones, etc., que han provocado la recaída, pero sin emitir juicios de valor.
- Hable con el paciente sobre la forma de evitar circunstancias similares en el futuro.
- Determine la cantidad de tiempo no planificado de la que dispone el paciente.
- Ayude al paciente a planificar y a elaborar programas diarios o semanales de actividades que sean importantes y gratificantes para él: hacer recados, citas con otras personas, paseos, etc. Puede ser útil escribir esos programas en forma de calendario.
- Motive y anime al paciente a escribir en un diario sobre sus actividades, sentimientos y pensamientos.
- Enseñe al paciente habilidades sociales, como el contacto visual, la escucha atenta, asentir con la cabeza, etc. Explíquelo qué tipo de temas son adecuados para iniciar una conversación (el tiempo, las noticias de la televisión, los acontecimientos locales, etc.).
- Proporcione al paciente un refuerzo positivo cuando utilice las habilidades sociales de forma adecuada.
- \* Si es posible, derive al paciente a los servicios de orientación laboral o educativa o a organizaciones de voluntariado.
- \* Derive al paciente a servicios de apoyo comunitario relacionados con sus necesidades en salud mental y en dependencia de sustancias.

### Justificación

- Hablar de los propios sentimientos es un paso inicial hacia una gestión más constructiva de los sentimientos.
- Expresar verbalmente los sentimientos y emociones, especialmente cuando son negativos, suele aliviar parte del estrés y la ansiedad del paciente.
- El abuso de sustancias no tiene por qué ser el problema más importante de los pacientes con diagnóstico dual. Puede ser simplemente un problema más. Hacer demasiado hincapié en un único problema no garantiza la eficacia del tratamiento.
- El contacto frecuente disminuye el tiempo en el que el paciente se siente solo o abandonado a su suerte.
- El refuerzo positivo y frecuente fomenta la abstinencia.
- Es posible que al hablar de la situación, el paciente sea capaz de ver la relación entre los acontecimientos precedentes y la conducta subsiguiente.
- La planificación y la anticipación ayudan al paciente a evitar que se produzcan circunstancias similares en el futuro.
- Cuando dispone de una cantidad de tiempo sin planificar o estructurar, aumenta la probabilidad de que el paciente se sienta frustrado o insatisfecho, lo cual, a su vez hace que aumente el riesgo de que consuma alcohol u otras drogas.
- Las actividades programadas ayudan al paciente a experimentar la sensación de que tiene algo que hacer y de que le apetece hacerlo.
- La visualización del programa proporciona al paciente una referencia concreta.
- Un diario puede contribuir a que el paciente se centre en una actividad positiva, y además, puede servir al profesional para disponer de una información muy valiosa para planificar futuras actividades. No deben olvidarse ni pasarse por alto las cosas que el paciente escribe en el diario.
- Puede que el paciente tenga pocas o ninguna habilidad social. El profesional debe actuar como modelo para que el paciente disponga de un ejemplo concreto de estas habilidades.
- El refuerzo positivo animará al paciente a continuar con sus intentos de socialización y, además, servirá para aumentar su autoestima.
- Una actividad importante y gratificante sirve mejor para ocupar el tiempo no estructurado del paciente, y además, contribuye a aumentar la autoestima y la sensación de ser una persona útil y capaz.
- Los pacientes con diagnóstico dual tienen problemas complejos y persistentes, por lo que el apoyo y la ayuda deben ser continuos y a largo plazo.

Adaptado de Schultz JM y Videbeck SL (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8.ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

## Valoración

### Antecedentes

Es posible que los pacientes cuyos padres u otros familiares han tenido problemas de abuso de sustancias refieran una vida familiar caótica durante la infancia y la adolescencia, aunque no siempre es así. En muchos casos, la crisis que precipita la entrada en el tratamiento es la aparición de algún problema físico o de un síndrome de abstinencia mientras estaba en tratamiento por otra enfermedad médica. Es habitual que en la decisión del paciente de buscar tratamiento influya el empresario o su jefe, que le amenaza con despedirlo, o el cónyuge o pareja que le advierte de que está dispuesto a romper la relación si el paciente no se pone en tratamiento. Es muy infrecuente que el

paciente decida entrar en tratamiento por decisión propia, sin influencias externas.

### *Aspecto general y comportamiento motor*

La valoración del aspecto general y del comportamiento motor suele revelar que éstos, así como del habla, no son generalmente normales. Si el paciente acaba de finalizar un tratamiento de desintoxicación que ha resultado complicado, puede tener un aspecto ansioso, cansado y desaliñado. Dependiendo de su estado general de salud y de los problemas físicos derivados del consumo de sustancias, el aspecto suele ser el de una persona enferma. La mayor parte de los pacientes perciben el tratamiento con cierta aprensión, no les parece bien tener que someterse a un tratamiento o se sienten presionados por los demás para iniciarlo. Quizás esto se deba a que es la primera vez en mucho tiempo que el paciente tiene que enfrentarse a una dificultad sin poder recurrir a una sustancia psicoactiva.

### *Estado de ánimo y afectos*

El estado de ánimo y los afectos varían mucho de un paciente a otro. Algunos están tristes y llorosos, y expresan verbalmente los remordimientos y el sentimiento de culpabilidad por su comportamiento y por las circunstancias en las que se encuentran. Otros, en cambio, están enfadados y hacen todo tipo de comentarios sarcásticos, o bien se muestran callados y hoscos y se niegan a hablar con el profesional de la enfermería durante la valoración. La irritabilidad es habitual porque, quizás por primera vez en mucho tiempo, están libres de sustancias. También los hay que se muestran agradables y parecen estar contentos, lo que generalmente se debe a que no se sienten afectados por la situación, sobre todo si aún están en la fase de negar el consumo de sustancias o de quitarle importancia al problema.

### *Proceso y contenido del pensamiento*

Durante la valoración del proceso y el contenido del pensamiento, es probable que los pacientes minimicen el consumo de drogas, culpen a otros de sus problemas y racionalicen su conducta. Pueden referir que no se sienten capaces de seguir viviendo sin la sustancia, y a veces expresan el deseo de no dejar el consumo. Algunos pacientes se centran en sus dificultades económicas, laborales y legales como fuente principal de sus problemas, pero no en el consumo de drogas. Muchos están convencidos de que si quisieran podrían dejarlo «sin ayuda» y niegan o minimizan el alcance o la gravedad del problema.

### *Nivel de consciencia y procesos cognitivos*

Por regla general, estos pacientes están conscientes y orientados, a no ser que estén experimentando el efecto residual del síndrome de abstinencia. Su capacidad intelectual está intacta, excepto en los casos en los que presentan alguna alteración neurológica secundaria al consumo prolongado de alcohol u otras drogas, especialmente de inhalantes.

**Cuadro 17-4. Cuestionario para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT)**

Este cuestionario le orientará sobre el nivel del riesgo asociado con su hábito actual de beber. Para evaluar exactamente su situación, tiene que ser sincero en sus respuestas. Este cuestionario fue creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se utiliza en muchos países para ayudar a la gente a conocer mejor el riesgo asociado con el consumo de alcohol.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca, (1) Una vez al mes o menos, (2) Entre 2 y 4 veces al mes, (3) Entre 2 y 3 veces a la semana, (4) 4 o más veces a la semana.
2. ¿Cuántas copas suele beber los días que consume alcohol? (0) 1 o 2, (1) 3 o 4, (2) 5 o 6, (3) Entre 7 y 9, (4) 10 o más.
3. ¿Con qué frecuencia toma seis copas o más seguidas? (0) Nunca, (1) Menos de una vez al mes, (2) Una vez al mes, (3) Una vez a la semana, (4) Todos los días o casi todos los días.
4. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha sido incapaz de dejar de beber una vez que había empezado? (0) Nunca, (1) Menos de una vez al mes, (2) Una vez al mes, (3) Una vez a la semana, (4) Todos los días o casi todos los días.
5. ¿Con qué frecuencia durante el último año dejó de hacer lo que tenía que hacer o de cumplir con sus obligaciones por culpa de la bebida? (0) Nunca, (1) Menos de una vez al mes, (2) Una vez al mes, (3) Una vez a la semana, (4) Todos los días o casi todos los días.
6. ¿Con qué frecuencia durante el último año tuvo que tomar una copa por la mañana al levantarse o poco después de levantarse para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? (0) Nunca, (1) Menos de una vez al mes, (2) Una vez al mes, (3) Una vez a la semana, (4) Todos los días o casi todos los días.
7. ¿Con qué frecuencia durante el último año tuvo sentimientos de culpabilidad o remordimientos después de beber? (0) Nunca, (1) Menos de una vez al mes, (2) Una vez al mes, (3) Una vez a la semana, (4) Todos los días o casi todos los días.
8. ¿Con qué frecuencia durante el último año no ha podido recordar qué pasó la noche anterior por haber estado bebiendo? (0) Nunca, (1) Menos de una vez al mes, (2) Una vez al mes, (3) Una vez a la semana, (4) Todos los días o casi todos los días.
9. ¿Han resultado alguna vez heridas o lesionadas otras personas o usted mismo por haber bebido? (0) Nunca, (1) Menos de una vez al mes, (2) Una vez al mes, (3) Una vez a la semana, (4) Todos los días o casi todos los días.
10. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional sanitario se ha mostrado preocupado porque bebe o le ha dicho o insinuado que debería dejar de beber? (0) No, (2) Sí, pero no durante el último año, (4) Sí, durante el último año.

Adaptado de Babor T, de la Fuente JR, Saunders J, et al. (1992). *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for use in primary health care*. World Health Organization, Ginebra. Reproducido con autorización; Bohn, Babor y Kranzler (1995).

### ***Sentido de la realidad y capacidad de introspección***

Es probable que los pacientes hayan sufrido alteraciones del sentido de realidad, sobre todo mientras se encontraban bajo los efectos de la droga. El sentido de la realidad puede seguir afectado: a veces éste se comporta de manera impulsiva, lo que puede llevarle a dejar el tratamiento y a ponerse a buscar la sustancia por las calles. Por lo general, tienen una percepción limitada respecto al consumo de sustancias. Mientras están consumiendo, les cuesta trabajo responsabilizarse de sus conductas, y muchos no consideran que la pérdida de un empleo o la ruptura de la relación con una persona importante para ellos estén relacionadas con la adicción. Muchos piensan que pueden controlar el consumo por sus propios medios, cuando resulta muy evidente que no es así.

### *Concepto de sí mismo*

Generalmente, estos pacientes tienen una autoestima muy baja, que o bien expresan directamente o bien ocultan detrás de una conducta megalomaniaca. No se sienten capaces de afrontar los problemas de la vida y el estrés sin recurrir a la droga y es habitual que se sientan incómodos cuando están interactuando con otra persona y no están consumiendo. No es infrecuente que les resulte difícil identificar y expresar verbalmente sus verdaderos sentimientos. En realidad, estos pacientes intentan escapar a cualquier sentimiento o emoción mediante la droga, ya que para ellos los sentimientos y las emociones son dolorosos.

### *Roles y relaciones interpersonales*

Normalmente, estos pacientes tienen muchas dificultades para el desempeño de los roles familiares, sociales y laborales. La norma suele ser el absentismo laboral y el trabajo mal hecho. Es habitual que los familiares les hayan dicho en multitud de ocasiones que el consumo de drogas es algo muy preocupante, y es posible que el consumo haya sido el causante de muchas discusiones familiares. Dentro de la familia, las relaciones tensas son habituales. En muchos casos, el paciente está enfadado con los familiares que le han llevado a tratamiento o que le han amenazado con romper la relación si no se ponía en tratamiento.

### *Problemas fisiológicos y autocuidado*

Muchos pacientes tienen antecedentes de mala alimentación (algunos toman más drogas que alimentos) y de trastornos del sueño, que persisten incluso después del tratamiento de desintoxicación. Algunos presentan alteraciones funcionales hepáticas causadas por el alcohol o hepatitis o infección por el VIH secundarias al consumo de drogas por vía intravenosa. También son frecuentes las alteraciones neurológicas y las lesiones pulmonares secundarias al consumo de drogas por inhalación.

### **Análisis de los datos**

Cada paciente tiene diagnósticos de enfermería distintos dependiendo de su estado de salud física. Estos diagnósticos suelen ser:

- Alimentación desequilibrada que no satisface las necesidades del organismo.
- Riesgo de infección.
- Riesgo de lesiones.
- Diarrea.
- Retención de líquidos.
- Intolerancia a la actividad.
- Cuidado deficiente de la salud física.

Los diagnósticos de enfermería que se aplican habitualmente cuando se trabaja con pacientes consumidores de sustancias son los siguientes:

- Negación ineficaz.
- Desempeño ineficaz de los roles.
- Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo.



- Estrategias de afrontamiento ineficaz.

## Resultados esperables

Los resultados que cabe esperar en estos pacientes son los siguientes:

- El paciente se abstiene de consumir alcohol y otras drogas.
- El paciente expresa verbalmente sus sentimientos de forma abierta y directa.
- El paciente expresa verbalmente la aceptación de la responsabilidad por su propia conducta.
- El paciente busca alternativas distintas a las drogas y a los fármacos con potencial adictivo para afrontar el estrés y las situaciones difíciles de la vida.
- El paciente colaborará en la elaboración de un plan eficaz de atención médica y psicológica para después del alta.

## Intervención

### *Proporcionar educación para la salud al paciente y la familia*

Los pacientes y la familia necesitan información sobre las sustancias, sus efectos sobre la salud y el tratamiento. El personal de enfermería debe disipar los siguientes mitos y errores:

- «Es cuestión de fuerza de voluntad».
- «No puedo ser un alcohólico si bebo sólo cerveza o si sólo bebo los fines de semana».
- «Soy capaz de beber y de tomar otras drogas sólo para las relaciones sociales».
- «Ahora estoy muy bien; podría controlarme y consumir la droga sólo de vez en cuando».

Es importante informar y educar sobre la recaída. Los familiares y amigos deben tener en cuenta que los pacientes que empiezan otra vez con conductas ya conocidas y a frecuentar de nuevo a amigos que beben o consumen otras drogas distintas al alcohol o que creen que «ahora pueden controlarse» tienen un riesgo elevado de recaída, por lo que es necesario tomar medidas de inmediato. Si el paciente está dispuesto a asistir a las reuniones de un grupo de autoayuda o si dispone de otros recursos de apoyo o de un plan concreto de seguimiento y atención continua, las posibilidades de evitar la recaída son mucho más elevadas.

### *Prestar atención a los problemas familiares*

Hay autores que consideran que el alcoholismo y otras quimioadicciones son enfermedades familiares. Todo aquel que tenga una relación estrecha con un drogadicto o farmacoadicto sufre ansiedad y otros síntomas de malestar psicológico.

La **codependencia** es una estrategia de afrontamiento incorrecta de los familiares y de otras personas próximas al paciente. Es consecuencia de la relación prolongada con la persona que consume en exceso alcohol u otras drogas. Esta estrategia de afrontamiento se caracteriza por una mala capacidad de relacionarse con otras personas, ansiedad o preocupación excesiva, conductas compulsivas y resistencia al cambio. Los familiares aprenden estas pautas de conducta disfuncionales durante el proceso mediante el cual



intentan adaptarse al comportamiento del paciente. Una de las conductas más características de la codependencia es la facilitación. Se trata de una estrategia de afrontamiento que aparentemente tiene como objetivo ayudar al paciente, pero que en realidad perpetúa el consumo. Un ejemplo de facilitación es el de la mujer que continuamente llama al trabajo de su marido para decir que no va a poder ir a trabajar porque se encuentra enfermo, cuando en realidad está ebrio o resacoso. Esta conducta de la esposa evita que el marido tenga que enfrentarse directamente a las consecuencias de su conducta. Lo que parece ser una ayuda al paciente, en realidad contribuye a que éste pueda eludir las consecuencias de su comportamiento y a que, por tanto, siga consumiendo alcohol.

## EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA

### *Consumo de sustancias*

- El consumo de sustancias es una enfermedad.
- Disipe los mitos acerca del consumo de sustancias.
- Abstenerse de tomar drogas o medicamentos con potencial adictivo no es cuestión de fuerza de voluntad.
- El consumo excesivo de cualquier tipo de bebida alcohólica, incluidos el vino y la cerveza, es una forma de toxicomanía que puede llevar al alcoholismo.
- Un medicamento recetado por el médico puede dar lugar a una farmacodependencia.
- Es vital que la familia informe al personal sanitario de los signos de recaída que haya observado (p. ej., el paciente vuelve a utilizar mecanismos de afrontamiento poco apropiados e ineficaces).
- Después del alta, es importante que el paciente y la familia se impliquen en los programas de seguimiento y de atención continua.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

### *Consumo de sustancias*

- Educación para la salud dirigida al paciente y a la familia.
- Disipe los mitos acerca del abuso de sustancias.
- Haga disminuir las conductas de codependencia entre los familiares.
- Derive a los familiares a los profesionales, instituciones y servicios adecuados.
- Promueva las habilidades de afrontamiento del paciente y de la familia.
- Utilice el juego de rol *role-playing* para enseñar a gestionar las situaciones potencialmente difíciles para el paciente.
- Céntrese en el aquí y el ahora del paciente.
- Establezca objetivos realistas, como mantenerse sobrio durante ese día.

A veces los roles cambian de forma dramática, como es el caso del niño que se ve obligado a cuidar o hacerse cargo de uno de los padres afectados por una toxicomanía o una quimioadicción. También se han identificado conductas codependientes en profesionales. Un ejemplo de esto es el caso del médico, psicólogo o profesional de la enfermería que excusan el comportamiento del paciente o se prestan a hacer cosas por él que el paciente podría hacer perfectamente por sí mismo.

El hijo adulto de un alcoholístico es una persona que se ha criado en una familia en la que uno de los progenitores o ambos eran adictos al alcohol y, por tanto, ha tenido que sufrir un gran número de disfunciones causadas por el alcoholismo del padre o de los padres. Además de tener un riesgo elevado de alcoholismo y de trastornos de la conducta alimentaria, los hijos adultos de los alcoholísticos suelen ser personas incapaces de confiar en los demás, con una extremada necesidad de controlarlo todo, un sentido de la responsabilidad excesivo y tendencia a negar los propios sentimientos. Estos rasgos de la personalidad se originan en la infancia, persiste en la adolescencia y juventud y llegan hasta la edad adulta. Las personas que crecen en una familia en la que uno de los padres o los dos eran alcoholísticos suelen estar convencidas de que sus problemas se resolverán cuando tengan edad suficiente para irse de casa y dejar atrás la situación de caos en la que han tenido que vivir. Sin embargo, una vez fuera de la casa familiar, pueden encontrarse con que empiezan a tener problemas en las relaciones interpersonales, baja autoestima, inseguridad y miedo excesivo al abandono. Además, como nunca han tenido una vida familiar normal, pueden encontrarse con que no saben qué significa una «vida normal» (Kearns-Bodkin y Leonard, 2008).

Sin apoyo ni ayuda para comprender y enfrentarse al problema, algunos familiares pueden empezar a tener ellos mismos problemas con las drogas, con lo cual el ciclo disfuncional se perpetúa. Existen grupos de apoyo y tratamiento que se ocupan de los problemas de la familia. Es necesario proporcionar información tanto al paciente como a la familia sobre grupos de apoyo y de autoayuda, incluida su finalidad, funcionamiento y dirección o teléfono de contacto.

### *Promover estrategias de afrontamiento sanas y eficaces*

El profesional de la enfermería motivará y animará al paciente a identificar las zonas problemáticas de su vida y a explorar la forma en la que el consumo de la sustancia ha intensificado estos problemas. No hay que hacerle creer al paciente que todos los problemas de la vida van a desaparecer cuando esté sobrio o se abstenga de tomar la droga. Tiene que comprender que la sobriedad o la abstinencia le ayudarán a reflexionar con más claridad sobre sus problemas. El profesional tendrá que reorientar la atención del paciente hacia su propio comportamiento y hacia la forma en la que éste ha influido en sus problemas actuales. No le permitirá centrarse en acontecimientos exteriores o en otras personas para eludir así hablar de su participación en el problema.



*Profesional: «¿Podría hablarme de algunos de los problemas que tiene actualmente?».*

*Paciente: «Mi mujer siempre me está dando la lata. Para ella no hay nada que esté bien. Por eso no nos llevamos demasiado bien».*

*Profesional: «¿Cómo es la comunicación con su esposa?».*

*Paciente: «Mala. No puedo hablar con ella de nada. No me escucha».*

*Profesional: «¿Quiere decir que no habla mucho con ella?».*

Puede ser útil representar (*role-playing*) situaciones que el paciente considera difíciles. Esto le ayudará a aprender a resolver sus problemas y a hablar con otras personas con calma y más eficacia. Dentro del grupo de tratamiento, hay que motivar y animar a los pacientes a recibir y proporcionar información sobre cómo perciben los demás su forma de interactuar y su capacidad de escuchar.

El profesional también puede ayudar a los pacientes a encontrar formas de reducir el estrés y la ansiedad que no tengan nada ver con el consumo de drogas. A este respecto, suelen ser eficaces la relajación, el ejercicio físico y escuchar música o llevar a cabo cualquier otra actividad que al paciente le resulte gratificante. Además, el profesional debe animar al paciente a participar en nuevas actividades sociales o de ocio, sobre todo si los amigos que ha tenido hasta ese momento están relacionados con el consumo de drogas.

El profesional ayudará al paciente a centrarse en el presente y no en el pasado. No es bueno que se quede anclado en problemas y lamentaciones de otros tiempos. Tiene que centrarse en lo que puede hacer ahora acerca de su propia conducta y a sus relaciones interpersonales. Los pacientes necesitarán el apoyo del profesional para ver que la sobriedad o la abstinencia es factible, y que es posible salir del laberinto en el que están metidos. El profesional tiene que motivar y animar al paciente a fijarse objetivos realistas y fáciles de alcanzar, como: «¿qué puedo hacer hoy para mantenerme sobrio?». Esto es mejor que fijar los objetivos a partir de preguntas del tipo «¿qué voy a hacer para evitar las drogas durante el resto de mi vida?», preguntas que sólo servirán para que el paciente se sienta abrumado y se desanime. El paciente tiene que llegar a creer que es posible alcanzar los objetivos que se ha propuesto.

## **Valoración**

La eficacia del tratamiento del consumo de sustancias se basa en gran medida en que el paciente se abstenga de tomar la droga. Además, la eficacia del tratamiento hará que el desempeño de los roles sea más estable, que mejoren las relaciones interpersonales y que la calidad de vida del paciente sea más satisfactoria.

## **CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LAS PERSONAS MAYORES**

Es frecuente que las personas mayores de 50 años empiecen a tener problemas con el alcohol por primera vez en su vida. Algunos de estos pacientes ya han tenido problemas con la bebida cuando eran jóvenes, después pasaron por un largo período de abstinencia y volvieron a beber cuando ya tenían cierta edad. Otros han tenido problemas con el alcohol, pero ahora, al llegar al climaterio, los problemas se han agravado. No obstante, se calcula que entre el 30% y el 60% de las personas mayores que participan en programas de tratamiento para la adicción al alcohol han comenzado a beber de forma excesiva después de los 60 años.

Los factores de riesgo de este alcoholismo de aparición tardía son las enfermedades crónicas que cursan con dolor, el consumo prolongado de psicofármacos prescritos por el médico (sedantes, hipnóticos, ansiolíticos), el estrés, las pérdidas de los seres queridos, el

aislamiento social, el duelo, la depresión y el exceso de tiempo libre y de dinero (Watts, 2007). Los problemas físicos provocados por el alcohol y otras drogas aparecen pronto en las personas mayores, sobre todo si su estado general de salud está ya deteriorado por otras enfermedades.

### **ATENCIÓN COMUNITARIA**

Muchos pacientes que recibe tratamiento por consumo de sustancias lo hacen en entornos comunitarios, como las consultas externas de los hospitales, los centros de salud mental, las clínicas especializadas y los programas de recuperación, como los de AA y el Rational Recovery (Estados Unidos). El seguimiento de los pacientes en la comunidad y la atención continuada después del alta dependen de las preferencias del paciente o de los programas disponibles. Después de salir del hospital, algunos pacientes participan activamente en grupos de autoayuda. Otros asisten a sesiones en el marco de un programa patrocinado por la institución en la que recibieron tratamiento hospitalario, y otros buscan por su cuenta psicoterapia individual o familiar. Además de la atención formal después del alta, el personal de enfermería también puede encontrarse con estos pacientes en clínicas especializadas o en las consultas de los médicos.

### **PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL**

No hace falta más que ver la televisión u hojear una revista para ver la cantidad de anuncios dirigidos a promocionar el consumo de alcohol responsable o a alentar a los padres a que se conviertan en una especie de «agente antidroga» para sus hijos. Sin embargo, el aumento de la concienciación ciudadana y de la publicidad educativa no se ha traducido en un cambio positivo en las tasas de consumo de sustancias en Estados Unidos (NIAAA, 2007c). Dos poblaciones recientemente identificadas como receptores de los programas de prevención son las personas mayores y los estudiantes universitarios.

El alcoholismo de aparición tardía suele ser más leve y más fácil de tratar; sin embargo, los profesionales sanitarios lo pasan por alto con bastante frecuencia. Culbertson (2006) aconseja utilizar instrumentos psicométricos como el AUDIT en todos los centros de atención primaria con el fin de mejorar la detección precoz de las personas mayores que tienen problemas con el alcohol. Se ha demostrado que las intervenciones breves son eficaces para conseguir una abstinencia prolongada o disminuir las cantidad de alcohol consumida, con lo que a su vez, se consigue reducir los riesgos para la salud asociados con el alcohol en la población de personas mayores.

El College Drinking Prevention Program, elaborado y puesto en práctica por el Gobierno de Estados Unidos, pretende dar respuesta a algunos de los inquietantes datos estadísticos que referimos a continuación. Este programa está dirigido a los estudiantes universitarios de entre 18 y 24 años (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2007).

- Cada año mueren 1 700 universitarios a causa de las lesiones causadas por accidentes relacionadas con el consumo de alcohol.

- Cada año, 599 000 universitarios sufren un accidente con resultado de lesiones mientras están bajo los efectos del alcohol.
- Cada año, 606 000 universitarios son agredidos por un compañero que se encuentra bajo los efectos del alcohol.
- Cada año, 97 000 universitarios son víctimas de agresiones sexuales o violaciones relacionadas con el consumo de alcohol.
- Una tercera parte de los alumnos de primer curso no se matriculan en el segundo.

Este programa de prevención se concibió para ayudar a los estudiantes universitarios a evitar las borracheras «programadas», que son muy habituales en las universidades en Estados Unidos. En algunos centros se ofrece a los alumnos residencias universitarias en las que no está permitida la entrada de alcohol ni otras drogas, y algunas universidades han prohibido que se sirva alcohol en las actividades y celebraciones universitarias. Se han elaborado y puesto en práctica otros programas para mejorar las estadísticas a las que acabamos de hacer referencia. En todos estos programas se pretende aumentar la concienciación de los estudiantes sobre los riesgos de beber en exceso, y se anima a los alumnos abstemios a frecuentarse entre ellos y a prestarse apoyo mutuo para poder seguir adelante con el tipo de vida que han elegido.

### **CONSUMO DE SUSTANCIAS ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS**

Los médicos, los dentistas y el personal de enfermería tienen tasas más elevadas de dependencia de **sustancias controladas**, como los analgésicos opioides, los estimulantes del sistema nervioso central y los sedantes, que otros profesionales con un nivel educativo equivalente, como por ejemplo los abogados. Una de las razones señaladas es la facilidad de acceso a estos medicamentos (Jaffe y Anthony, 2005). Los profesionales sanitarios también tienen tasas más altas de alcoholismo en comparación con la población en general.

El tema de si hay que denunciar o no a un compañero de trabajo del que se sospecha consumo de sustancias es a la vez importante y extremadamente delicado. Tanto a los compañeros como a los supervisores les resulta muy difícil denunciar a sus colegas cuando existe sospecha de adicción. El profesional de la enfermería duda de si debe denunciar o no por varias razones: le resulta difícil creer que un profesional sanitario pueda ser un toxicómano o un adicto, teme equivocarse y hacer una acusación falsa, o no le parece adecuado acusar a un compañero que quizás lo único que intenta es salir de alguna situación muy conflictiva o resolver un problema que le sobrepasa. Sin embargo, no hay que olvidar que el consumo de sustancias en el personal sanitario es un problema muy serio debido a que suponen un riesgo para los pacientes. El profesional tiene la responsabilidad ética de notificar al supervisor cualquier conducta sospechosa, y en algunos estados esta obligación no sólo es ética sino también legal, ya que está regulada en la legislación sobre la práctica de la enfermería. El profesional no debe intentar nunca manejar estas situaciones individualmente, por ejemplo, advirtiendo al compañero del que se sospecha, porque con esto lo único que se consigue es que siga con el consumo sin que de ello se derive ninguna consecuencia.

Los signos inespecíficos que deben poner sobre aviso al profesional de la enfermería son: el incumplimiento de las funciones y las tareas encomendadas, absentismo laboral frecuente, conductas extrañas o inusuales, problemas en la articulación del habla y retraimiento en las relaciones con los compañeros. Los signos específicos son:

- Recuento incorrecto de medicamentos.
- Cantidad excesiva de sustancias controladas que figuran como inservibles o estropeadas.
- Queja de los pacientes sobre falta de eficacia de los analgésicos, especialmente si hasta ese momento estos medicamentos habían sido eficaces.
- Envases de sustancias controladas rotos o dañados de alguna otra forma.
- Aumento de los informes en los que figura la nota «error de la farmacia».
- Ofrecerse constantemente a ir a la farmacia a recoger sustancias controladas.
- Ausencias no explicadas e injustificadas del puesto de trabajo.
- Visitas al cuarto de baño después de haber estado en contacto con sustancias controladas.
- Llegar más temprano al trabajo o salir más tarde sin motivo aparente.

El profesional de la enfermería puede caer en el consumo de sustancias exactamente igual que cualquier otra persona, y, por tanto, merece que se le dé la oportunidad de tratarse y de recuperarse igual que a cualquier otro paciente que presenta un problema de este tipo. Hay que tener en cuenta que denunciar a un compañero de trabajo del que se sospecha puede ser el primer paso para que reciba la ayuda que necesita.

## TEMAS DE AUTOCONCIENCIA



El profesional de enfermería examinará sus propias creencias, actitudes y conductas sobre el consumo de sustancias. Tendrá en cuenta que los antecedentes de problemas con el alcohol u otras drogas en su propia familia pueden influir mucho en su interacción con estos pacientes. Cuando existen estos antecedentes familiares, el profesional puede caer en el error del decirle al paciente que «debería darse cuenta de hasta qué punto está haciendo daño a su familia». Sin embargo, también es posible que la actitud del profesional sea la contraria: al acordarse de familiares con los que aún hoy se siente identificado inconscientemente puede caer en el error de presentar conductas de facilitación con el paciente; por ejemplo, justificar inadvertidamente los motivos que éste tiene para consumir la droga. Analizar nuestras propias adicciones o las de alguna otra persona de nuestra familia o de nuestro círculo de amigos es difícil y desagradable, pero necesario si el profesional aspira a mantener una relación de calidad con los pacientes.

Puede ocurrir que el profesional de enfermería tenga actitudes diferentes hacia las distintas sustancias de abuso. Por ejemplo, puede ser que sienta empatía hacia los pacientes adictos a los medicamentos prescritos por el médico, pero le disgusten los que consumen heroína u otras drogas. Es importante recordar que el proceso de tratamiento



y los problemas subyacentes, como la abstinencia, la remisión y la recaída, son muy similares, independientemente del tipo de sustancia que se consuma.

Muchos pacientes recaen cada cierto tiempo. Para algunos, mantenerse en abstinencia es una batalla que puede durar toda la vida. El profesional de la enfermería corre el riesgo de volverse pesimista y cínico cuando los pacientes vuelven una y otra vez como consecuencia de una recaída. Reflexiones como «se merece los problemas de salud que tiene porque se empeña en seguir bebiendo» o «va a pillar una hepatitis o el VIH como siga consumiendo drogas por vía intravenosa» son signos indicativos de que el profesional tiene ciertos problemas de autoconciencia que le impiden trabajar con eficacia con los pacientes y sus familiares.

### **Consideraciones a tener en cuenta cuando se trabaja con pacientes que tienen problemas de consumo de sustancias**

- Recuerde que, en el caso de muchos pacientes, el consumo de sustancias es una enfermedad crónica y recidivante, como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares. Aunque parezca que los pacientes pueden controlar fácilmente su adicción, en realidad no pueden hacerlo si no reciben ayuda, apoyo y comprensión.
- Analice los problemas de consumo de sustancias que pudiera haber en su familia o entre sus amigos, aunque le resulte doloroso o desagradable hacerlo. Examinar sus propios antecedentes, creencias y actitudes es el primer paso para manejar con eficacia los sentimientos y actitudes que pudieran interferir negativamente en la atención a los pacientes y a sus familias.
- Aborde cada caso con una actitud abierta y objetiva. Tenga en cuenta que los pacientes pueden conseguir mantener la abstinencia después de su segundo, tercero (o más) intento de tratamiento.

### **PUNTOS CLAVE**



- El consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias pueden implicar el alcohol, los estimulantes, el cannabis, los opiáceos, los alucinógenos, los inhalantes, los sedantes, los hipnóticos, los ansiolíticos, la cafeína y la nicotina.
- El consumo y dependencia de sustancias provocan alteraciones importantes del funcionamiento social y laboral, y cambios psicológicos y de comportamiento.
- El alcohol es la droga más consumida en Estados Unidos; la segunda más consumida es el cannabis.
- La intoxicación es el consumo de una sustancia que da como resultado un comportamiento desadaptativo.
- El *síndrome de abstinencia* es el conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas negativas que aparecen cuando el consumo de una sustancia cesa o disminuye drásticamente.

- La desintoxicación es el proceso de retirada de una sustancia de una manera segura, La desintoxicación del alcohol y de los barbitúricos puede poner en peligro la vida del paciente, por lo que deben realizarse bajo supervisión médica.
- Los factores de riesgo más importantes de alcoholismo son: tener un progenitor (o ambos) alcohólico, la vulnerabilidad genética y haber pasado la infancia en una familia en la que había una persona adulta alcohólica.
- El uso rutinario de instrumentos de detección como el Cuestionario para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en una gran variedad de contextos clínicos (clínicas especializadas, consultas externas de hospitales, centros de atención primaria, centros de salud mental y servicios de urgencias) sirve para detectar de forma precoz los problemas con el alcohol.
- Después de la desintoxicación, el tratamiento por consumo de sustancias continúa en entornos tanto extrahospitalarios como hospitalarios. En muchos casos, el tratamiento se basa en el programa de los doce pasos, cuyos objetivos son conseguir la abstinencia, cambiar los hábitos de vida y lograr el apoyo de familiares y amigos.
- El consumo de sustancias puede considerarse como una enfermedad familiar. Esto significa que la adicción de uno de sus miembros afecta de una u otra manera a todos los miembros de la familia. Los familiares y los amigos íntimos necesitan información, educación y apoyo para afrontar sus propios sentimientos hacia el adicto. Existen muchos grupos de apoyo y de autoayuda para los familiares y los amigos.
- Los entornos de tratamiento convencionales no suelen ser eficaces en el caso de los pacientes con un diagnóstico dual (consumo de sustancias y otro trastorno mental grave), por lo que requieren una atención muy especializada.
- Las intervenciones de enfermería en los pacientes que están en tratamiento por consumo de sustancias incluyen la información y educación del paciente y de la familia, el abordaje de los problemas familiares y el aprendizaje por parte del paciente de estrategias de afrontamiento más eficaces para afrontar el estrés y los problemas de la vida.
- Los profesionales sanitarios presentan tasas más elevadas de problemas relacionados con el consumo de sustancias, sobre todo con los analgésicos opioides, los estimulantes y los sedantes. Informar sobre un compañero de trabajo cuando se sospecha de abuso de sustancias es una responsabilidad ética (a veces, también legal) de todos los profesionales sanitarios.

## *P*reguntas de razonamiento crítico

1. Descubre que un compañero de la unidad hospitalaria en la que trabaja ha tomado diazepam del suministro dirigido a un paciente. Le afea su conducta y él le responde: «Estoy viviendo una situación muy estresante en casa. Nunca había hecho antes algo así y te prometo que no volverá a ocurrir». ¿Qué debe hacer?

¿Por qué?

2. En Inglaterra, las clínicas especializadas suministran gratuitamente dosis diarias de drogas (como la heroína) a los drogodependientes con el fin de reducir el tráfico de drogas y disminuir los índices de delincuencia. ¿Considera que este método es eficaz? ¿Lo implantaría en su país? ¿Por qué?

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2007). Stability of sub-types of natural recovery from alcohol dependence after two years. *Addiction*, *102*(6), 904–908.
- Bohn, M. J., Babor, T. F., & Kranzler, H. R. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol*, *56*(4), 423–432.
- Ciraulo, D. A., & Sarid-Segal, O. (2005). Sedative-, hypnotic- or anxiolytic-related abuse. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1300–1318). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Crowley, T. J., & Sakai, J. (2005). Inhalant-related disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1247–1257). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Culbertson, J. W. (2006). Alcohol use in the elderly: Beyond the CAGE. Part 2: Screening instruments and treatment strategies. *Geriatrics*, *61*(11), 20–26.
- Grogan, L. (2006). Alcoholism, tobacco and drug use in the countries of central and eastern Europe and the former Soviet Union. *Substance Use & Misuse*, *41*(4), 567–571.
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2005). Cannabis-related disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1211–1220). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jaffe, J. H., & Anthony, J. C. (2005). Substance-related disorders: Introduction and overview. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1137–1168). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jaffe, J. H., Ling, W., & Rawson, R. A. (2005). Amphetamine (or amphetamine-like) related disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1188–1201). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jaffe, J. H., & Strain, E. C. (2005). Opioid-related disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1265–1291). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.



## RECURSOS DE INTERNET

### RECURSOS

- Al-Anon/Alateen
- Alcoholics Anonymous
- Base de datos de reuniones de Alcoholics Anonymous
- Center for Substance Abuse Treatment

- Narcotics Anonymous
- National Council on Alcoholism and Drug Dependence
- National Institute of Mental Health
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
- Recursos de Alcoholics Anonymous para la recuperación
- Women for Sobriety

## DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.al-anon.org>

<http://www.aa.org>

<http://www.meetingfinder.org>

<http://www.csat.samhsa.gov/>

<http://www.na.org>

<http://www.ncadd.org>

<http://nimh.nih.gov>

<http://www.niaaa.nih.gov>

<http://www.recovery.org/aa>

<http://www.womenforsobriety.org>

- Jones, R. T. (2005). Hallucinogen-related disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1238–1247). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kearns-Bodkin, J. N., & Leonard, K. E. (2008). Relationship functioning among adult children of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69*(6), 941–950.
- Kitanaka, A. (2007). Alcoholism in Japan. Retrieved March 8, 2009, from <http://www.japaninc.com/jin439>.
- Lehne, R. A. (2006). *Pharmacology for nursing care* (6th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Malcolm, B. P., Hesselbrock, M. N., & Segal, B. (2006). Multiple substance dependence and course of alcoholism among Alaska native men and women. *Substance Use & Misuse, 41*(5), 729–741.
- Mann, K., Kiefer, F., Spanagel, R., & Littleton, J. (2008). Acamprosate: Recent findings and future research directions. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 32*(7), 1105–1110.
- Martinotti, G., Andreoli, S., Di Nicola, M., Di Giannantonio, M., Sarchiapone, M., & Janiri, L. (2008). Quetiapine decreases alcohol consumption, craving, and psychiatric symptoms in dually diagnosed alcoholics. *Human Psychopharmacology, 23*(5), 417–424.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2007a). A family history of alcoholism. Retrieved from <http://www.pubs.niaaa.nih.gov/publications/FamilyHistory/famhist.htm>.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2007b). Alcohol and minorities. Retrieved from <http://www.niaaa.nih.gov/>.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2007c). Statistical snapshot of college drinking. Retrieved from <http://www.collegedrinkingprevention.gov>.
- NIAAA. (2009). Data/statistical tables. Retrieved October 20, 2009, from <http://www.niaaa.gov/>.
- Richardson, K., Baillie, A., Reid, S., Morley, K., Teesson, M., Sannibale, C., et al. (2008). Do acamprosate or naltrexone have an effect on daily drinking by reducing craving for alcohol? *Addiction, 103*(6), 953–959.
- SAMHSA. (2009). Motor vehicle fatalities. Retrieved October 20, 2009, from <http://www.oas.samhsa.gov/2k9/204/204DUIFaculty2k9.htm>.
- Schuckit, M. A. (2005). Alcohol-related disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1168–1188). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Schuckit, M. A. (2009). An overview of genetic influences in alcoholism. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), S5–S14.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2007). Statistics for alcoholism and drug dependency. United States Department of Health and Human Services. Retrieved from <http://www.oas.samhsa.gov>.
- Wakabayashi, I., & Masuda, H. (2006). Influence of drinking alcohol on atherosclerotic risk in alcohol flushers and non-flushers of Oriental patients with type 2 diabetes mellitus. *Alcohol and Alcoholism*, 41(6), 672–677.
- Watts, M. (2007). Incidences of excess alcohol consumption in the older person. *Nursing Older People*, 18(12), 27–30.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Fein, G., & McGillivray, S. (2007). Cognitive performance in long-term abstinent elderly alcoholics. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31(11), 1788–1799.
- Misch, D. A. (2007). “Natural recovery” from alcohol abuse among college students. *Journal of American College Health*, 55(4), 215–218.
- Rajemdrum R., Lewison, G., & Preedy, V. R. (2006). Worldwide alcohol-related research and the disease burden. *Alcohol and Alcoholism*, 41(1), 99–106.
- Stolberg, V. B. (2006). A review of perspectives on alcohol and alcoholism in the history of American health and medicine. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 5(4), 39–106.

## Autoevaluación

### PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:

1. ¿Cuál de las afirmaciones que siguen indicaría que la educación sobre el tratamiento con naltrexona ha sido eficaz?
  - a. «Si consumo heroína mientras tomo este medicamento, enfermaré».
  - b. «Este medicamento bloqueará los efectos de cualquier opiáceo que tome».
  - c. «Si consumo opiáceos mientras tomo naltrexona, me pondré muy, muy enfermo».
  - d. «Si tomo naltrexona puedo marearme».
2. La clonidina se prescribe para el tratamiento de los síntomas de la abstinencia de opiáceos. ¿Cuál de las siguientes evaluaciones de enfermería es imprescindible antes de administrar una dosis de este medicamento?
  - a. Tomar la presión arterial.
  - b. Determinar cuándo fue la última vez que el paciente consumió el opiáceo.
  - c. Observar al paciente para ver si hay temblores.
  - d. Realizar una evaluación general detallada del estado de salud del paciente.
3. ¿Cuál de los comportamientos siguientes indica que una persona está bajo los efectos de la intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central?

- a. Habla balbuceante, marcha inestable, problemas de concentración.
  - b. Hiperactividad, verborrea, euforia.
  - c. Pérdida de las inhibiciones, aumento del apetito, distorsión de las percepciones.
  - d. Despersonalización, dilatación de las pupilas, alucinaciones visuales.
4. Los doce pasos de Alcohólicos Anónimos (AA) enseñan que:
- a. La aceptación de que se es alcohólico insta a dejar de beber.
  - b. Un poder superior protege al paciente si siente el deseo intenso de beber alcohol.
  - c. Una vez que el paciente ha aprendido a permanecer sobrio, puede dejar AA.
  - d. Una vez que el paciente ha conseguido mantenerse sobrio, sigue existiendo el riesgo de volver a beber.
5. Un profesional de enfermería ha dado una charla sobre profesionales con problemas con el consumo de sustancias en el servicio del hospital en que el trabaja. Sabe que la charla ha sido eficaz porque los profesionales han aprendido a identificar uno de los siguientes factores de riesgo como el más importante, ¿cuál?
- a. La mayor parte del personal de enfermería es codependiente en sus relaciones personales y profesionales.
  - b. La mayor parte del profesional de enfermería proviene de familias disfuncionales y corre el riesgo de desarrollar una adicción.
  - c. La mayor parte del personal de enfermería está expuesto a diversas sustancias y tiene la creencia de que no están en riesgo de desarrollar la enfermedad.
  - d. La mayor parte del personal de enfermería tiene ideas preconcebidas sobre el tipo de personas que se vuelven adictas.
6. Un paciente acude al tratamiento durante el día intoxicado, pero lo niega. El profesional llega a la conclusión de que el paciente utiliza uno de los siguientes mecanismos de defensa:
- a. Negación.
  - b. Formación reactiva.
  - c. Proyección.
  - d. Transferencia.
7. Una paciente le dice al profesional de enfermería que todas las mañanas se toma una copa para calmar los nervios y quitarse los temblores. El profesional se da cuenta de que esta paciente está en riesgo de desarrollar:
- a. Un trastorno de ansiedad.
  - b. Una alteración neurológica.
  - c. Dependencia física del alcohol.
  - d. Dependencia psicológica del alcohol.

## **PREGUNTAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE**



*Puede elegir más de una respuesta en cada pregunta.*

1. ¿Cuáles de los siguientes son signos del síndrome de abstinencia de alcohol?
  - a. Lagunas mentales.
  - b. Sudoración.
  - c. Hipertensión arterial.
  - d. Letargo.
  - e. Náuseas.
  - f. Temblores.
2. ¿Cuáles de los siguientes medicamentos o drogas son depresores del sistema nervioso central?
  - a. Cannabis.
  - b. Diazepam.
  - c. Heroína.
  - d. Petidina.
  - e. Fenobarbital.
  - f. Whisky.

## **CASO CLÍNICO**

Sharon, de 43 años, asiste a un programa de tratamiento ambulatorio para el alcoholismo. Está divorciada y sus dos hijos viven con el padre. La semana pasada rompió con el que era su novio desde hacía 3 años. Hace poco la detuvo la policía por segunda vez por conducir bajo los efectos del alcohol, y por este motivo está en el programa de tratamiento ambulatorio. Le dice a todo el que quiere escucharla que ella «no es alcohólica», pero que está en el programa de tratamiento para no tener que ingresar en prisión.

1. Haga dos diagnósticos de enfermería para Sharon.
2. ¿Qué resultado cabe esperar para cada uno de estos diagnósticos?
3. Indique tres intervenciones de enfermería para cada uno de estos diagnósticos.

# 18

## Trastornos de la conducta alimentaria

### Términos clave

- aglutinamiento (familia con límites difusos)
- alexitimia
- anorexia nerviosa
- atracón
- automonitorización
- bulimia nerviosa
- distorsión de la imagen corporal
- falta de definición de los roles
- imagen corporal
- purgas
- saciedad

### Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Comparar y contrastar los signos y los síntomas de la anorexia nerviosa con los de la bulimia nerviosa.
2. Explicar las diferentes teorías etiológicas de los trastornos de la conducta alimentaria.
3. Describir los tratamientos más eficaces para los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria.
4. Aplicar el procedimiento de enfermería a la atención de los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria.
5. Informar y educar a los pacientes, a la familia y a la sociedad en general sobre los trastornos de la conducta alimentaria.
6. Analizar sus propios sentimientos, creencias y actitudes sobre los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria.

**EL ACTO DE COMER FORMA PARTE DE LA VIDA COTIDIANA.** Alimentarse es necesario para sobrevivir, pero también es una actividad social y una parte importante de muchas celebraciones. La gente sale a cenar, invita a amigos y a familiares a comer en casa y

celebra con comida los acontecimientos especiales, como las bodas y los cumpleaños. No obstante, para algunas personas comer es una fuente de preocupación y ansiedad. ¿Estoy comiendo demasiado? ¿Parezco gordo? ¿Estará la solución en ese producto para adelgazar y mantener la línea que anuncian en la televisión?

La obesidad representa un grave problema de salud en Estados Unidos, hasta el punto de que algunos autores la equiparan con una epidemia. El número de problemas médicos asociados con la obesidad ha aumentado sustancialmente entre los niños. Al mismo tiempo, con tal de adelgazar, millones de mujeres se matan de hambre o siguen unos hábitos de alimentación caóticos que pueden provocarles incluso la muerte.

Este capítulo trata de dos trastornos mentales muy importantes: la anorexia y la bulimia nerviosa, los dos trastornos de la conducta alimentaria que se observan con más frecuencia en la práctica clínica de la psiquiatría. También se explican las estrategias para la detección precoz y la prevención de estos trastornos.

## ASPECTOS GENERALES

Aunque muchas personas creen que los trastornos de la conducta alimentaria son relativamente recientes, existen documentos de la Edad Media en los que se describen prácticas de inanición voluntaria de algunas mujeres que ayunaban para alcanzar la santidad.

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.

A finales del siglo xix, médicos de Francia y Reino Unido describieron varios casos de mujeres jóvenes que, al parecer, ayunaban de forma voluntaria para evitar la obesidad. Sin embargo, hasta la década de 1960 no se describió la anorexia como trastorno mental. La bulimia nerviosa se describió como trastorno específico en 1979 (Anderson y Yager, 2005).

Los trastornos de la conducta alimentaria pueden considerarse como un continuo que empieza en los pacientes con anorexia, que comen muy poco o ayunan voluntariamente, y termina en los pacientes con bulimia, que comen de forma caótica. En este continuo, debe incluirse también a los pacientes obesos que comen demasiado. Los trastornos de la conducta alimentaria se solapan entre ellos en gran medida: entre el 30 % y el 35 % de los pacientes con un peso normal que sufren bulimia nerviosa presentan antecedentes de anorexia nerviosa y de peso corporal por debajo de lo normal, y aproximadamente el 50 % de los pacientes con anorexia nerviosa presentan conductas bulímicas. Las características distintivas de la anorexia nerviosa son un inicio precoz (por lo general durante la adolescencia), peso corporal inferior al normal y falta de consciencia del paciente de que su conducta alimentaria es un problema. La bulimia nerviosa tiene un inicio más tardío, y el peso corporal de los pacientes es prácticamente normal. Al contrario de lo que sucede con los pacientes anoréxicos, los bulímicos suelen ser conscientes del problema y, de hecho, lo habitual es que se sientan molestos o

avergonzados por su conducta con respecto a la comida.

Más del 90 % de los casos de anorexia y bulimia se observan en mujeres ([American Psychiatric Association \[APA\], 2000](#)). Aunque el número de pacientes masculinos con un trastorno de la conducta alimentaria es muy inferior al de pacientes femeninas, el número de niños y hombres con anorexia o bulimia podría ser muy superior a lo que se han creído, y en muchos casos se trata de deportistas ([Glazer, 2008](#)). En todo caso, la probabilidad de que un hombre busque tratamiento para un trastorno de la alimentación es mucho menor que en las mujeres. Según las estimaciones, la tasa de prevalencia de ambos trastornos oscila entre el 1 % y el 3 % de la población general de Estados Unidos ([Anderson y Yager, 2005](#)).

## CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y TRASTORNOS RELACIONADOS

La **anorexia nerviosa** es un trastorno de la conducta alimentaria que puede poner en peligro la vida del paciente. Se caracteriza por el rechazo o la incapacidad del paciente de mantener un peso corporal mínimo normal, miedo exagerado a aumentar de peso o a convertirse en obeso, una percepción muy distorsionada de la figura y del tamaño del cuerpo y la incapacidad o la negativa a reconocer la existencia o gravedad del problema ([APA, 2000](#)). Los pacientes con anorexia nerviosa suelen pesar un 85 % o menos de lo que cabría esperar para su edad y estatura, están excesivamente preocupados por la comida y cualquier actividad relacionada con la alimentación y, en el caso de las mujeres, han sufrido amenorrea al menos durante tres ciclos menstruales consecutivos.

Para los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa que figuran en la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado* (DSM-IV-TR; [APA, 2000](#)), véase el cuadro «Signos y síntomas de la anorexia nerviosa».

Los pacientes con anorexia nerviosa pueden clasificarse en dos subgrupos según los métodos que utilizan para controlar el peso corporal. Los que padecen anorexia nerviosa de tipo restrictivo adelgazan principalmente haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio físico en exceso. Los que sufren anorexia nerviosa de tipo compulsivo/purgativo recurren regularmente a atracones seguidos de purgas. Por **atracción** se entiende la ingesta en un período corto de tiempo, generalmente de 2 h o menos, de una gran cantidad de comida (muy superior a la que la mayoría de las personas suelen comer). Por **purga** se entiende cualquier conducta compensatoria cuyo fin es expulsar los alimentos ingeridos, ya sea provocándose el vómito o mediante el uso excesivo de laxantes, enemas y diuréticos. Algunos pacientes con anorexia nerviosa recurren a los comportamientos purgativos tras ingerir una pequeña cantidad de alimentos.

Los pacientes con anorexia nerviosa están completamente absortos en su búsqueda de la pérdida de peso y la delgadez. De hecho, el término «anorexia» es equívoco: estos pacientes no pierden el apetito, pero lo ignoran, así como los signos de debilidad física y de cansancio. Muchos creen que si comen algo luego no podrán parar de comer y se convertirán en obesos. Estos pacientes suelen estar muy preocupados por cualquier actividad relacionada con la comida y la alimentación, como ir a comprar comida,

coleccionar recetas o tener libros de cocina, contar calorías, inventar recetas que no contengan grasa y reunirse con la familia para comer. Además, muestran conductas inusuales o rituales relacionados con los alimentos, como negarse a comer en presencia de otras personas, cortar los alimentos en trozos diminutos o no permitir que la comida entre en contacto con los labios en el momento de ingerirla. Se trata de conductas que le sirven al paciente para aumentar la sensación de control. Estos pacientes suelen realizar ejercicio físico en exceso, incluso durante varias horas al día.



## CASO CLÍNICO: ANOREXIA NERVIOSA

**Maggie tiene 15 años**, mide 1,70 m y pesa 41 kg. Aunque es agosto, lleva pantalones de chándal y tres camisetas una encima de la otra. Tiene el cabello seco y quebradizo, va despeinada y sin maquillar. El médico de atención primaria la ha derivado a la unidad de trastornos de la conducta alimentaria porque ha perdido 9 kg en los últimos 4 meses y presenta amenorrea. Parece aletargada y debilitada, aunque tiene problemas para conciliar y mantener el sueño. Es una apasionada de la danza, y está convencida de que aún tiene que perder más peso para conseguir la figura que desea. La profesora de danza de Maggie ha hablado con sus padres porque está preocupada por el aspecto físico y el cansancio de su alumna.

Los padres dicen que ha pasado de ser una alumna de sobresalientes y notables a aprobar por lo pelos. Pasa mucho tiempo sola en su habitación y suele hacer ejercicio durante muchas horas, incluso en mitad de la noche. Apenas sale con sus amigos, por lo que han dejado de llamarla para quedar. El profesional de la enfermería que entrevista a Maggie en la unidad de trastornos de la conducta alimentaria apenas obtiene información durante la entrevista de evaluación, ya que la paciente se resiste a hablar sobre lo que come. Lo único que dice es que está demasiado gorda y que no quiere seguir engordando. No comprende por qué sus padres la obligan a venir a «este sitio donde lo único que hacen es engordarte y ponerte fea».

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR: Signos y síntomas de la anorexia nerviosa

Miedo intenso a aumentar de peso o a convertirse en obeso, incluso estando muy por debajo del peso normal.

Distorsión de la imagen corporal.

Amenorrea.

Síntomas depresivos (estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad e insomnio).

Preocupación por los pensamientos relacionados con la comida. Sentimientos de ineficacia.

Pensamiento inflexible.

Necesidad intensa de controlar el entorno.

Falta de espontaneidad y restricción notable de la expresividad emocional.

Quejas de estreñimiento y dolor abdominal.

Intolerancia al frío.

Letargo.

Emaciación.

Hipotensión arterial, hipotermia y bradicardia.

Hipertrofia de las glándulas salivales.

Aumento del nitrógeno de urea en sangre (BUN). Desequilibrios hidroelectrolíticos.  
Leucocitopenia y anemia leve.  
Aumento de los valores en las pruebas de función hepática.

Adaptado del *DSM-IV-TR*, 2000.

La **bulimia nerviosa**, a menudo llamada simplemente bulimia, es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por episodios recurrentes (al menos dos veces por semana durante 3 meses) de atracones seguidos de conductas compensatorias inadecuadas para evitar engordar, como purgas, ayunos y exceso de ejercicio físico (APA, 2000). La cantidad de alimentos que el paciente consume durante un atracón es muy superior a la que comería la mayoría de las personas. Es habitual que el paciente se dé los atracones a escondidas. En los períodos entre atracones, suele tomar alimentos con bajo contenido calórico o comer muy rápido. Con frecuencia, el desencadenante de los episodios de atracones o de purgas es una emoción muy intensa, y después del episodio, el paciente se siente culpable o avergonzado o manifiesta verbalmente el desprecio que siente por su persona.

Por lo general, los pacientes con bulimia nerviosa se encuentran en el intervalo de peso normal, pero algunos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. Los vómitos recurrentes destruyen el esmalte dental, de forma que se observa una mayor incidencia de caries y piezas dentales estropeadas. De hecho, a menudo son los dentistas los primeros profesionales sanitarios en darse cuenta de que el paciente padece bulimia nerviosa.

Los trastornos relacionados con la conducta alimentaria que se diagnostican en la infancia son la *pica*, la *rumiación* o *mericismo* y el *trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia* (v. cap. 20). Los pacientes con estos trastornos tienen características comunes, como un sistema familiar disfuncional y relaciones conflictivas entre padres e hijos.

El *trastorno por atracón* figura en el DSM-IV-TR (APA, 2000) como entidad clínica en fase de investigación, y su inclusión en la próxima edición está aún por decidir. Los principales signos y síntomas de este trastorno son episodios recurrentes de atracones que no se siguen de conductas compensatorias inapropiadas (p. ej., purgas), exceso de ejercicio físico o de consumo de laxantes, sentimientos de culpa, vergüenza o disgusto debido a la conducta alimentaria y malestar psicológico clínicamente relevante. El trastorno por atracón suele afectar a personas mayores de 35 años y se observa con frecuencia en los hombres (Yager, 2008). Muchos de estos pacientes tenían sobrepeso o eran obesos en la infancia, y solían ser el blanco de las burlas de sus compañeros desde una edad muy temprana. El 35 % de los pacientes refiere que los episodios de atracones aparecen antes de empezar una dieta para adelgazar, mientras que el 65 % refiere haber seguido una dieta para adelgazar antes de darse los atracones.

El *síndrome de atracones nocturnos* se caracteriza por anorexia matutina, hiperfagia nocturna (consumo del 50 % del aporte calórico diario después de la cena) y despertares



en medio de la noche seguidos de ingesta de alimentos (al menos una vez cada noche). Este síndrome está asociado con el estrés, la baja autoestima, la ansiedad, la depresión y las reacciones psicológicas adversas a la pérdida de peso. La mayoría de los pacientes con síndrome de atracones nocturnos son obesos (Stunkard, Allison y Lundgren, 2008). El tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) ha demostrado tener efectos positivos.



## CASO CLÍNICO: BULIMIA NERVIOSA

**Susan vuelve a casa en coche** desde el supermercado y va comiendo de las bolsas mientras conduce. En un trayecto de 15 min se ha comido un paquete de galletas, una bolsa grande de patatas fritas y medio kilo de jamón cocido. Piensa: «Tengo que darme prisa, tengo que llegar a casa. ¡Nadie puede verme así!». Desde el mismo momento que compró la comida sabía que no toda la compra llegaría a casa.

Deja apresuradamente la comida en la cocina y corre al cuarto de baño. Se le caen las lágrimas mientras vomita para «deshacerse» de lo que acaba de comer. Se siente culpable y avergonzada y no entiende por qué se comporta de este modo. «¡Si no me hubiese comido todas esas cosas!» «Tengo treinta años, estoy casada, tengo dos hijas preciosas y una carrera profesional con mucho futuro como interiorista.» «¿Qué dirían mis clientes si me vieran aquí en el cuarto de baño vomitando?» «Si me vieses mi marido y mis hijas, les daría asco.» Éstos son algunos de los pensamientos de Susan mientras sale del cuarto de baño, y va directa a la cocina para acabar de engullir lo que queda de la comida que ha comprado. Pero, antes de entrar en la cocina, se promete que no va a seguir comiendo. Basta con parar, con tener fuerza de voluntad. Esta reflexión y esta promesa ya se las había hecho a sí misma en otras muchas ocasiones.

Con frecuencia, los pacientes con anorexia y bulimia padecen trastornos mentales comórbidos. En los pacientes que padecen un trastorno de la conducta alimentaria a menudo se observan trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos de abuso/dependencia de sustancias. Los dos trastornos comórbidos más frecuentes son la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo (Anderson y Yager, 2005). Tanto los pacientes anoréxicos como los bulímicos se caracterizan por perfeccionismo, obsesiones y compulsiones, un índice elevado de neuroticismo, negatividad emocional, evitación del daño, baja autodirección, poca cooperación con los demás y rasgos de carácter asociados con el trastorno de la personalidad por evitación. Además, los pacientes con bulimia nerviosa suelen presentar un índice elevado de impulsividad, de búsqueda de sensaciones y de novedades y rasgos de carácter asociados con el trastorno límite de la personalidad (Thompson, 2009). En muchos pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria se encuentran antecedentes de abusos sexuales, generalmente antes de la pubertad (Pike et al., 2008) que pueden ser un factor contribuyente a los problemas con las relaciones íntimas, la atracción sexual y el escaso interés en las relaciones sexuales de estos pacientes. Los enfermos anoréxicos o bulímicos con antecedentes de abusos sexuales tienen una mayor incidencia de depresión, ansiedad y baja autoestima, así como síntomas obsesivo-compulsivos más graves y más problemas en las relaciones

interpersonales (Carter et al., 2006). Sin embargo, aún no está claro si los abusos sexuales tienen o no una relación causa-efecto con los trastornos de la conducta alimentaria.

## **ETIOLOGÍA**

No se conoce la causa específica de los trastornos de la conducta alimentaria. El estímulo inicial que desencadena el trastorno puede ser una dieta de adelgazamiento. La vulnerabilidad biológica, los problemas durante el desarrollo psicoevolutivo y las influencias familiares y sociales pueden hacer que una simple dieta de adelgazamiento se convierta en un trastorno de la conducta alimentaria (tabla 18-1). El refuerzo psicológico y fisiológico a modo de recompensa de los hábitos alimentarios desadaptativos o inadecuados puede cronificar el problema (Anderson y Yager, 2005).

### **Factores biológicos**

En los estudios sobre la anorexia y la bulimia se ha observado que estos trastornos tienden a agruparse en una misma familia. Esta vulnerabilidad genética también podría estar relacionada con un determinado tipo de personalidad o con una susceptibilidad inespecífica a sufrir trastornos mentales, aunque también puede estar directamente relacionada con una disfunción del hipotálamo. Por otro lado, se ha observado que los antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo o de ansiedad (p. ej., los antecedentes de trastorno obsesivo-compulsivo) son un factor de riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria (Anderson y Yager, 2005).

Las alteraciones en los núcleos del hipotálamo pueden explicar muchos de los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria. Existen dos grupos de núcleos hipotalámicos que tienen un papel muy importante en la regulación del apetito y de la saciedad (satisfacción del apetito): el núcleo lateral y el núcleo ventromedial. Las disfunciones del núcleo hipotalámico lateral producen la disminución de la ingesta de alimentos y una menor respuesta a los estímulos sensoriales implicados en los comportamientos relacionados con la comida. Por su parte, las disfunciones del núcleo hipotalámico ventromedial producen una ingesta excesiva de alimentos, aumento de peso y reducción de las respuestas a los efectos saciantes de la glucosa, comportamientos todos ellos que se observan en la bulimia nerviosa.

Se han encontrado numerosas alteraciones neuroquímicas en los trastornos de la conducta alimentaria, pero es complicado afirmar que estas alteraciones desempeñan un papel etiológico en estos trastornos o que son estas alteraciones las que desencadenan el ayuno voluntario, los atracones y las purgas. Por ejemplo, normalmente la concentración de noradrenalina aumenta en respuesta a la ingestión de alimentos, lo que permite al organismo metabolizar y utilizar los nutrientes, pero durante el ayuno no se produce este aumento de la concentración de noradrenalina porque no hay suficientes nutrientes disponibles para su metabolización.

Tabla 18-1. Factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria

Trastorno	Factores de riesgo biológicos	Factores de riesgo relacionados con el desarrollo psicoevolutivo	Factores de riesgo familiares	Factores de riesgo socioculturales
Anorexia nerviosa	Obesidad, dietas de adelgazamiento a edad temprana	Problemas para desarrollar la autonomía personal, el autocontrol y el control del entorno; problemas para desarrollar una identidad propia, insatisfacción con la imagen corporal	Falta de apoyo emocional en la familia, malos tratos de los padres, incapacidad para afrontar los conflictos	Ideal cultural que asocia la delgadez a la belleza física, atención de los medios de comunicación a la importancia de la delgadez, la buena forma física y la belleza corporal; obsesión por tener un cuerpo perfecto
Bulimia nerviosa	Obesidad, dietas de adelgazamiento a edad temprana, posibles alteraciones de los sistemas serotoninérgico y noradrenérgico, susceptibilidad relacionada con el cromosoma 1	Percepción de tener sobrepeso, de estar gordo o de no ser atractivo ni sexualmente deseable, insatisfacción con la imagen corporal	Familia caótica, en la que los límites personales no están claramente definidos, malos tratos o abusos sexuales por parte de los padres	Igual que en la anorexia nerviosa; ser objeto de burlas debido al peso corporal

Por tanto, la concentración de noradrenalina es más baja de lo normal durante los períodos de restricción de la ingesta de alimentos. Asimismo, en los pacientes con anorexia nerviosa la concentración baja de noradrenalina se asocia con una disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial.

El aumento de la concentración de serotonina y de su precursor, el triptófano, se ha relacionado con un aumento de la saciedad. En los pacientes con bulimia nerviosa y con anorexia nerviosa del tipo compulsivo-purgativo se han observado concentraciones por debajo de lo normal de serotonina y de la monoaminoxidasa de los trombocitos (Anderson y Yager, 2005), lo que puede explicar los episodios de atracones. La respuesta positiva de algunos pacientes con bulimia al tratamiento con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) apoya la hipótesis según la cual la concentración de serotonina en la sinapsis puede ser más baja de lo normal en estos pacientes.

### Factores relacionados con el desarrollo psicoevolutivo

Dos de las tareas fundamentales que el individuo debe realizar durante la adolescencia son alcanzar cierta autonomía personal y establecer la identidad personal. La autonomía se define como la capacidad de ejercer un control sobre uno mismo y sobre el entorno, y su consecución resulta más difícil en las familias que sobreprotegen a los hijos o en las que existe **aglutinamiento** (falta de definición clara de los roles o de los límites personales). En estas familias, sus miembros no reciben apoyo para desarrollar la autonomía, por lo que el adolescente tiene la sensación de que no es capaz de ejercer un control adecuado y suficiente de su propia vida, o incluso puede sentir que no tiene ningún tipo de control. Esto, a su vez, lleva al adolescente a empezar a hacer dietas de adelgazamiento muy estrictas con el fin de controlar lo que come, con el consiguiente aumento de la sensación de control sobre su propio cuerpo. De esta forma, la pérdida de peso se convierte en un refuerzo positivo (recompensa) para el adolescente, debido a que

el adelgazamiento le indica que, aunque no pueda controlar su vida, al menos sí puede controlar un aspecto importante de la misma.

Es importante conocer los posibles factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria para que los programas de prevención puedan centrarse en los individuos con mayor riesgo de sufrir estos trastornos. Las adolescentes que expresan la insatisfacción con su cuerpo tienen más probabilidades de presentar signos y síntomas psicopatológicos, como estados emocionales negativos durante la ingesta de alimentos, atracones, actitudes anómalas, incluso patológicas, respecto a la comida y el peso corporal, baja autoestima, estrés y depresión. En un estudio se observó que los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria tenían hábitos anómalos con respecto a la alimentación, actitudes distorsionadas hacia la comida, tendencia a comer en secreto, preocupación excesiva por la comida, la alimentación, la figura y el peso corporal, miedo a perder el control y a no poder parar de comer, así como deseo de tener el estómago completamente vacío (Cave, 2009).

Conseguir una identidad propia y una idea clara de quién es cada uno como persona es otra de las tareas evolutivas fundamentales de la adolescencia. Esta necesidad es sentida por el individuo desde el comienzo mismo de la pubertad, etapa del desarrollo psicoevolutivo que inicia numerosos cambios fisiológicos y psicológicos. Si el adolescente no se siente a la altura de la persona que quiere ser, puede dudar de sí mismo y entrar en un período caracterizado por la confusión sobre su identidad.



### **Distorsión de la imagen corporal.**

Los anuncios, las revistas y las películas en las que aparecen modelos y actores muy delgados fomentan la creencia cultural de que la delgadez es atractiva. Las dietas estrictas y el adelgazamiento pueden ser el método elegido por los adolescentes para alcanzar este ideal de belleza. La **imagen corporal** es la forma en que uno percibe su propio cuerpo; es decir, una autoimagen mental. La mayoría de las personas tienen una imagen corporal que concuerda con la opinión de los demás. Sin embargo, la imagen corporal de la mayoría de los pacientes con anorexia nerviosa difiere enormemente de la percepción de los demás. Se perciben a sí mismos como gordos, sin atractivo físico y no deseables desde el punto de vista sexual, incluso en los casos en que sufren una desnutrición grave y están muy por debajo del peso ideal. La **distorsión de la imagen corporal** se produce cuando hay una gran discrepancia entre la imagen corporal de la persona y la percepción que los demás tienen de ella, además de una insatisfacción intensa con esta imagen.

La percepción de nuestro propio cuerpo puede influir en gran medida en el desarrollo de la identidad en la adolescencia, y esta percepción puede persistir en la edad adulta. La distorsión de la imagen corporal lleva al paciente a creer que tiene que hacer dieta para



poder ser feliz o encontrarse satisfecho. Los pacientes con bulimia nerviosa refieren insatisfacción con su propio cuerpo, y además, están convencidos de que están gordos, de que no tienen ningún atractivo físico y de que no son sexualmente deseables. El círculo vicioso de atracones y purgas observado en la bulimia puede empezar en cualquier momento: después del fracaso con una dieta de adelgazamiento, antes de empezar una dieta muy estricta o durante la dieta misma, pero la dinámica de atracones también puede formar parte del «programa de adelgazamiento» que el paciente ha elaborado por su cuenta y riesgo.

### **Influencias familiares**

Las chicas que crecen en familias problemáticas o que han sido víctimas de malos tratos o de abusos sexuales en su entorno familiar presentan un riesgo mayor de sufrir anorexia o bulimia. Los trastornos de la alimentación a menudo son el resultado de las desavenencias y conflictos familiares. Las chicas que crecen en una familia con poco o ningún apoyo emocional suelen intentar librarse de las emociones negativas, para lo cual se centran intensamente en algo concreto: el aspecto físico. El trastorno de la alimentación se convierte en una forma de eludir las emociones.

Se ha demostrado que la existencia de factores negativos en la infancia constituye un riesgo significativo de aparición de problemas de la alimentación y del peso corporal durante la adolescencia, la juventud y los primeros años de la vida adulta. Estos factores pueden ser la desatención de las necesidades físicas del niño, los malos tratos, los abusos sexuales, la desatención psicológica, la falta de afecto o empatía, el control excesivo por parte de los progenitores, la hostilidad o la sobreprotección.

### **Factores socioculturales**

En Estados Unidos y en otros países occidentales, los medios de comunicación promueven la delgadez como un rasgo esencial de la «mujer perfecta». La cultura equipara la belleza, el atractivo físico y, en última instancia, la felicidad con la delgadez extrema, el equilibrio perfecto de las diferentes partes del cuerpo y la forma física. Muchas adolescentes idolatran a las actrices y modelos que tienen el aspecto o el cuerpo «perfecto», incluso en los casos en los que la persona famosa está muy por debajo de su peso o se utilizan trucos o efectos para hacerla parecer más delgada de lo que realmente es. Los libros, las revistas, los complementos nutricionales para adelgazar, el equipamiento deportivo para hacer ejercicio físico en casa, los anuncios de cirugía estética y las dietas milagrosas publicitadas a bombo y platillo están por todas partes, y la estética del cuerpo es un negocio que reporta beneficios multimillonarios. En la cultura occidental se considera que el sobrepeso es un signo de dejadez, de ausencia de autocontrol o de indiferencia, y se equipara la búsqueda del «cuerpo perfecto» con la belleza, el atractivo personal, el éxito y la fuerza de voluntad. Así, muchas mujeres afirman que se sienten felices cuando son capaces de seguir la dieta de adelgazamiento e infelices cuando no son capaces de resistir la tentación de comer dulces o de picar entre las comidas.



Esta presión del entorno también contribuye a la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria. La presión de los entrenadores deportivos, de los padres y de los compañeros, unida a la importancia que se le da a la figura corporal en algunos deportes como la gimnasia y en algunas expresiones artísticas como la danza, pueden contribuir a la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria en las personas que practican estas actividades. La preocupación de los padres por el peso de sus hijos y las burlas de los iguales, incluso de los propios progenitores, refuerzan la insatisfacción de los jóvenes con su cuerpo y la necesidad de seguir una dieta de adelgazamiento o de controlar la alimentación de alguna otra forma. Los resultados de los estudios realizados en Estados Unidos y Europa indican que el acoso escolar y el acoso de los compañeros fuera de los centros educativos están asociados con un mayor riesgo de aparición de alteraciones de los hábitos alimentarios (Eisenberg y Newmark-Sztainer, 2008; Sweetingham y Walter, 2008).

### ASPECTOS CULTURALES

La anorexia y la bulimia nerviosa son muchísimo más prevalentes en las sociedades económicamente desarrolladas, en las que hay abundancia de alimentos y la belleza se asocia a la delgadez. En Estados Unidos, la anorexia nerviosa es menos frecuente entre los afroamericanos (Andreasen y Black, 2006). Un ejemplo muy claro de la presión que ejerce la cultura es el de Fiyi, una isla en la que hasta hace poco apenas había televisión. Los trastornos de la conducta alimentaria prácticamente no existían, y ser rolliza se consideraba el ideal de belleza en las chicas y en las mujeres adultas. En los cinco años posteriores a la implantación generalizada de este medio de comunicación, la tasa de incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria se disparó en la isla.

Estos trastornos mentales son mucho más frecuentes en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. La tasa de prevalencia entre los inmigrantes procedentes de culturas en las que apenas existen los trastornos de la conducta alimentaria va aumentando progresivamente a medida que asimilan el ideal de belleza de la delgadez (APA, 2000).

En un estudio llevado a cabo en Israel se analizó la influencia de los factores socioculturales en los trastornos de la conducta alimentaria. Las adolescentes y las mujeres tenían una incidencia de trastornos de la conducta alimentaria similar a la existente en cualquier otro país occidental u occidentalizado; sin embargo, las mujeres y adolescentes israelíes de origen árabe presentaban muy pocas alteraciones de la alimentación comparadas con grupos similares de mujeres y adolescentes occidentales debido a que mantenían las creencias propias de la cultura árabe, que difieren en gran medida de las occidentales (Latzer, Witztum y Stein, 2008).

La incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria es prácticamente la misma entre las mujeres de Estados Unidos de origen europeo y las procedentes de Centroamérica, Sudamérica y el Caribe («hispanas»), y es más baja entre las afroamericanas y las de origen asiático (Anderson y Yager, 2005). Las adolescentes y las mujeres jóvenes de Estados Unidos que pertenecen a culturas minoritarias, tienen un

buen nivel educativo y están fuertemente identificadas con los valores prevalentes en la clase media presentan un riesgo mayor de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria.

Durante los últimos años, en Estados Unidos la tasa de incidencia de estos trastornos ha aumentado en todas las clases sociales y grupos étnicos (Anderson y Yager, 2005). Debido a la prevalencia de las nuevas tecnologías, el mundo entero se encuentra expuesto a la influencia de los valores e ideales de occidente, valores en los que se equiparan la delgadez con la belleza y el atractivo físico y personal. A medida que este ideal de belleza se vaya extendiendo por ámbitos culturales que hasta ahora se mantenían ajenos al influjo de la cultura occidental, con toda probabilidad aumentarán la tasa de incidencia de la anorexia y la bulimia en dichos ámbitos.

## **ANOREXIA NERVIOSA**

### **Inicio y curso clínico**

La anorexia nerviosa suele aparecer entre los 14 y los 18 años de edad. Al principio, lo habitual es que el paciente niegue tener una percepción negativa de su imagen corporal o que sienta ansiedad por su aspecto físico. En las fases iniciales, estos pacientes se sienten enormemente satisfechos con su capacidad de controlar el peso y así lo expresan con frecuencia a cualquier persona dispuesta a escucharles. Durante la entrevista inicial, a menudo se observa que el paciente es incapaz de identificar o de explicar sus sentimientos y emociones sobre aspectos importantes de la vida, como los estudios y las relaciones que mantiene con su familia y amigos. No es infrecuente que afirmen sentirse vacíos.

**Tabla 18-2. Complicaciones médicas más frecuentes asociadas con los trastornos de la conducta alimentaria**

Tipo de complicación	Síntomas y signos
<b>Asociadas a la pérdida de peso corporal</b>	
Musculoesqueléticas	Destrucción de masa muscular, pérdida de grasa, osteoporosis y fracturas patológicas
Metabólicas	Hipotiroidismo (los síntomas son: anergia, debilidad, intolerancia al frío y bradicardia), hipoglucemia y disminución de la sensibilidad a la insulina
Cardíacas	Bradicardia, hipotensión arterial, destrucción de la masa muscular cardíaca, arritmias (contracciones auriculares y ventriculares prematuras, prolongación del intervalo QT, taquicardia ventricular) y muerte súbita
Gastrointestinales	Retraso del vaciamiento gástrico, meteorismo (indigestión gaseosa), estreñimiento, dolor abdominal, gases y diarrea
Reproductivas	Amenorrea y disminución de la concentración de hormona luteinizante y de hormona folículoestimulante
Cutáneas	Piel seca y quebradiza debido a la deshidratación, lanugo (vello fino, semejante al de un bebé), edema y acrocianosis (cianosis en las manos y los pies)
Hematológicas	Leucocitopenia, anemia, trombocitopenia, hipercolesterolemia e hipercarotinemia
Neuropsiquiátricas	Disgeusia, depresión con apatía, síntomas y signos leves de un síntoma psicorgánico leve y alteraciones del sueño
<b>Asociadas a las purgas (vómitos y consumo excesivo de laxantes)</b>	
Metabólicas	Alteraciones hidroelectrolíticas (hipopotasemia, alcalosis hipoclorémica, hipomagnesemia y aumento de la concentración de urea en sangre)
Gastrointestinales	Inflamación e hipertrofia de las glándulas salivales y del páncreas con aumento de la concentración de amilasa sérica, esofagitis erosiva, rotura esofágica, gastritis, disfunción intestinal y síndrome de la arteria mesentérica superior
Dentales	Erosión del esmalte dental (perimólisis), especialmente de los dientes anteriores
Neuropsiquiátricos	Convulsiones (relacionadas con grandes desplazamientos de líquidos y alteraciones hidroelectrolíticas), neuropatías leves, cansancio, debilidad y síntomas y signos leves de síndrome psicorgánico

Adaptado de Anderson AE y Yager J (2005). Eating disorders. En BJ Sadock y VA Sadock (eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 2, 8.ª ed., pp. 2002-2021). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

A medida que el trastorno avanza, aparecen la depresión y la labilidad emocional. Con la intensificación de la dieta de adelgazamiento y de los comportamientos compulsivos, el paciente va metiéndose cada vez más en sí mismo, lo que acaba dando lugar a aislamiento social. Este aislamiento, a su vez, puede dar lugar a desconfianza hacia los demás y a actitudes paranoides. El paciente puede estar convencido de que sus compañeros de clase le envidian por su capacidad para adelgazar y de que la familia y los profesionales sanitarios pretenden convertirlo en una persona «obesa y fea».

En un estudio de seguimiento a largo plazo de pacientes con anorexia nerviosa, [Anderson y Yager \(2005\)](#) observaron que el 30 % de estos pacientes se encontraba bien, el 30 % había mejorado parcialmente, en el 30 % el trastorno se había cronificado y el 10 % había fallecido por causas relacionadas con la anorexia nerviosa. Los pacientes con menor peso corporal y mayor duración del trastorno tendían a recaer con mucha más frecuencia y presentaban los peores resultados clínicos. Los pacientes que abusaban de los laxantes presentaban un riesgo más elevado de complicaciones médicas. En la [tabla 18-2](#) se describen las complicaciones médicas más frecuentes asociadas con los trastornos de la conducta alimentaria.

### Tratamiento y pronóstico

La anorexia nerviosa puede resultar muy difícil de tratar debido a que los pacientes suelen presentar resistencia al tratamiento o se desinteresan totalmente y se niegan a reconocer los problemas. Las opciones de tratamiento son el ingreso del paciente en una

unidad especializada en trastornos de la conducta alimentaria, la atención en una dieta semiambulatoria, los programas de tratamiento de día y el tratamiento ambulatorio. La modalidad de tratamiento depende de la gravedad del trastorno (grado de adelgazamiento, signos y síntomas físicos, duración de los atracones y de las purgas, deseo de alcanzar la máxima delgadez rápidamente, insatisfacción con el propio cuerpo y trastornos psiquiátricos comórbidos). Las complicaciones médicas graves y potencialmente mortales que indican la necesidad de ingresar al paciente en el hospital son los desequilibrios hidroelectrolíticos y metabólicos graves, las complicaciones cardiovasculares, la pérdida ponderal intensa y las consecuencias que ésta acarrea (Andreasen y Black, 2006), así como el riesgo de suicidio. Las estancias intrahospitalarias breves son la opción más eficaz para los pacientes que se comprometen a aumentar de peso y a engordar rápidamente cuando están ingresados. Los pacientes que engordan más lentamente y se resisten en mayor medida a seguir ganando peso requieren ingresos hospitalarios más prolongados (Thiels, 2008). El tratamiento ambulatorio funciona mejor en los pacientes en los que el trastorno empezó hace menos de 6 meses, no presentan episodios de atracones ni purgas y tienen padres dispuestos a participar e implicarse en la terapia familiar. La terapia cognitivo-conductual también puede ser útil para evitar las recaídas y mejorar el desenlace clínico general.

### *Tratamiento médico*

Los objetivos del tratamiento médico son la recuperación del peso normal, la rehabilitación nutricional, la rehidratación y la corrección de los desequilibrios hidroelectrolíticos. A los pacientes se les ofrecen comidas equilibradas desde el punto de vista nutricional y pequeñas cantidades de comida a modo de aperitivo en las que se va aumentando de forma gradual el aporte calórico hasta alcanzar el normal para la edad, el sexo, la estatura, la complexión física y la actividad diaria del paciente. En caso de desnutrición grave, puede ser necesario recurrir a la alimentación parenteral total, a la alimentación mediante sonda nasogástrica o a la sobrealimentación para que el paciente pueda recibir un aporte nutricional suficiente. Generalmente se supervisa el acceso al cuarto de baño para evitar que el paciente se purgue durante el proceso de aumento progresivo de la ingesta calórica. Los criterios para determinar la eficacia del tratamiento son el aumento del peso corporal y la ingesta de una cantidad suficiente de alimentos.

### *Psicofarmacología*

Se han estudiado varias clases de fármacos, pero pocos han demostrado eficacia clínica. La amitriptilina y el antihistamínico ciproheptadina a dosis altas (hasta 28 mg/día) contribuyen en algunos casos a que el paciente aumente de peso durante el ingreso hospitalario. Se ha utilizado la olanzapina con buenos resultados, pues su efecto antipsicótico actúa sobre la distorsión de la imagen corporal, con el consiguiente aumento del peso corporal. La fluoxetina presenta cierta eficacia a la hora de prevenir las recaídas en pacientes cuyo peso había conseguido restablecerse parcial o totalmente (Andreasen y Black, 2006); sin embargo, es preciso proceder a un seguimiento estricto del tratamiento, ya que el adelgazamiento puede ser uno de los efectos secundarios de la fluoxetina.

## *Psicoterapia*

La terapia familiar puede dar buenos resultados en el caso de los pacientes menores de 18 años. En las familias aglutinadas en las que los roles y los límites personales no están claramente definidos y existen dificultades con los sentimientos, las emociones y los conflictos intrafamiliares, la terapia familiar puede servir para empezar a abordar los problemas y mejorar la comunicación. Este tipo de psicoterapia también sirve para que los miembros de la familia se conviertan en participantes activos en el tratamiento del paciente. Sin embargo, en el caso de las familias disfuncionales, puede tardarse 2 años o más alcanzar alguna mejoría en la dinámica familiar.

En algunos casos está indicada la psicoterapia individual; por ejemplo, cuando, por cualquier razón, la familia no puede participar en la terapia familiar, el paciente es mayor de 18 años, es independiente de la familia o tiene problemas personales que requieren psicoterapia individual. La psicoterapia individual se centra en los problemas específicos del paciente y en sus circunstancias, como las estrategias de afrontamiento, la autoestima, la aceptación de sí mismo, las relaciones interpersonales, la asertividad y la toma de decisiones. El trabajo psicoterapéutico puede ayudar a mejorar en todas estas áreas y, en general, en el funcionamiento global y en el grado de satisfacción del paciente. La eficacia de la terapia cognitivoconductual (TCC) está claramente demostrada en los pacientes con bulimia nerviosa, y los procedimientos se han adaptado con resultados muy positivos para el tratamiento también de los pacientes adolescentes que presentan anorexia nerviosa (Schmidt, 2008).

## **BULIMIA NERVIOSA**

### **Inicio y curso clínico**

La bulimia nerviosa suele comenzar en los últimos años de la adolescencia o en los primeros años de la juventud. La edad de inicio más frecuente es entre los 18 y los 19 años. Los atracones suelen empezar cuando el paciente está siguiendo una dieta de adelgazamiento o una vez que ha terminado o se ha abandonado la dieta. Entre los episodios de atracones y de purgas, es habitual que el paciente restrinja la ingesta de alimentos o decida comer sólo ensaladas u otros alimentos de bajo contenido calórico. Esta restricción de la ingesta actúa como desencadenante del siguiente episodio de atracón y purga, estableciéndose una dinámica en forma de círculo vicioso que hace que el trastorno se establezca.

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR: Signos y síntomas de la bulimia nerviosa**

Episodios recurrentes de atracones.

Conductas compensatorias (provocarse el vómito, consumo excesivo de laxantes, diuréticos, uso de enemas y otros fármacos o ejercicio físico excesivo).

La capacidad de introspección está exageradamente influida por el peso corporal y la figura.



El peso corporal suele encontrarse dentro del intervalo normal, aunque a veces hay un ligero sobrepeso o un peso ligeramente inferior al normal.

Restricción de la ingesta calórica normal entre un episodio y otro de atracones, para lo que el paciente elige alimentos con escaso contenido calórico y evita los alimentos que considera que engordan o que podrían desencadenar un atracón.

Síntomas depresivos y de ansiedad.

Posible consumo de sustancias, tales como alcohol y estimulantes del sistema nervioso central.

Erosión del esmalte dental.

Piezas dentales deterioradas, carcomidas o con aspecto apollado.

Aumento de las caries dentales.

Menstruaciones irregulares.

Dependencia de los laxantes.

Desgarros esofágicos.

Alteraciones hidroelectrolíticas.

Alcalosis (producida por los vómitos) o acidosis (producida por la diarrea) metabólica.

Aumento leve de la concentración sérica de amilasa.

---

Adaptado del *DSM-IV-TR*, 2000.

Los pacientes con bulimia nerviosa son conscientes de que su conducta alimentaria es patológica, y pueden hacer cosas muy complicadas para ocultarla a los demás. Entre las conductas de ocultamiento más habituales está almacenar alimentos en el coche, en la oficina o en escondites en la casa. Hay pacientes que cogen el coche y se dedican a ir de un restaurante de comida rápida a otro; en cada uno consumen una cantidad normal de comida, pero se paran en seis o siete restaurantes en el plazo de 1 h o 2 h. El paciente puede mantener estos hábitos durante años hasta que la familia o sus amigos descubren lo que está haciendo o hasta que empiezan a aparecer las complicaciones médicas, que suelen ser la razón por la que el paciente busca tratamiento.

Los estudios de seguimiento a largo plazo de pacientes con bulimia nerviosa muestran que 10 años después del tratamiento, el 30 % continúan con los atracones recurrentes y las purgas, y entre el 38 % y el 47 % se recupera del todo ([Anderson y Yager, 2005](#)); sin embargo, un tercio de los pacientes en los que se consigue la recuperación completa recaen. Los pacientes bulímicos que sufren un trastorno de la personalidad comórbido suelen presentar un peor desenlace clínico comparado con los que no sufren dicho trastorno. Las estimaciones realizadas indican que la tasa de mortalidad provocada por la bulimia nerviosa es de aproximadamente un 3 % o menos. Para los criterios diagnósticos del *DSM-IV-TR* para la bulimia nerviosa, véase en este mismo capítulo el cuadro «Signos y síntomas de la bulimia nerviosa».

La mayoría de los pacientes bulímicos reciben tratamiento ambulatorio. El ingreso hospitalario está indicado si los episodios de atracones y purgas están fuera de control y la evolución del estado médico del paciente depende de controlar estos episodios. La mayoría de los pacientes tienen un peso prácticamente normal, lo que hace que la desnutrición no sea un factor preocupante, como en el caso de la anorexia nerviosa.

## Tratamiento y pronóstico



### *Terapia cognitivo-conductual*

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es el tratamiento más eficaz para la bulimia nerviosa. El tratamiento es ambulatorio y el psicoterapeuta debe disponer de un manual detallado como referencia. La TCC consiste en dos tipos de estrategias: las dirigidas a modificar el pensamiento del paciente (estrategias cognitivas) y las dirigidas a modificar la conducta (estrategias conductuales). Los objetivos del tratamiento son interrumpir el ciclo de dietas adelgazantes, atracones y purgas, y modificar los pensamientos y creencias disfuncionales sobre la comida, el peso, la imagen corporal y el autoconcepto general. Se obtienen resultados muy positivos cuando la TCC se complementa con el entrenamiento en asertividad y con el fomento de la autoestima (Schmidt et al., 2007).

### *Psicofarmacología*

Desde 1980 se han llevado a cabo varios estudios clínicos comparativos para evaluar la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la bulimia nerviosa. Se han administrado psicofármacos como la desipramina, la imipramina, la amitriptilina, la nortriptilina, la fenelzina y la fluoxetina a la misma dosis utilizada para tratar la depresión (v. cap. 2), y en todos los estudios los antidepresivos fueron más eficaces que el placebo para reducir los atracones. Además, el estado de ánimo mejoró y disminuyó la preocupación por la figura y el peso corporal. Sin embargo, la mayoría de los resultados positivos obtenidos en estos estudios no se mantuvieron mucho tiempo, y aproximadamente un tercio de los pacientes tuvieron una recaída dentro de los primeros 2 años después de concluirse de estudio (Agras, 2006).



### Diagnóstico de enfermería

**Afrontamiento ineficaz:** incapacidad para evaluar adecuadamente los factores estresantes, elección inadecuada de las estrategias de afrontamiento y/o incapacidad para emplear los recursos disponibles.

#### DATOS DE LA VALORACIÓN

- Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas.
- Incapacidad para pedir ayuda.
- Incapacidad para resolver los problemas.
- Incapacidad para cambiar las conductas.
- Conducta autodestructiva.
- Pensamientos o conductas suicidas.
- Incapacidad para retrasar la gratificación.
- Control deficiente de los impulsos.
- Conducta delictiva con robos o hurtos en establecimientos comerciales.
- Deseo de alcanzar la perfección.
- Sensación de incompetencia o de inadecuación.
- Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad.
- Relaciones interpersonales insatisfactorias.
- Verbalización de autorreproches.
- Negación de los sentimientos, de los problemas o del trastorno.
- Ansiedad.
- Alteraciones del sueño.
- Baja autoestima.
- Excesiva necesidad de control.
- Sensación de descontrol o de falta de control.
- Preocupación por el peso corporal, por los alimentos o por las dietas de adelgazamiento.
- Distorsión de la imagen corporal.
- Consumo excesivo de laxantes, diuréticos o productos para adelgazar.
- Secretismo sobre los hábitos alimentarios o la cantidad de alimento ingerida.
- Miedo a convertirse en obeso.
- Vómitos recurrentes.
- Atracciones.
- Ingesta compulsiva de alimentos.
- Consumo de sustancias.

#### RESULTADOS ESPERABLES

##### Inmediatos

###### El paciente

- No se causará daño a sí mismo.
- Aprenderá habilidades para afrontar el estrés y las situaciones conflictivas o difíciles que no tengan relación con la comida, como iniciar la interacción con otras personas o escribir un diario.
- Expresará verbalmente los sentimientos de culpabilidad, enfado y ansiedad y la necesidad excesiva de control.

##### Estabilización

###### El paciente

- Entablará y mantendrá relaciones interpersonales más satisfactorias.
- Aplicará las habilidades aprendidas para afrontar el estrés y las situaciones conflictivas o difíciles no relacionadas con la comida.
- Se abstendrá de conductas desadaptativas como el robo o el hurto en tiendas.
- Manifestará verbalmente sus sentimientos y emociones sin recurrir a la comida.
- Manifestará verbalmente que conoce la indicación y las instrucciones de uso de los fármacos prescritos.

##### En la comunidad

###### El paciente

- Manifestará verbalmente una percepción más realista de su imagen corporal.
- Participará en el seguimiento después del alta y en el plan de tratamiento continuo, en el que se incluirán los grupos de apoyo o de autoayuda o la psicoterapia, dependiendo de las características y necesidades del paciente.
- Manifestará verbalmente que tiene más autoestima y más confianza en sí mismo.

## PUESTA EN PRÁCTICA

**Intervenciones de enfermería** (\*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)

Pregunte directamente al paciente sobre la ideación suicida y las autolesiones.

Establezca con el paciente límites claros sobre los hábitos alimentarios; por ejemplo, comerá siempre en una misma habitación (comedor o cuarto de estar), en una mesa y sólo a las horas normales.

Motive y anime al paciente a comer con otros pacientes, siempre y cuando pueda tolerarlo.

Motive y anime al paciente a expresar verbalmente los sentimientos negativos, como la ansiedad y la culpabilidad por haber comido.

Motive y anime al paciente a llevar un diario para anotar el tipo y la cantidad de alimentos que ha comido y los sentimientos que han aparecido antes, durante y después de la comida, especialmente los relacionados con la compulsión a iniciar la conducta de atracones o purgas.

Hable con el paciente sobre los tipos de alimentos que le tranquilizan y disminuyen su ansiedad.

Motive y anime al paciente a describir y explicar los sentimientos y emociones verbalmente. Comience a separar los sentimientos y emociones relacionados con las comidas de las conductas alimentarias. No critique al paciente y no haga juicios de valor.

Ayude al paciente a probar con nuevos métodos para disminuir la ansiedad, expresar los sentimientos y experimentar placer con cosas que no tengan ninguna relación con la comida.

Anime y motive al paciente a expresar sus sentimientos respecto a los miembros de su familia y otros allegados y sobre el desempeño de los roles y las relaciones interpersonales.

Proporcione al paciente refuerzos positivos para estimular los esfuerzos que hace el paciente para expresar verbalmente los sentimientos.

\* Informe y eduque al paciente, a la familia y a sus allegados sobre las conductas bulímicas, las complicaciones médicas asociadas, los fundamentos de la nutrición humana y sobre cualquier otro aspecto relacionado. Si está indicado, derive al paciente a un especialista en nutrición.

\* Informe y eduque al paciente, a la familia y sus allegados sobre las indicaciones, los objetivos, los efectos, la posología y los posibles efectos secundarios de los medicamentos prescritos al paciente.

Enseñe al paciente a aplicar el proceso de solución de problemas.

Analice con el paciente sus puntos fuertes. A veces, es útil hacer una lista por escrito.

Hable con el paciente sobre la posibilidad de que acepte un peso corporal que no sea exactamente el «perfecto».

## Justificación

La seguridad del paciente es prioritaria. No se le darán ideas sobre el suicidio cuando se trate el tema directamente.

Establecer límites sirve para desanimar al paciente a que inicie las conductas que conducen a los atracones o que están asociadas con éstos, como esconderse para comer, sacar comida a escondidas o engullir los alimentos en cualquier lugar y de cualquier manera; además, le ayudará a recuperar los hábitos alimentarios normales. Tomar tres comidas al día evitará que el paciente pase hambre y, como consecuencia, coma demasiado por la noche.

Comer con otras personas sirve para eliminar el secretismo sobre la comida, aunque al principio la ansiedad del paciente puede ser demasiado intensa por tener que reunirse con otras personas para comer.

La expresión verbal de los sentimientos puede servir para disminuir la ansiedad y la compulsión a iniciar las conductas de purga.

El diario puede ayudar al paciente a analizar su conducta alimentaria, los sentimientos y la relación entre los sentimientos y la conducta alimentaria. Al principio, es posible que al paciente le resulte más fácil escribir sobre los sentimientos y las conductas que hablar sobre ellos.

El profesional de la enfermería puede hacer ver al paciente la forma en la que ha estado utilizando la comida para afrontar los sentimientos.

El enfoque crítico y abstenerse de hacer juicios de valor permiten al paciente hablar sobre sentimientos que para él pueden ser negativos o inaceptables sin miedo a ser rechazado o a posibles represalias.

Es importante ayudar al paciente a que aprenda a separar los sentimientos y emociones relacionados con la comida de las conductas alimentarias.

Expresar verbalmente los sentimientos proporciona al paciente la posibilidad de identificar, aceptar y analizar los sentimientos de manera más directa y realista.

Los refuerzos positivos hacen crecer la motivación del paciente para intentar tratar de forma abierta y sincera la ansiedad, el enfado y otros sentimientos negativos.

Es posible que el paciente, la familia y sus allegados apenas conozcan estos trastornos mentales o los fundamentos de la nutrición humana. La información objetiva es útil para corregir las creencias erróneas y separar los alimentos y la alimentación de los problemas emocionales.

A veces se prescriben al paciente antidepresivos y otros medicamentos para tratar la bulimia. Recuerde que con algunos antidepresivos, el efecto no se nota hasta después de varias semanas de tratamiento.

Aplicar correctamente el proceso de solución de problemas contribuye a aumentar la autoestima del paciente y la confianza en sí mismo.

El profesional de la enfermería ayudará al paciente a descubrir sus puntos fuertes, pero es el quien finalmente tiene que identificarlos, por lo que no sirve de nada que sea el profesional el que elabore la lista en lugar del paciente.

Es muy probable que las percepciones y expectativas del paciente sobre el peso corporal perfecto sean poco realistas, incluso dadas para la salud.

Continúa

## PUESTA EN PRÁCTICA

Intervenciones de enfermería (*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)	Justificación
Motive y anime al paciente a incorporar a la dieta alimentos con grasa (es decir, lo que el paciente considera alimentos «malos») de forma progresiva y al ritmo que le resulte tolerable. *Si está indicado, recomiende al paciente que se apunte a cursos de comunicación asertiva o lea algún libro sobre el tema.	Esto fomentará la sensación de control del paciente sobre el posible exceso calórico.  Muchos pacientes bulímicos tienen una actitud pasiva en las relaciones interpersonales. El entrenamiento en comunicación asertiva contribuye a aumentar la confianza del paciente en sí mismo y a mejorar la dinámica de las relaciones interpersonales.
*Si está indicado, derive al paciente a un psicoterapeuta para realizar una psicoterapia de larga duración. En algunos casos, es útil pedir al paciente que firme un contrato por escrito con el fin de garantizar el cumplimiento del tratamiento continuo.	El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria es largo. La probabilidad de que el paciente acepte la psicoterapia prolongada es mayor si ha firmado un contrato en el que se compromete a cumplir el plan de seguimiento y el tratamiento continuado.
*A veces, en la psicoterapia de larga duración deben participar los familiares y otras personas allegadas para que aprendan a apoyar y a hacer más eficaces las estrategias de afrontamiento que no estén relacionadas con la comida.	Las relaciones disfuncionales con la familia y con las personas allegadas suelen ser un problema importante en los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria.
*Derive al paciente, a su familia y a sus allegados a los grupos de apoyo de la localidad en la que residen. Se puede entrar en contacto con estos grupos a través de Internet (p. ej., en Estados Unidos, la Associated Disorders and los Overeaters Anonymous).	Estos grupos ofrecen apoyo, formación y recursos a los pacientes, a la familia y a las personas allegadas.
*Si está indicado, derive al paciente a un programa de tratamiento o a un grupo de apoyo o de autoayuda para el consumo de sustancias tales como Alcohólicos Anónimos.	El consumo de sustancias es frecuente en los pacientes con bulimia nerviosa.

Adaptado de Schultz JM y Videbeck SL (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8.ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

## APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Aunque la anorexia y la bulimia son dos trastornos mentales diferentes, existen muchas similitudes en cuanto a su valoración, planificación, y aplicación y evaluación del proceso de enfermería. En consecuencia, en este apartado se tratan los dos trastornos de la conducta alimentaria y se destacan las diferencias entre ellos.

### Valoración

Existen varios instrumentos psicométricos estandarizados para la valoración de los trastornos de la conducta alimentaria. En los estudios de investigación sobre la anorexia y la bulimia suele utilizarse un instrumento denominado Cuestionario sobre actitudes con respecto a la alimentación (*Eating Attitudes Test*). Este instrumento ha demostrado ser sensible a los cambios, por lo que puede utilizarse también al final del tratamiento para evaluar los resultados del mismo.

### Antecedentes

Los familiares suelen referir que, antes de comenzar la anorexia nerviosa, el paciente era una persona perfeccionista, con una inteligencia superior a la media, muy centrada en sus objetivos, digna de confianza y siempre deseosa de agradar y de conseguir la aprobación de los demás. Los padres suelen decir que el paciente era «bueno y no causaba ningún problema» hasta el inicio de la anorexia. De modo similar, los pacientes con bulimia suelen ser personas que se esfuerzan por agradar a los demás y por evitar los conflictos. Sin embargo, los pacientes bulímicos suelen tener antecedentes de comportamientos impulsivos, como consumo de sustancias y hurtos en tiendas, además de ansiedad, depresión y trastornos de la personalidad (Schultz y Videbeck, 2009).



### *Aspecto general y comportamiento motor*

Los pacientes con anorexia tienen un aspecto lento, aletargado y cansado, y pueden presentar emaciación, según el peso corporal que hayan perdido. Suelen responder a las preguntas con lentitud, y dan la impresión de que les resulta difícil decidir lo que van a decir. Por lo general, no responden a las preguntas de forma completa porque son reacios a reconocer los problemas. Suelen llevar varias capas de ropa superpuestas con independencia del tiempo que haga, o ropa muy holgada. Estas estrategias sobre la ropa le sirven al paciente para ocultar el adelgazamiento y mantenerse caliente (los pacientes con anorexia nerviosa suelen tener siempre frío). Por lo general, evitan el contacto visual. En cualquier momento, pueden dar por concluida la entrevista como forma de indicar al evaluador que no desean hablar sobre sus problemas ni recibir tratamiento.

Los pacientes que sufren bulimia nerviosa pueden pesar menos de lo normal o, por el contrario, tener un ligero sobrepeso, pero normalmente el peso corporal se aproxima al esperado para la edad, el sexo, la estatura y la complejión física. El aspecto general de los pacientes bulímicos no llama la atención y se muestran dispuestos a hablar con el entrevistador.

### *Estado de ánimo y afectos*

Los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria suelen presentar labilidad emocional, y el estado de ánimo suele corresponderse con las conductas alimentarias o con las dietas de adelgazamiento. Evitar los alimentos «malos» o que engordan les otorga una sensación de poder y de control sobre su cuerpo, mientras que comer, darse atracones o purgarse les provoca ansiedad, depresión y sensación de descontrol. Estos pacientes suelen tener un aspecto triste, ansioso y preocupado. Los que padecen anorexia nerviosa apenas sonríen, nunca se ríen y no dan pie a ninguna tentativa de relajar la situación con algún chiste o comentario informal. Durante la evaluación, permanecen sombríos y serios la mayor parte del tiempo. Por el contrario, los pacientes con bulimia nerviosa son inicialmente agradables y alegres, y se comportan como si no tuviesen ningún problema. No obstante, generalmente la fachada agradable desaparece cuando empiezan a hablar de los atracones y de las purgas, momento en el que pueden expresar sentimientos de culpabilidad o de vergüenza, incluso de bochorno intenso.

Es importante preguntar al paciente si tiene ideación suicida o intención de autolesionarse. Las conductas autolesivas, como infligirse cortes, son frecuentes en estos pacientes. El riesgo de autolesiones y de suicidio es mucho más elevado cuando el paciente tiene antecedentes de abusos sexuales (v. [caps. 11 y 15](#)).

### *Procesos y contenido del pensamiento*

Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria pasan la mayor parte del tiempo pensando en dietas para adelgazar, en la comida y en la alimentación. Dan la impresión de estar obsesionados por las tentativas de evitar la comida y de diferenciar entre alimentos «buenos» y «malos». No pueden pensar en sí mismos sin pensar al mismo tiempo en el peso corporal y en la comida. La distorsión de la imagen corporal puede alcanzar proporciones casi delirantes: incluso los pacientes que presentan un peso

corporal muy inferior al normal pueden señalar zonas de las nalgas o de los muslos y decir que «siguen siendo gordas», alimentando de esta forma aún más la necesidad de seguir con la dieta de adelgazamiento. Los pacientes con anorexia nerviosa y con un peso muy inferior al normal pueden tener ideas de tipo paranoide sobre la familia y los profesionales sanitarios, a quien creen sus enemigos porque quieren obligarles a comer para engordarlos.

### ***Nivel de consciencia y procesos cognitivos***

En general, los pacientes que padecen un trastorno de la conducta alimentaria están conscientes y orientados, y las funciones intelectuales se mantienen intactas. La excepción son los pacientes con anorexia y desnutrición grave que ha afectado a las funciones cognitivas. En estos casos, puede haber confusión leve, lentificación de los procesos mentales y dificultad para prestar atención y concentrarse.

### ***Sentido de la realidad y capacidad de introspección***

Los pacientes con anorexia nerviosa manifiestan muy poca capacidad de introspección y una alteración del sentido de la realidad con respecto a su estado de salud. Consideran que no tienen ningún problema y creen que los demás intentan inmiscuirse en su capacidad para perder peso y conseguir la imagen corporal que desean. Los hechos y los datos incontrovertibles sobre el deterioro de su estado de salud no sirven para convencerles de que tienen un problema grave. Continúan restringiendo la ingesta de alimentos y purgándose a pesar de su efecto negativo sobre la salud.

Por el contrario, los pacientes con bulimia se avergüenzan de los atracones y las purgas. Reconocen que estas conductas son anómalas, pero hacen todo lo posible para mantenerlas en secreto. Sienten que han perdido el control y que son capaces de cambiar, aunque reconocen que su comportamiento es patológico. En el [cuadro 18-1](#) se presenta el instrumento psicométrico Cuestionario sobre actitudes con respecto a la alimentación (*Eating Attitudes Test*).

### ***Concepto de sí mismo***

Los pacientes que sufren un trastorno de la alimentación destacan por su baja autoestima. Se juzgan a sí mismos sólo en función de su capacidad para controlar la ingesta de alimentos y el peso corporal. Tienden a juzgarse muy duramente y se consideran «malos» si comen determinados alimentos o no consiguen adelgazar. Pasan por alto otras características o logros personales que consideran menos importantes que la delgadez. Estos pacientes suelen sentirse desamparados, im potentes e incompetentes. La sensación de falta de control sobre sí mismos y sobre el entorno refuerza aún más el deseo de controlar el peso corporal.

### ***Roles y relaciones interpersonales***

Los trastornos de la conducta alimentaria interfieren negativamente en la capacidad para desempeñar los roles y entablar relaciones interpersonales satisfactorias. Los pacientes con anorexia nerviosa pueden empezar a faltar a clase, lo que tiene un efecto muy negativo sobre el rendimiento académico, que suele ser alto antes de empezar el trastorno. Se retraen de las relaciones sociales y prestan poca atención a las amistades.



Están convencidos de que los demás no les van a comprender o tienen miedo de empezar a descontrolar la alimentación si comen en compañía de otras personas.

Los pacientes con bulimia nerviosa se avergüenzan enormemente de los atracones y las purgas. Como consecuencia, suelen llevar una vida secreta, se esconden de las amistades y de la familia para poder darse atracones y purgarse sin que nadie los vea. Pasan mucho tiempo comprando y consumiendo alimentos y a continuación purgándose, lo que interfiere en el desempeño del rol y en el cumplimiento de las actividades de la vida diaria en casa y en el trabajo.

### ***Problemas fisiológicos y autocuidado***

El estado general de salud de los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria está directamente relacionado con la gravedad del ayuno voluntario y de las conductas de purga (v. [tabla 18-2](#)). Además, es frecuente que estos pacientes hagan ejercicio físico excesivo, a veces hasta el agotamiento, en un intento de controlar el peso corporal. Muchos presentan alteraciones del sueño, como insomnio, disminución de las horas de sueño y despertar de madrugada a horas muy tempranas. Los que se provocan el vómito con frecuencia presentan problemas dentales, como destrucción del esmalte dental, dientes deteriorados o erosionados y caries. Los vómitos frecuentes también pueden provocar úlceras en la cavidad oral. Por estas razones, es muy importante realizar una evaluación médica y odontológica completa.

#### **Cuadro 18-1. Cuestionario sobre actitudes con respecto a la alimentación**

Marque con una X la columna cuya respuesta se ajuste mejor a cada una de las afirmaciones. Los resultados son estrictamente confidenciales. La mayor parte de las afirmaciones se refieren a la comida y a la alimentación, aunque hay también afirmaciones sobre otros temas. Lea atentamente cada una de las afirmaciones y responda con total sinceridad. Muchas gracias por su colaboración.

	Siempre	Muy frecuente	Frecuente	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Me gusta comer con otras personas.	---	---	---	---	---	X
2. Hago la comida para otras personas pero no como lo que cocino.	X	---	---	---	---	---
3. Tengo ansiedad antes de comer.	X	---	---	---	---	---
4. Me aterroriza tener sobrepeso.	X	---	---	---	---	---
5. Evito comer cuando tengo hambre.	X	---	---	---	---	---
6. Me preocupo por los alimentos que como.	X	---	---	---	---	---
7. Me doy atracones de comida durante los que tengo la sensación de que no puedo parar de comer.	X	---	---	---	---	---
8. Corto los alimentos en trozos pequeños.	X	---	---	---	---	---
9. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos.	X	---	---	---	---	---
10. Evito especialmente las comidas con alto contenido en hidratos de carbono (pan, arroz, patatas).	X	---	---	---	---	---
11. Me siento hinchado después de comer.	X	---	---	---	---	---
12. Me parece que los demás quieren que coma más.	X	---	---	---	---	---
13. Vomito después de haber comido.	X	---	---	---	---	---
14. Me siento muy culpable después de haber comido.	X	---	---	---	---	---
15. Me preocupo por estar más delgado.	X	---	---	---	---	---
16. Hago ejercicio físico hasta el agotamiento para quemar calorías.	X	---	---	---	---	---
17. Me peso varias veces al día.	X	---	---	---	---	---
18. Me gusta que la ropa me quede ceñida.	---	---	---	---	---	X
19. Me encanta comer carne.	---	---	---	---	---	X
20. Me levanto muy temprano por la mañana.	X	---	---	---	---	---
21. Como los mismos alimentos todos los días.	X	---	---	---	---	---
22. Cuando hago ejercicio físico pienso que estoy quemando calorías.	X	---	---	---	---	---
23. Mis menstruaciones son regulares.	---	---	---	---	---	X
24. Los demás piensan que estoy muy delgado.	X	---	---	---	---	---
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	X	---	---	---	---	---
26. Como más lento que los demás o tardo más en terminar la comida.	X	---	---	---	---	---
27. Me gusta comer en restaurantes.	---	---	---	---	---	X
28. Tomo laxantes.	X	---	---	---	---	---
29. Evito los alimentos que contienen azúcar.	X	---	---	---	---	---
30. Como alimentos dietéticos.	X	---	---	---	---	---
31. Siento que la comida controla mi vida.	X	---	---	---	---	---
32. Mantengo el control de lo que como.	X	---	---	---	---	---
33. Siento que los demás me presionan para comer.	X	---	---	---	---	---
34. Pienso demasiado en la comida.	X	---	---	---	---	---
35. Sufro estreñimiento.	---	X	---	---	---	---
36. Me siento culpable después de comer dulces.	X	---	---	---	---	---
37. Sigo una dieta para adelgazar.	X	---	---	---	---	---
38. Me gusta sentir el estómago vacío.	X	---	---	---	---	---
39. Me gusta probar cosas apetitosas que no he comido antes.	---	---	---	---	---	X
40. Siento la tentación de vomitar después de comer.	X	---	---	---	---	---

**Puntuación:** el cuestionario se entrega al paciente sin las respuestas marcadas con la X; es decir, con las respuestas en blanco. Se dan 3 puntos a las respuestas que coinciden con la respuesta marcada con una X. Las dos opciones más cercanas a la respuesta marcada con la X se puntúan con 2 y 1 punto, respectivamente (2 puntos para la más cercana y 1 punto para la otra respuesta). Una puntuación total de más de 30 puntos indica que el paciente presenta problemas significativos con respecto a la conducta alimentaria.

## Análisis de los datos

Los diagnósticos de enfermería para los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria son los siguientes:

- Desequilibrio nutricional: ingesta de nutrientes que no satisface las necesidades del organismo.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Distorsión de la imagen corporal.
- Baja autoestima crónica.

Pueden estar indicados otros diagnósticos de enfermería, como volumen de líquidos

deficiente, estreñimiento, cansancio e intolerancia a la actividad.

## Identificación de resultados

En el caso de los pacientes con desnutrición grave, es necesario estabilizar el estado médico antes de iniciar el tratamiento psiquiátrico. La estabilización médica puede requerir administración de líquidos por vía parenteral, alimentación parenteral total y monitorización cardíaca.

Los siguientes son ejemplos de los resultados que cabe esperar en los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria:

### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

#### *Trastornos de la conducta alimentaria*

- **Promover hábitos alimentarios sanos**

Siéntese con el paciente durante las comidas y cuando coma algo entre horas.

Ofrezca al paciente complementos proteicos líquidos si se ve incapaz de acabar la comida.

Siga las directrices del plan de tratamiento sobre las restricciones que han de aplicarse al paciente.

Observe al paciente durante 1 h o 2 h después de las comidas y cuando coma algo entre horas.

Pese al paciente todos los días, siempre con la misma ropa.

Esté atento a los intentos del paciente de esconder o tirar la comida o de manipular el peso corporal para que el personal sanitario crea que pesa más de lo que realmente pesa.

- **Ayudar al paciente a identificar sus emociones y desarrollar estrategias de afrontamiento que no estén relacionadas con la comida**

Pida al paciente que identifique sus sentimientos.

Enseñe al paciente la automonitorización con un diario.

Enseñe al paciente técnicas de relajación.

Enseñe al paciente técnicas de distracción.

Ayude al paciente a modificar sus creencias estereotipadas sobre los alimentos y la alimentación.

- **Ayudar al paciente a superar los problemas con la imagen corporal**

Ayude al paciente a ver y valorar las ventajas de tener un peso corporal dentro del intervalo normal.

Ayude al paciente a percibirse desde perspectivas que no tengan nada que ver con la comida ni con la alimentación.

Identifique los puntos fuertes del paciente, sus intereses y aficiones y las cosas que se le dan bien.

- **Informar y educar al paciente y a la familia** (v. cuadro «Educación del paciente y de la familia»).

- El paciente seguirá unos hábitos de alimentación sanos.
- El paciente dejará de recurrir a las conductas compensatorias, como el exceso de ejercicio físico y el consumo excesivo de laxantes y diuréticos.
- El paciente demostrará que es capaz de recurrir a estrategias de afrontamiento que no están relacionadas con los alimentos ni con la alimentación.
- El paciente expresará verbalmente los sentimientos de culpabilidad, enfado, frustración y ansiedad y la excesiva necesidad de control.
- El paciente manifestará verbalmente la aceptación de su imagen corporal cuando haya conseguido un peso corporal normal y estable.

## Intervenciones

### *Promover hábitos alimentarios sanos*

El tratamiento hospitalario se reserva generalmente a los pacientes con anorexia que presentan desnutrición grave y a los pacientes con bulimia cuyas conductas de atracones y purgas están fuera de control. Las principales funciones del profesional de la enfermería son aplicar y supervisar la dieta de rehabilitación nutricional. Inicialmente, puede prescribirse alimentación parenteral total o mediante sonda nasogástrica si el estado general del paciente está gravemente afectado.

Cuando el paciente es capaz de comer, se prescribe una dieta de entre 1 200 y 1 500 calorías diarias. Las calorías se aumentan gradualmente hasta que el paciente consume un valor calórico suficiente para su estatura, complexión física, sexo, edad, grado de actividad habitual y necesidades de crecimiento. Normalmente, la ingesta diaria de alimentos se divide en tres comidas y en tres refrigerios (ingesta de una pequeña cantidad de alimentos entre las comidas). Se administra un complemento proteico líquido para sustituir la comida que el paciente no ingiere y garantizar así que consume la cantidad total de calorías prescritas. El profesional es el responsable de supervisar las comidas y los refrigerios, e inicialmente debe sentarse con el paciente durante las comidas y los refrigerios en una mesa aparte del resto de los pacientes. Dependiendo del programa de tratamiento, pueden prohibirse las bebidas dietéticas y los alimentos pensados para sustituir las comidas. Es necesario establecer de forma precisa el horario para cada comida y refrigerio. Se aconsejará al paciente que no realice rituales con los alimentos, como cortar la comida en trozos minúsculos o mezclar la comida formando combinaciones raras o inusuales. El profesional de la enfermería debe estar muy atento a cualquier tentativa por parte del paciente de esconder o tirar la comida.

Tras la comida o el refrigerio, se pedirá al paciente que permanezca durante 1 h o 2 h en un lugar en el que el profesional de la enfermería pueda verle. Esto se hace para asegurarse de que no se provoca el vómito. En algunos programas de tratamiento se restringe el acceso de los pacientes al cuarto de baño sin supervisión, especialmente después de las comidas y refrigerios. A medida que el paciente va engordando y adquiriendo más independencia con respecto a la conducta alimentaria, las restricciones se van reduciendo.

En la mayoría de los programas de tratamiento, se pesa al paciente sólo una vez al día, generalmente al levantarse por la mañana y después de haber vaciado la vejiga. Al pesarle, el paciente debe llevar siempre la misma ropa, que será la mínima posible (p. ej., la bata del hospital). El profesional tendrá en cuenta que el paciente puede intentar esconder objetos en la ropa para dar la impresión de que ha aumentado de peso.



### **Diario para anotar los sentimientos.**

Normalmente, los pacientes con bulimia nerviosa reciben tratamiento ambulatorio. En estos casos, el profesional tiene que trabajar en estrecha colaboración con el paciente para establecer unos hábitos alimentarios normales e interrumpir el círculo vicioso de los atracones y las purgas. El profesional aconsejará y animará al paciente a que coma con los miembros de su familia o, si vive solo, con algún amigo. El paciente tiene que sentarse siempre en una mesa situada en una zona de la casa establecida antes, como la cocina, el salón, el come-dor o el cuarto de estar. Al paciente le resulta más fácil seguir un programa de alimentación sana si se escribe antes, se le dan los menús y se le pide que compre sólo los alimentos que entran en la composición de cada menú. Evitará comprar los alimentos que consume con más frecuencia durante los atracones, como galletas, chocolatinas y patatas fritas. Asimismo, tirará a la basura o llevará a la cocina de su casa los alimentos que guardaba en el trabajo, en el coche o en el dormitorio.

### ***Identificar las emociones y desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces***

Dado que los pacientes con anorexia nerviosa tienen problemas con la autoconciencia,



suele resultarles difícil identificar y expresar sus sentimientos (**alexitimia**). En consecuencia, muchas veces expresan estos sentimientos mediante síntomas somáticos, como sentirse gordo o hinchado. El profesional de la enfermería puede ayudar a los pacientes anoréxicos a empezar a reconocer las emociones y los sentimientos (p. ej., la ansiedad y la culpabilidad). Para ello, pedirá al paciente que describa cómo se siente, dándole siempre tiempo suficiente para que no se sienta presionado. El profesional no preguntará al paciente si está triste o siente ansiedad, porque en tal caso lo más probable es que asienta rápidamente en lugar de buscar una respuesta más elaborada. Se ha de motivar y animar al paciente a hablar de sus sentimientos. Esto les ayuda a reconocer sus emociones y sentimientos y a conectarlos con la conducta alimentaria.

La automonitorización es una técnica cognitivo-conductual pensada para ayudar a los pacientes que padecen bulimia nerviosa. El objetivo es que aprendan a identificar sus pautas de conducta y luego apliquen la técnica adecuada para evitar estas pautas o sustituirlas por otras más eficaces o adecuadas (**Schmidt, 2008**). La automonitorización contribuye a aumentar la consciencia del paciente sobre su propia conducta y le permite recuperar la sensación de control de sí mismo. El profesional motivará y animará al paciente a escribir un diario, en el que anotará los alimentos que ingiere durante el día, incluidos los que ha ingerido durante los atracones, si los ha habido. Asimismo, anotará los estados de ánimo, las emociones, los sentimientos, los pensamientos y las circunstancias relacionadas con la alimentación y los episodios de atracones o purgas. De este modo, empezará a identificar la conexión existente entre las emociones y los sentimientos, por un lado, y las circunstancias y las conductas, por otro. El profesional puede ayudar entonces al paciente a aprender y a poner en práctica métodos para controlar las emociones (p. ej., la ansiedad) basados en la relajación o la distracción (escuchar música o realizar cualquier otra actividad gratificante). Este paso es importante para ayudar al paciente a encontrar la forma más adecuada de afrontar las relaciones interpersonales, las emociones, los sentimientos y las situaciones que no estén relacionados con los alimentos ni con la alimentación.

### ***Prestar atención a los problemas de la imagen corporal***

El profesional de la enfermería tiene que ayudar al paciente a aceptar su imagen corporal de forma menos distorsionada. Esto generalmente exige que el paciente se comprometa a pesar más de lo que le gustaría, a mantenerse sano y a hacer todo lo posible para no tener que hospitalizarle de nuevo. Cuando mejora el malestar psicológico, aumenta la auto-estima, por lo que al paciente le resulta más fácil satisfacer sus necesidades con métodos sanos, y esto redundará en un aumento de las posibilidades de que acepte su peso e imagen corporal. El profesional también ayudará al paciente a percibirse a sí mismo desde una perspectiva independiente del peso, el tamaño y la figura corporal. Para ello, se le ayudará a identificar aspectos personales positivos que no tengan nada que ver con el cuerpo, la comida ni la alimentación. Se trata de que el paciente aprenda a identificar sus puntos fuertes, habilidades, intereses y, en general, los aspectos positivos de su persona.



### *Trastornos de la conducta alimentaria*

#### **Paciente**

- Necesidades nutricionales básicas.
- Efectos nocivos de la restricción de la ingesta de alimentos, de las dietas de adelgazamiento y de las purgas.
- Objetivos realistas sobre la alimentación y el peso corporal.
- Aceptación de la imagen corporal saludable.

#### **Familia y amigos**

- Ofrecer apoyo emocional al paciente.
- Expresar preocupación por la salud del paciente.
- Motivar y animar al paciente a que busque ayuda profesional.
- Evitar hablar sólo del peso corporal, de los alimentos y de las calorías.
- Informarse sobre los trastornos de la conducta alimentaria.
- La familia y los amigos han de tener en cuenta que no pueden obligar al paciente a comer y que éste necesita la ayuda profesional de un psicólogo o de un psiquiatra.

### *Ofrecer información y educación al paciente y a la familia*

Una de las funciones principales del personal de enfermería en la atención a estos pacientes es ofrecerles información y educación para ayudarles a recuperar el control de sus necesidades nutricionales. Esto puede hacerse cuando el paciente está ingresado, durante la planificación del alta o en el tratamiento ambulatorio. El profesional le proporcionará una información detallada de las necesidades nutricionales básicas y los efectos de la restricción de la ingesta de alimentos, de las dietas para adelgazar, de los atracones y de las purgas. Hay que animarle a establecer objetivos realistas sobre la alimentación y el peso corporal (Sylvester y Forman, 2008). Pasarse todo el día comiendo sólo ensaladas y verduras puede preparar el terreno para que se desencadene un atracón debido a la escasez de grasas e hidratos de carbono que comporta una dieta de este tipo.

El objetivo más importante en el caso de los pacientes que se purgan es frenar esta conducta. En la educación del paciente se incluirá información sobre los efectos nocivos de la inducción del vómito y del consumo excesivo de laxantes. El profesional le explicará que las purgas constituyen un medio ineficaz para controlar el peso corporal y que sólo sirven para producir daños en el sistema neuroendocrino. El paciente debe saber además que las purgas promueven los atracones, ya que reducen la ansiedad que aparece después del atracón, por lo que, si éste consigue evitarlas, es menor el riesgo de que vuelva a producirse otro atracón. Asimismo, se le enseñarán técnicas de distracción y de postergación de la gratificación, porque estas técnicas son muy útiles para evitar los atracones y las purgas. Cuanto más retrase el paciente el atracón o la purga, menos riesgo existe de que estas conductas se lleven finalmente a cabo.

El profesional explicará a la familia y a los amigos que su apoyo emocional, amor y atención pueden desempeñar un papel muy importante para el paciente. La preocupación

de la familia y los amigos por la salud del paciente indica interés, pero rara vez sirve para que mejore la alimentación y el peso corporal.

### Valoración

El profesional de la enfermería puede utilizar algún instrumento psicométrico, como el Cuestionario sobre actitudes con respecto a la alimentación (*Eating Attitudes Test*) (v. cuadro 18-1) para evaluar los resultados del tratamiento. En muchos pacientes, la anorexia y la bulimia son trastornos crónicos y son frecuentes los síntomas residuales, como las dietas de adelgazamiento, el ejercicio físico compulsivo y el malestar psicológico cuando se come en público. Se considera que el tratamiento ha sido eficaz si el peso corporal se mantiene entre un 5 % y un 10 % del intervalo del peso normal sin complicaciones médicas consecuencia del ayuno o de las purgas.

### ATENCIÓN COMUNITARIA

En muchos casos, el tratamiento de los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria se lleva a cabo fuera del hospital. La hospitalización está indicada sólo cuando existen complicaciones médicas importantes, como ocurre en los pacientes con un peso corporal muy por debajo de lo normal, desequilibrios hidroelectrolíticos o complicaciones renales, cardíacas o hepáticas. La hospitalización durante un período breve también puede estar indicada cuando el paciente no es capaz de controlar el círculo vicioso de los atracones y las purgas. En algunos programas de tratamiento se contempla la hospitalización parcial, el tratamiento en el hospital de día, la psicoterapia individual o de grupo ambulatoria y los grupos de autoayuda.

#### Cuadro 18-2. Preguntas para la detección sistemática del trastorno de la conducta alimentaria

- ¿Con qué frecuencia se siente insatisfecho con su figura o con la talla de su cuerpo?
- ¿Cree que está gordo o que necesita adelgazar a pesar de que los demás le dicen que está delgado?
- ¿Dominan su vida los pensamientos sobre la comida, la alimentación, el peso corporal y las dietas de adelgazamiento?
- ¿Come para sentirse mejor psicológicamente y luego se arrepiente o se siente culpable de haber comido?

### PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Los profesionales de la enfermería tienen un papel muy importante en la información y educación de la población general, en especial de los adolescentes y sus padres, sobre la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. En los programas de prevención debe hacerse hincapié en que los modelos «perfectas» que aparecen en las revistas y en la televisión son un objetivo irreal y no deben ser imitados. En este sentido, se subrayará la importancia de una percepción y unas expectativas realistas sobre el peso corporal, la figura y el tamaño del cuerpo, así como de resistir la presión que ejercen los iguales (p. ej., los compañeros de clase) para seguir una determinada dieta. Lo importante es

mejorar la autoestima y aprender a poner en práctica estrategias de afrontamiento realistas y eficaces que nos permitan expresar y controlar nuestras emociones y afrontar los problemas de la vida.

El [Atlanta Center for Eating Disorders \(2008\)](#) ofrece los siguientes consejos:

- Leer los resultados de las investigaciones sobre las dietas de moda. Sencillamente, estas dietas de adelgazamiento no funcionan. Las dietas sin grasa y otras dietas «milagro» que se anuncian continuamente en las revistas y en la televisión son perjudiciales para la salud, y las dietas que se basan en el procedimiento de combinar los alimentos de determinada forma no tienen ningún fundamento científico.
- Transmitir a los niños un mensaje adecuado sobre la alimentación y la imagen corporal. Los padres que están permanentemente preocupados por el peso de sus hijos ha blan de este tema continuamente, lo que es perjudicial para la salud mental de los hijos. Asimismo, los padres que están siempre siguiendo alguna dieta de adelgazamiento ejercen una influencia enorme sobre sus hijos. Lo mejor es dejar las dietas de adelgazamiento y seguir una alimentación sana y bien equilibrada.
- Tomar consciencia sobre los temas recurrentes de nuestras conversaciones. El peso corporal, las dietas de adelgazamiento y la apariencia física son temas muy frecuentes en las conversaciones de las mujeres. Hay que llegar a un pacto con nuestros amigos para dejar de hablar sobre el propio cuerpo de forma negativa.
- Centrarse en los aspectos positivos de uno mismo y de los demás que no tengan nada que ver con el aspecto físico.
- Promover la expresión verbal sana y no distorsionada de las emociones. Mejorar la comunicación verbal.
- Dejar de querer estar delgado a toda costa y a cualquier precio y aprender a disfrutar de la vida.
- Aumentar la cantidad de ejercicio físico, pero disfrutando de la actividad, sin obsesionarse por el número de calorías que se están quemando o se van a quemar en la próxima sesión.

Los profesionales de la enfermería que ejercen su profesión en los colegios, en los centros de enseñanza secundaria, en la universidad y en los centros de salud (centros de atención primaria) se encontrarán en muchas ocasiones con personas que presentan riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria o que ya lo sufren. En estos casos, la detección precoz y la derivación inmediata al especialista adecuado son las principales responsabilidades del profesional de la enfermería. Las pruebas de detección sistemática efectuadas a las chicas y mujeres permiten identificar a las que presentan un riesgo más elevado de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria. En el [cuadro 18-2](#) se muestran algunas de las preguntas que pueden utilizarse para la detección sistemática del riesgo de sufrir un trastorno de este tipo. La detección precoz permite realizar una intervención rápida y decidida, lo que, a su vez, puede evitar que el trastorno se establezca de forma franca.

## TEMAS DE AUTOCONCIENCIA



Un paciente con emaciación, demacrado y con inanición que sufre anorexia nerviosa puede resultar muy desagradable, y el profesional de la enfermería puede querer «cuidar de esta pobre chiquilla» y ayudarla hasta devolverle la salud. Cuando el paciente rechaza esta ayuda y se resiste al tratamiento de enfermería, el profesional puede enfadarse y sentirse frustrado e incapaz de manejar la situación.

Al principio, el paciente puede ver al profesional como un enemigo y como la persona encargada de obligarle a comer. El paciente puede esconder o tirar la comida, o reaccionar de forma hostil, y la hostilidad puede ir en aumento conforme se da cuenta de que no le queda más remedio que empezar a comer. El profesional tendrá siempre presente que la conducta del paciente es un síntoma con origen en el miedo y la ansiedad ante la posibilidad de aumentar de peso, no un gesto dirigido personalmente contra el profesional. Si éste percibe la conducta del paciente como algo personal, podría enfadarse y mostrar un comportamiento de rechazo hacia el paciente.

Teniendo en cuenta que comer es un componente básico de la vida cotidiana, el profesional puede preguntarse por qué el paciente no puede «simplemente comer, como hace todo el mundo». Además, puede resultarle difícil entender por qué un paciente que sólo pesa 34 kg se ve gordo cuando se mira al espejo. De igual modo, cuando trabaja con un paciente que se da atracones y se purga después, el profesional puede preguntarse por qué el paciente no recurre a la fuerza de voluntad para cesar estas conductas tan perjudiciales. El profesional no debe olvidar que la conducta alimentaria del paciente está descontrolada. Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales, al igual que la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

### **Consideraciones a tener en cuenta cuando se trabaja con pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria**

- Sea empático y no haga juicios de valor, aunque no resulte fácil. Tenga siempre presente la perspectiva y los miedos del paciente sobre el peso corporal y la alimentación.
- Evite las actitudes paternalistas cuando dé información y educación al paciente sobre la alimentación humana o sobre los peligros de las dietas de adelgazamiento, los atracones y las purgas. Si presenta la información de forma objetiva y no sermonea ni reprende al paciente, conseguirá resultados mucho más positivos.
- No etiquete a los pacientes como «buenos» cuando consiguen evitar los atracones y las purgas o se comen todo lo que hay en el plato. Si hace esto, inadvertidamente está promoviendo en los pacientes la idea de que son «malos» los días en los que se dan un atracón, se purgan o no consiguen comer lo suficiente.

### **PUNTOS CLAVE**



- La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que puede poner en peligro la vida del paciente. Se caracteriza por un peso corporal inferior al 85 % del normal en función de la edad, el sexo, la estatura y la

compleción física, miedo intenso a estar gordo o a engordar, distorsión grave de la imagen corporal, rechazo de la comida y atracones seguidos de purgas.

- La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por episodios de atracones seguidos de conductas compensatorias, como purgas (inducción del vómito, consumo de laxantes y diuréticos) y exceso de ejercicio físico.
- El 90 % de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria son mujeres. La anorexia nerviosa suele iniciarse entre los 14 y los 18 años de edad, y la bulimia, entre los 18 y los 19.
- Los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria presentan muchas alteraciones neuroquímicas, pero hasta la fecha no ha podido determinarse si son estas alteraciones las que provocan el trastorno de la conducta alimentaria o si, por el contrario, estas alteraciones son consecuencia de dichos trastornos.
- Los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria se sienten incompetentes y poco atractivos físicamente, y suelen carecer de las estrategias de afrontamiento necesarias para afrontar las dificultades de la adolescencia y de los primeros años de la juventud.

## *P*reguntas de razonamiento crítico

1. Observa que un amigo o un familiar ha adelgazado últimamente, y que además, muestra rituales extraños con la comida y no para de hablar sobre dietas de adelgazamiento. Por tanto, usted sospecha de que esta persona sufre un trastorno de la conducta alimentaria. ¿Cómo trataría el tema con esta persona?
2. La restricción voluntaria de la ingesta de alimentos y las dietas de adelgazamiento se observan cada vez con más frecuencia en los niños pequeños. Además, en algunos países la obesidad infantil se está convirtiendo en una epidemia. ¿A qué cree usted que se debe esto? ¿Qué tendría que ocurrir para que estos dos fenómenos se considerasen finalmente problemas importantes de salud pública?



### RECURSOS DE INTERNET

#### RECURSOS

- About Face (para cambiar las actitudes sobre la imagen corporal)
- Academy for Eating Disorders
- Body Positive
- Eating Disorder Referral and Information Center
- National Association of Anorexia Nervosa y Associated Eating Disorders
- National Eating Disorders Association

## DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.about-face.org>

<http://www.aedweb.org>

<http://www.bodypositive.com>

<http://www.edreferral.com>

<http://www.anad.org>

<http://www.nationaleatingdisorders.org/>

- Es probable que las actitudes sociales sobre la delgadez, la belleza, el atractivo corporal y la forma física influyan en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria.
- En el caso de los pacientes con anorexia nerviosa que presentan desnutrición grave, hay que proceder al tratamiento médico para restablecer la homeostasis antes del inicio del tratamiento psiquiátrico.
- La terapia familiar es eficaz en los pacientes con anorexia nerviosa, mientras que la psicoterapia cognitivo-conductual es más eficaz en los pacientes con bulimia nerviosa.
- Las intervenciones de enfermería en los pacientes que presentan un trastorno de la conducta alimentaria son: establecimiento de unas pautas de alimentación sanas y equilibradas, ayuda al paciente para que sea capaz de identificar sus emociones y sentimientos y aprender y poner en práctica estrategias de afrontamiento que no estén relacionadas con la comida y la alimentación, ayudar al paciente para que tenga una percepción más realista de su imagen corporal, y la información y educación al paciente, a la familia y a los amigos.
- Hay que conseguir que el paciente siga una alimentación sana y bien equilibrada y que practique ejercicio físico disfrutando de la actividad y sin preocuparse por las calorías que está quemando. Asimismo, se evitarán las dietas de adelgazamiento de moda, las dietas «milagro» y las dietas demasiado estrictas.
- Los padres deben ser conscientes de que sus actitudes y comportamientos con respecto a los alimentos, el peso corporal y las dietas de adelgazamiento tienen una influencia muy importante en sus hijos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agras, W. S. (2006). Treatment of eating disorders. In A. F. Schatzberg, & C. B. Nemeroff (Eds.), *Essentials of clinical psychopharmacology* (2nd ed., pp. 669–687). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, A. E., & Yager, J. (2005). Eating disorders. In B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 2002–2021). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Andreasen, N. C., & Black, D. W. (2006). *Introductory textbook of psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Atlanta Center for Eating Disorders. (2008). How can you help prevent eating disorders? Retrieved from <http://www.eatingdisorders.cchelp>.



- Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E., & Woodside, D. B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 257–269.
- Cave, K. E. (2009). Influences of disordered eating in prepubescent children. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47(2), 21–24.
- Eisenberg, M., & Neumark-Sztainer, D. (2008). Peer harassment and disordered eating. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(2), 155–164.
- Glazer, J. L. (2008). Eating disorders among male athletes. *Current Sports Medicine Reports*, 7(6), 332–337.
- Latzer, Y., Witztum, E., & Stein, D. (2008). Eating disorders and disordered eating in Israel: An updated review. *European Eating Disorders Review*, 16(5), 361–374.
- Pike, K. M., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T., et al. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: A case–control study. *Psychological Medicine*, 38(10), 1443–1453.
- Schmidt, U. (2008). Cognitive behavioral approaches in adolescent anorexia and bulimia nervosa. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 147–158.
- Schmidt, U., Lee, S., Beecham, J., Perkins, S., Treasure, J., Yi, I., et al. (2007). A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164(4), 591–598.
- Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stunkard, A., Allison, K., & Lundgren, J. (2008). Issues for DSM-IV: Night eating syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 165(4), 424.
- Sweetingham, R., & Walter, G. (2008). Childhood experiences of being bullied and teased in the eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(5), 401–407.
- Sylvester, C. J., & Forman, S. F. (2008). Clinical practice guidelines for treating restrictive eating disorder patients during medical hospitalization. *Current Opinion in Pediatrics*, 20(4), 390–397.
- Thiels, C. (2008). Forced treatment of patients with anorexia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(5), 495–498.
- Thompson, C. (2009). Men and eating disorders. Retrieved 3/1/09, from <http://www.raderprograms.com>.
- Yager, J. (2008). Binge eating disorders: The search for better treatments. *American Journal of Psychiatry*, 165(1), 4–6.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Allen, K. L., Byrne, S. M., McLean, N. J., & Davis, E. A. (2008). Overconcern with weight and shape is not the same as body dissatisfaction: Evidence from a prospective study of pre-adolescent boys and girls. *Body Image*, 5, 261–270.
- Couturier, J., & Lock, J. (2007). A review of medication use for children and adolescents with eating disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16(4), 173–176.
- Gluck, M. E., Venti, C. A., Salbe, A. D., & Krakoff, J. (2008). Nighttime eating: Commonly observed and related to weight gain in an inpatient food intake study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 88(4), 900–905.
- Pope, H. G., Jr., Lalonde, J. K., Pindyck, L. J., Walsh, T., Bulik, C. M., Crow, S. J., et al. (2006). Binge eating disorder: A stable syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 163(12), 2181–2183.

## Autoevaluación

### PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. ¿Cuál de los siguientes problemas puede plantearse cuando se trata a los pacientes con anorexia nerviosa con fluoxetina (antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina)?
  - a. Que el paciente no quiera tomar el medicamento porque uno de sus efectos secundarios es la ganancia de peso.
  - b. Que la fluoxetina provoque pérdida del apetito y, por tanto, adelgazamiento.
  - c. Que la fluoxetina deje al paciente aturdido y atontado.
  - d. Que el paciente no obtenga ningún beneficio del tratamiento con fluoxetina.
2. ¿Cuál de las siguientes es una técnica cognitivo-conductual?
  - a. Distracción.
  - b. Relajación.
  - c. La automonitorización.
  - d. Expresión verbal de las emociones.
3. Un profesional de la enfermería está trabajando con un paciente que padece anorexia nerviosa. Aunque el paciente ha tomado todas las comidas y refrigerios (pequeñas cantidades de alimento entre las comidas) durante la semana, el peso corporal no ha aumentado en esos siete días. ¿Cuál de las siguientes intervenciones está indicada?
  - a. Supervisar atentamente al paciente durante 2 h después de la comidas y de los refrigerios.
  - b. Aumentar el aporte calórico de 1 500 a 2 000 calorías.
  - c. Aumentar el aporte de líquidos.
  - d. Solicitar al médico que prescriba fluoxetina.
4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?
  - a. La anorexia nerviosa no se reconoció como trastorno mental hasta la década de 1960.
  - b. Las culturas en las que la belleza se identifica con la delgadez presentan un riesgo mayor de trastornos de la conducta alimentaria.
  - c. Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema grave de salud sólo en Estados Unidos y Europa.
  - d. Las personas que padecen anorexia nerviosa son muy admiradas por sus compañeros de clase debido a su delgadez.
5. Los siguientes son objetivos iniciales del tratamiento de los pacientes anoréxicos que presentan desnutrición grave, excepto uno, ¿cuál?
  - a. Corregir la distorsión de la imagen corporal.
  - b. Corregir los desequilibrios hidroelectrolíticos.
  - c. Rehabilitación nutricional.
  - d. Restablecer el peso corporal.
6. Un profesional de la enfermería está evaluando el progreso realizado por un paciente

- que padece bulimia. ¿Cuál de los siguientes comportamientos es un indicador de que el paciente progresa adecuadamente?
- El paciente conoce el contenido calórico de cada comida.
  - El paciente utiliza estrategias de afrontamiento sanas y eficaces para hacer frente a la ansiedad.
  - El paciente pasa mucho tiempo descansando en su habitación después de cada comida.
  - El paciente manifiesta verbalmente que las pautas de alimentación que seguía antes eran perjudiciales para su salud.
7. Se está valorando a una adolescente por un posible trastorno de la conducta alimentaria. ¿Cuál de los siguientes signos indica que esta adolescente sufre anorexia nerviosa?
- Se siente culpable y avergonzada por las pautas de alimentación que sigue.
  - Desconoce casi todo sobre los alimentos y la nutrición humana.
  - No está dispuesta a hablar sobre temas relacionados con la comida.
  - Tiene una percepción poco realista de la talla de su cuerpo.
8. Un paciente con bulimia está aprendiendo a aplicar la técnica de la automonitorización. ¿Cuál de las siguientes intervenciones de enfermería resultaría más eficaz para este paciente?
- Pedir al paciente que escriba en un papel todos sus sentimientos y experiencias relacionadas con la comida.
  - Ayudar al paciente a diseñar los menús para toda la semana.
  - Motivar y animar al paciente a que no preste atención a los sentimientos, emociones e impulsos relacionados con la comida.
  - Decir al paciente cuál es el contenido nutritivo y las calorías de cada alimento.

---

## PREGUNTAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE

*Puede elegir más de una respuesta en cada pregunta.*

- ¿Qué signos cabe esperar que encuentre un profesional de la enfermería que está valorando a un paciente con anorexia nerviosa?
  - Creencia de que las dietas de adelgazamiento no representan ningún problema para la salud.
  - Sentimientos de culpabilidad y vergüenza por su conducta alimentaria.
  - Antecedentes de dietas de adelgazamiento desde edad muy temprana.
  - Rituales o conductas compulsivas con respecto a la comida.
  - Deseo intenso de empezar el tratamiento para la anorexia nerviosa.
  - Percibirse a sí mismo con sobrepeso u obesidad.
- ¿Qué signos cabe esperar que encuentre un profesional de la enfermería que está

valorando a un paciente con bulimia nerviosa?

- a. Las conductas compensatorias consisten sólo en purgarse.
- b. Insatisfacción con la figura y la talla de su cuerpo.
- c. Sentimientos de culpabilidad y vergüenza por su conducta alimentaria.
- d. Peso corporal cercano al normal teniendo en cuenta la edad, el sexo, la estatura y la complexión física del paciente.
- e. Rituales o conductas compulsivas con respecto a la comida.
- f. Deseo intenso de agradar a los demás.

---

## CASO CLÍNICO

Judy tiene 17 años. Es estudiante de bachillerato y le gusta mucho la gimnasia. Mide 1,70 m y pesa sólo 38,5 kg. Hace 5 meses que no tiene la menstruación. El médico de atención primaria la ha derivado a la unidad de trastornos de la conducta alimentaria donde ingresó con un diagnóstico de anorexia nerviosa. Durante la entrevista inicial en esta unidad, Judy se muestra a la defensiva cuando se le pregunta por su delgadez extrema. Dice que tiene que estar delgada para poder triunfar en el deporte que practica. Señala algunas zonas de las nalgas y de los muslos y le dice al entrevistador: «¿Ve esto? Todavía tengo mucha grasa aquí. ¿Por qué no me dejan en paz? Yo sé lo que tengo que hacer».

1. Haga dos diagnósticos de enfermería para Judy.
2. Escriba un posible resultado para cada uno de estos diagnósticos de enfermería.
3. Escriba tres intervenciones de enfermería para cada uno de estos diagnósticos de enfermería.

# 19

## Trastornos somatomorfos

### Términos clave

- *belle indifférence*
- beneficio primario
- beneficio secundario
- convicción de enfermedad
- estrategias de afrontamiento centradas en las emociones
- estrategias de afrontamiento centradas en los problemas
- hipocondría
- histeria
- internalización
- nosofobia
- psicósomático
- simulación
- síndrome de Münchhausen
- síndrome de Münchhausen por poderes
- somatización
- trastorno de conversión
- trastorno de somatización
- trastorno dismórfico corporal
- trastorno por dolor
- trastornos facticios
- trastornos somatomorfos

### Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Explicar las características de las enfermedades psicósomáticas.
2. Describir los trastornos somatomorfos e identificar sus tres características principales.
3. Explicar las teorías sobre la etiología de los trastornos somatomorfos.
4. Describir las características y la evolución de los distintos trastornos somatomorfos.
5. Explicar las diferencias entre los trastornos somatomorfos, los trastornos facticios y la simulación.
6. Aplicar el proceso de enfermería a la atención de los pacientes que padecen un trastorno somatomorfo.
7. Informar y educar al paciente, a la familia y a la sociedad en su conjunto sobre los trastornos somatomorfos.
8. Evaluar sus propios sentimientos, creencias y actitudes con respecto a los pacientes que sufren un trastorno somatomorfo.

**A PRINCIPIOS DEL SIGLO XIX, LA MEDICINA** comenzó a interesarse por los factores sociales y psicológicos que influyen en las enfermedades médicas. El término «psicósomático» empezó a utilizarse para referirse a la conexión que existe entre la mente (*psique*) y cuerpo (*soma*), conexión que influye tanto en la salud como en las enfermedades físicas. La mente puede producir síntomas físicos, además de empeorar las enfermedades médicas. Esto quiere decir que los síntomas físicos pueden iniciarse, mantenerse o empeorar como consecuencia de la influencia de factores psicológicos. Algunos ejemplos de alteraciones fisiológicas que empeoran cuando el enfermo no es capaz de afrontar de forma adecuada el estrés y las emociones intensas son la diabetes, la hipertensión y la colitis ulcerosa. Además, el estrés por sí mismo puede provocar síntomas físicos independientes de los de una enfermedad médica ya diagnosticada. Son muchas las personas que sufren cefaleas tensionales tras un día estresante en el trabajo, que pueden ser bastante intensas. En este caso, la cefalea es una manifestación del estrés.

El término psiquiátrico «histeria» se refiere a muchos síntomas físicos para los que no existe una causa orgánica. El paciente suele referir que estos síntomas son intensos. Se cree que el concepto de histeria se originó en el antiguo Egipto, por lo que tendría más de 4000 años de antigüedad. En la Edad Media, la histeria se asociaba con la brujería, los demonios y la magia. Las mujeres presentaban estos síntomas con mucha mayor frecuencia que los hombres, y se las consideraba personas malignas o poseídas por el demonio. Ya en el siglo XIX, los médicos franceses Paul Briquet y Jean-Martin Charcot definieron la histeria como una enfermedad del sistema nervioso.

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.

Sigmund Freud y Charcot observaron que los síntomas de los pacientes que padecían histeria mejoraban mediante la hipnosis. Mediante este procedimiento se conseguía que el paciente recordara determinadas experiencias del pasado y expresara verbalmente las emociones. Esto puso a Freud sobre la idea de que los seres humanos pueden transformar los sentimientos y emociones en síntomas físicos (Hollifield, 2005), proceso que hoy se denomina *somatización*. Este capítulo trata de los trastornos somatomorfos, en los cuales el concepto de somatización es de enorme importancia.

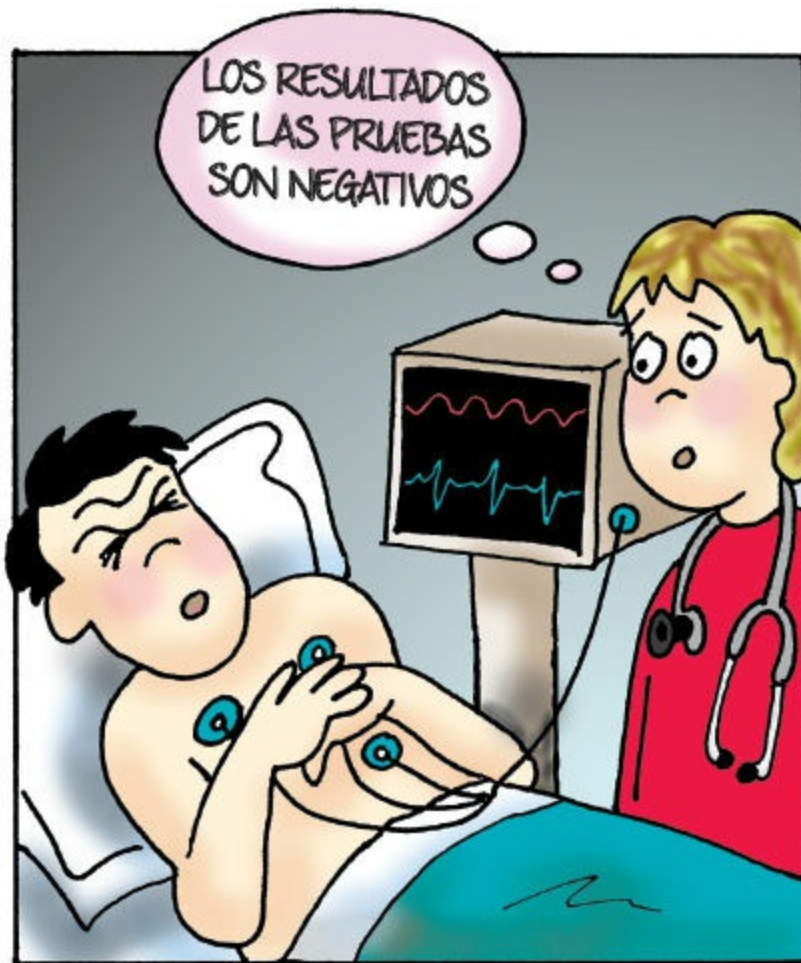


## ASPECTOS GENERALES

La **somatización** consiste en la transformación de las experiencias vitales y los estados mentales (p. ej., las emociones) en síntomas físicos. En los **trastornos somatomorfos**, el paciente presenta síntomas físicos que sugieren la existencia de una enfermedad médica, pero no existe ninguna causa orgánica que sirva para explicar estos síntomas, al menos no de forma completa y plenamente satisfactoria. Las tres características principales de los trastornos somatomorfos son:

- Los síntomas físicos indican que existe una enfermedad médica importante, pero no se aprecian indicios de que los síntomas sean de causa orgánica.
- Existen factores psicológicos, como un conflicto, que parecen guardar relación con el inicio, la reagudización y la persistencia de los síntomas físicos.
- Los síntomas, su reagudización y la preocupación por la salud no están bajo el control consciente del paciente (Hollifield, 2005).

El paciente está convencido de que padece alguna enfermedad médica importante, a pesar de los resultados negativos de las pruebas médicas. Ciertamente, los síntomas son reales y provocan en el paciente dolor, sufrimiento físico, limitaciones, incluso, discapacidad. Por esta razón, aunque el trastorno es de naturaleza psiquiátrica, muchos pacientes no buscan la solución en la consulta del especialista en salud mental. Por desgracia, aun hoy en día hay muchos profesionales sanitarios que no comprenden la naturaleza de los trastornos somatomorfos, y, por tanto, no pueden atender de forma adecuada y empática las necesidades que presentan estos pacientes (Andreasen y Black, 2006). El profesional de la enfermería debe tener siempre presente que el paciente sufre realmente los síntomas que describe y que estos síntomas están fuera de su control voluntario.



### Trastornos somatomorfos.

En el DSM-IV-TR (APA, 2000) figuran cinco trastornos somatomorfos:

- El **trastorno de somatización** presenta muchos y variados síntomas físicos. Se inicia hacia los 30 años de edad y persiste durante años. Consiste en una combinación de dolor y de síntomas gastrointestinales, de la función sexual y pseudoneurológicos.
- El **trastorno de conversión**, también llamado reacción de conversión, se presenta con alteraciones de las funciones sensoriales o motoras (ceguera, parálisis, etc.) de aparición súbita y sin causa orgánica que las explique. Estas alteraciones sugieren en principio un trastorno neurológico, pero están asociadas con factores psicológicos. Una característica típica de este trastorno es *la belle indifférence*, que es el nombre en francés con el que se conoce en psiquiatría la aparente falta de preocupación o inquietud por los síntomas que presentan estos pacientes.
- El **trastorno por dolor**, como su propio nombre indica, se caracteriza por la presencia de un tipo de dolor que no responde a los analgésicos, y cuyo inicio, intensidad, reagudización y persistencia están relacionados en gran medida con factores psicológicos.
- La **hipocondría** consiste en la preocupación excesiva y el miedo a padecer una

enfermedad grave, bien en el presente (convicción de enfermedad) o bien en el futuro (nosofobia). Se cree que el origen de la hipocondría reside en una interpretación errónea por parte del paciente de las sensaciones procedentes del organismo.

- El **trastorno dismórfico corporal** se caracteriza por una preocupación excesiva por algún defecto físico, que no existe o es de poca importancia (p. ej., el paciente está muy preocupado porque cree que tiene la nariz demasiado grande o los dientes feos y deformados).

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR:

### Signos y síntomas del trastorno de somatización

**Síntomas dolorosos:** cefalea, dolor abdominal, artralgia, dolor de espalda, dolor torácico, rectalgia, dolor al orinar, dolor durante la menstruación, dispareunia (dolor durante el coito).

**Síntomas gastrointestinales:** náuseas, meteorismo, vómitos sin relación con el embarazo, diarrea, intolerancia a algunos alimentos.

**Síntomas sexuales:** pérdida de la libido, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, hemorragia menstrual excesiva, vómitos durante el embarazo.

**Síntomas seudoneurológicos:** síntomas de conversión (alteración de la coordinación o del equilibrio, parálisis, debilidad localizada en ciertas partes del aparato locomotor), dificultad para deglutir o sensación de nudo en la garganta, afonía, retención de orina, alucinaciones, pérdida del sentido del tacto o sensaciones táctiles dolorosas, visión doble, ceguera, sordera, convulsiones, síntomas disociativos (p. ej., amnesia), pérdida de la consciencia con características distintas al síncope.

Adaptado de [American Psychiatric Association \(2000\)](#). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.<sup>a</sup> ed., texto revisado). Washington, DC: American Psychiatric Association.



## CASO CLÍNICO: TRASTORNO DE CONVERSIÓN

**Matthew tiene 13 años.** Acaban de remitirle desde una unidad médica del hospital, en la que ha pasado 3 días, a la unidad de psiquiatría infantojuvenil. Se le han realizado pruebas médicas exhaustivas para determinar la causa de una ceguera de inicio súbito. No se ha observado patología orgánica alguna, y se le ha diagnosticado un trastorno de conversión.

En la entrevista inicial, el profesional de la enfermería observa que Matthew está tranquilo y parece aceptar la ceguera. Las actividades que dice realizar en el colegio y con sus amigos parecen las normales de un chico de su edad. Sin embargo, el profesional observa que Matthew apenas habla de sus padres, de su hermano pequeño y, en general, de su familia y de las cosas que hace en casa.

Más tarde, el profesional tiene ocasión de hablar con la madre del paciente cuando va a visitar a su hijo después del trabajo. En seguida empieza a llorar y refiere que su marido tiene problemas con el alcohol y que en casa se comporta de forma cada vez más violenta. Cuenta que dos días antes de que su hijo perdiera la visión, el chico fue testigo de uno de los ataques de ira de su padre, durante el cual golpeó a la madre y destrozó parte del mobiliario. Cuando Matthew trató de ayudar a la madre, el padre le insultó

llamándole inútil y cobarde, y le ordenó que se fuese al sótano y se quedase allí hasta que él se lo indicase. La enfermera se da cuenta de que la violencia que Matthew ha presenciado y su impotencia para cambiar la situación pueden haber provocado el trastorno de conversión que padece.

El trastorno de somatización, el trastorno de conversión y el trastorno por dolor son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, mientras que la hipocondría y el trastorno dismórfico corporal se distribuyen por igual entre ambos sexos. La tasa de incidencia del trastorno de somatización es del 0,2-2 % de la población general, y la del trastorno de conversión es inferior al 1 % de la población general. El trastorno por dolor se observa con frecuencia en las consultas de atención primaria, y se calcula que entre el 10 % y el 15 % de la población de Estados Unidos sufre un dolor de espalda que provoca discapacidad laboral (APA, 2000). Se calcula que la tasa de incidencia de la hipocondría es del 4-9 % de los pacientes vistos en la consulta médica general. No existen datos que permitan establecer la tasa de incidencia del trastorno dismórfico corporal.

## INICIO Y CURSO CLÍNICO

En muchos casos, los síntomas del trastorno de somatización y del trastorno dismórfico corporal aparecen por primera vez en la adolescencia, aunque a veces el trastorno no se diagnostique hasta la edad adulta, generalmente en torno a los 25 años. El trastorno de conversión suele aparecer entre los 10 y los 35 años. El trastorno por dolor y la hipocondría pueden aparecer a cualquier edad (APA, 2000).

Todos los trastornos somatomorfos pueden ser crónicos o recidivantes, y algunos pacientes pueden sufrirlos durante décadas. Generalmente, los pacientes que padecen un trastorno de somatización o de conversión consultan con un profesional de la salud mental después de que los médicos hayan descartado la presencia de una enfermedad médica. Los pacientes que sufren hipocondría, un trastorno por dolor o un trastorno dismórfico corporal no suelen recibir tratamiento en el ámbito de la salud mental, a no ser que padezcan un trastorno mental comórbido. Estos pacientes suelen tener una opinión negativa de los médicos, y están convencidos de que la enfermedad médica que creen padecer podría diagnosticarse si los profesionales sanitarios fuesen más competentes.

## TRASTORNOS RELACIONADOS

Los trastornos somatomorfos deben distinguirse de otros trastornos mentales relacionados con el cuerpo, como la simulación y los trastornos facticios, en los que el individuo simula o se provoca él mismo los síntomas para obtener algún tipo de beneficio. En la simulación y en los trastornos facticios, el individuo controla los síntomas, mientras que, por el contrario, en los trastornos somatomorfos los pacientes no tienen un control voluntario de los síntomas físicos.

La **simulación** consiste en la producción intencionada o en la exageración de los síntomas físicos o psicológicos. El individuo pretende obtener alguna ventaja, como no tener que ir a trabajar, evitar un procesamiento judicial, obtener una indemnización o una prestación económica o conseguir una droga; es decir, estos individuos se inventan la

enfermedad o la exageran para conseguir un objetivo concreto y, tan pronto como lo han conseguido, los síntomas «desaparecen» (Wang, Nadiga y Jenson, 2005).

En el caso de los **trastornos facticios**, el individuo finge o exagera los síntomas físicos o psicológicos con el único objeto de que un médico u otro profesional sanitario le presten atención. A veces, el paciente puede llegar incluso a autolesionarse con tal de conseguir la atención que busca. El trastorno facticio se denomina también **síndrome de Münchhausen**, y una variante de este síndrome es el denominado **síndrome de Münchhausen por poderes** (trastorno facticio por poderes), en el que una persona provoca una lesión o una enfermedad a otra para conseguir la atención del personal sanitario de los servicios de urgencia o para aparecer ante los demás como el «héroe» que ha salvado la vida a la víctima. Un ejemplo de síndrome de Münchhausen por poderes sería el de un profesional de la enfermería que administra intencionadamente a un paciente una sobredosis de potasio por vía intravenosa y a continuación le «salva» la vida aplicándole la reanimación cardiopulmonar.

Los trastornos facticios son trastornos mentales muy poco frecuentes, y suelen observarse en personas que están familiarizadas con la medicina, como los médicos, los profesionales de la enfermería y los técnicos y voluntarios que trabajan en el entorno hospitalario. Los pacientes que padecen un trastorno facticio por poderes y lesionan o hacen enfermar intencionadamente a sus hijos suelen ser detenidos y sometidos a un proceso judicial (Stirling, 2007).



#### **síndrome de Münchhausen.**

El trastorno de identidad de la integridad corporal es un trastorno mental en el que una persona siente que una parte de su cuerpo no le pertenece y quiere que se la amputen. Este trastorno se conoce también con los nombres de trastorno de la identidad del amputado y apotemnofilia (es decir, afición o gusto por la amputación). En la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado* (DSM-IV-TR) no aparece este trastorno, y no hay acuerdo entre los investigadores sobre si existe realmente. Las personas afectadas refieren angustia e inquietud con respecto al cuerpo intacto, y afirman que se sienten «naturales, como deberían ser» después de la amputación. Por razones éticas, son muy pocos los cirujanos que estarían dispuestos a apuntar un miembro a una persona si ésta se lo pidiese. Los pacientes que padecen este trastorno presentan conductas extrañas, como envolver una de las extremidades en hielo seco, hasta que el daño es tan intenso que consiguen que la amputación esté indicada desde el punto de vista médico. En otros casos, el paciente consigue convencer a una persona sin formación médica para que le ampute una extremidad u otra parte del cuerpo con una herramienta eléctrica, después de lo cual el paciente tiene que recibir asistencia médica para salvarle la vida (Mackenzie, 2008).



## ETIOLOGÍA

### Teorías psicosociales

Los autores partidarios de las teorías psicosociales consideran que los pacientes que sufren un trastorno somatomorfo reprimen el estrés, la ansiedad y la frustración; es decir, permiten la expresión externa de estas emociones, fenómeno que se denomina **internalización**. Los pacientes expresan el estrés y los sentimientos internalizados a través de los síntomas físicos (somatización). Tanto la internalización como la somatización son mecanismos de defensa inconscientes, ya que el paciente no es consciente de estos procesos, y, por tanto, no puede controlarlos de forma voluntaria.

Los pacientes que padecen un trastorno somatomorfo no expresan verbalmente sus sentimientos y emociones con facilidad y de forma directa, y los conflictos que surgen en las relaciones interpersonales les plantean una dificultad extrema. En situaciones de conflicto, de malestar psicológico o de estrés emocional, los síntomas físicos suelen empeorar. Este empeoramiento le sirve al paciente para satisfacer la necesidad de seguridad y de atención y afecto por parte de los demás gracias al **beneficio primario** y al beneficio secundario (Hollifield, 2005). El beneficio primario es el conjunto de beneficios externos directos que proporciona el hecho de estar enfermo, como el alivio de la ansiedad, de los conflictos internos y del malestar psicológico. El **beneficio secundario** es el conjunto de los beneficios personales que se obtienen de los demás cuando se está enfermo, como la atención de la familia y de los amigos y las atenciones dirigidas a aliviar el malestar (p. ej., al enfermo se le sirve una bebida caliente o se le hacen friegas en la espalda). Con el tiempo, el paciente se da cuenta de que «necesita estar enfermo» para poder satisfacer sus necesidades psicológicas.

La somatización suele asociarse con lo femenino, como se observa en la etimología del término *histeria*, que proviene de la palabra griega *hysteron*, que significa útero. Durante muchos siglos, los médicos han pensado que los dolores femeninos de origen desconocido se debían al movimiento del útero a través del cuerpo. Los autores partidarios de las teorías psicosociales postulan que la incidencia más elevada de la somatización que se observa en las mujeres puede deberse a distintos factores:

- En Estados Unidos se educa a los niños para que no se quejen y se «porten como hombres», y esto hace que presenten menos síntomas físicos cuando son adultos.
- Las mujeres requieren tratamiento médico con mayor frecuencia que los hombres, lo cual, además, es algo que la sociedad considera aceptable.
- El abuso sexual durante la infancia está asociado con la somatización, y estos abusos afectan con mayor frecuencia a las niñas que a los niños.
- Es habitual que las mujeres, con más frecuencia que los hombres, reciban tratamiento psiquiátrico por trastornos mentales que tienen un fuerte componente somático, como la depresión.

### Teorías biológicas

Los resultados de los estudios realizados indican que existen diferencias en la forma en la

que los pacientes que padecen un trastorno somatomorfo regulan e interpretan los estímulos procedentes del organismo. Estos pacientes no distinguen entre estímulos relevantes e irrelevantes, y responden de la misma forma a unos y a otros. Por ejemplo, pueden experimentar una sensación corporal normal como el peristaltismo y atribuirle un significado patológico en lugar de considerarlo algo normal desde el punto de vista fisiológico (Hollifield, 2005). Una inhibición deficiente de la información sensorial amplifica la consciencia de los síntomas físicos y da lugar a respuestas exageradas a las sensaciones procedentes del organismo. Por ejemplo, una molestia como la rigidez muscular se amplifica debido a la preocupación que tiene el paciente y a la atención excesiva que presta a la rigidez. Esta consciencia sensorial amplificada hace que el paciente experimente las sensaciones somáticas de una forma más intensa de lo normal y las interprete como algo perjudicial para el organismo (Andreasen y Black, 2006).

El trastorno de somatización se observa en el 10-20 % de los familiares de primer grado de sexo femenino de los pacientes que sufren este trastorno. En comparación con la población general, los síntomas característicos del trastorno de conversión se encuentran con mayor frecuencia en los familiares de los pacientes que padecen este trastorno. Los familiares de primer grado de los pacientes que sufren un trastorno por dolor tienen más probabilidad de padecer trastornos depresivos, dependencia de alcohol y dolor crónico (APA, 2000).

Tabla 19-1. Síndromes somatomorfos asociados con las distintas culturas

Síndrome	Cultura	Características
<i>Dhat</i> <i>Koro</i>	India Sudeste asiático	Preocupación hipocondríaca por la pérdida de semen Creencia de que el pene se puede encoger y desaparecer en el interior del abdomen, lo que produciría la muerte de la persona afectada
Episodios de caídas	Sur de Estados Unidos, Islas del Caribe	Desvanecimiento súbito, la persona afectada no puede ver ni moverse
<i>Hwa-byung</i>	Corea	La ira reprimida provoca insomnio, fatiga, crisis de angustia, dispepsia y dolores y molestias generales e inespecíficos
<i>Sangue dormido</i> (sangre dormida)	Cabo Verde	Dolor, letargo, temblores, parálisis, convulsiones, ceguera, ataque al corazón, aborto espontáneo
<i>Shenjing shuairuo</i>	China	Cansancio físico y mental, mareos, cefalea, dolor, alteraciones del sueño, pérdida de la memoria, alteraciones gastrointestinales, disfunciones sexuales

Adaptado de Mojtabai R (2005). Culture-bound syndromes with psychotic features. En BJ Sadock y VA Sadock (eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8.ª ed., pp. 1538-1542). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. © American Psychiatric Association. Reproducido con autorización.

## Aspectos culturales

El tipo, la frecuencia y el significado de los síntomas somáticos varían de una cultura a otra. En África y en el Sudeste asiático, los síntomas pseudoneurológicos del trastorno de somatización suelen consistir en escozor en las manos y los pies y en la sensación de que se tienen gusanos en la cabeza y hormigas debajo de la piel. En determinados países y culturas, son más prevalentes los síntomas relacionados con la reproducción masculina. Por ejemplo, muchos hombres de la India padecen un trastorno denominado *dhat*, que consiste en la preocupación hipocondríaca por la pérdida de semen. La tasa del trastorno de somatización es muy baja entre los hombres de Estados Unidos, y este trastorno es

más habitual entre los hombres de Grecia y de Puerto Rico.

Muchos síndromes asociados con la cultura cursan con síntomas somáticos (síntomas físicos) que no tienen explicación médica (tabla 19-1). El *koro* es un trastorno mental que se observa en el sudeste asiático y puede estar relacionado con el trastorno dismórfico corporal. La principal manifestación clínica es la creencia de que el pene se va encogiendo progresivamente hasta desaparecer en el interior del abdomen, a resultas de lo cual el paciente muere. Los episodios de desvanecimientos (*falling out*) sin explicación médica son característicos del sur de Estados Unidos y de las islas del Caribe, y se caracterizan por un desvanecimiento súbito durante el cual la persona pierde la visión y la movilidad. El *hwa-byung* es un síndrome característico de Corea que se atribuye a la represión de la ira; los signos y síntomas clínicos son insomnio, cansancio, crisis de angustia, dispepsia y dolores y molestias generales e inespecíficos. El *sangue dormido* (sangre dormida) se observa en Cabo Verde, y cursa con dolor, letargo, temblores, parálisis, convulsiones, ceguera, paro cardíaco y aborto espontáneo. El *shenjing shuariuo* es característico de China, y sus manifestaciones son cansancio mental y físico, mareos, cefaleas, dolor, alteraciones del sueño, pérdida de la memoria, alteraciones gastrointestinales y disfunciones sexuales (Mojtabai, 2005).

## Tratamiento

El tratamiento se centra en el control de los síntomas y en mejorar la calidad de vida del paciente. El profesional de la enfermería debe mostrar empatía y sensibilidad hacia los síntomas físicos del enfermo. El establecimiento de una buena relación terapéutica basada en la confianza contribuye a aumentar las probabilidades de que el paciente siga el tratamiento con constancia, lo cual, a su vez, evita que vaya de un médico a otro sin obtener ningún resultado positivo.

En muchos pacientes la depresión es un trastorno comórbido del trastorno somatomorfo o una consecuencia de éste (Ferrari, Galeazzi, Mackinnon y Rigatelli, 2008). Por tanto, los antidepresivos pueden ser de ayuda en algunos casos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina, la sertralina y la paroxetina, se utilizan con mucha frecuencia en estos pacientes (tabla 19-2).

Puede ser útil remitir a los pacientes que padecen un trastorno por dolor a una clínica especializada en el tratamiento del dolor, en la que puedan aprender técnicas para el control del dolor, como la creación de imágenes mentales y la relajación. La fisioterapia se utiliza para desarrollar y mantener el tono muscular, y ayuda a mejorar las habilidades funcionales. Hay que evitar la prescripción y administración de analgésicos opioides a estos pacientes debido al riesgo de dependencia o abuso, aunque se pueden prescribir antiinflamatorios no esteroideos para reducir el dolor.

La psicoterapia de grupo es útil en algunos pacientes que presentan un trastorno somatomorfo. Los resultados de los estudios realizados en pacientes con trastorno de somatización que han participado en grupos estructurados de terapia cognitivo-conductual indican que estos pacientes muestran signos de mejoría física y psicológica al

año de empezar el tratamiento (Hollifield, 2005). En estos estudios, los objetivos generales del tratamiento grupal eran: ayudarse entre los afectados, compartir estrategias de afrontamiento y detectar y expresar verbalmente los sentimientos y emociones. Abramowitz y Braddock (2006) observaron que los pacientes con hipocondría que participaban en grupos de terapia cognitivoconductual y tomaban la medicación tal como se les había prescrito conseguían cambiar las percepciones erróneas sobre el riesgo de sufrir una enfermedad médica. En otro estudio, se encontró que la terapia cognitivoconductual era eficaz también en el caso de los pacientes que padecían un trastorno de somatización (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara y Hamer, 2006).

**Tabla 19-2. Antidepresivos para el tratamiento de los trastornos somatomorfos**

Fármaco	Dosis habitual (mg/día)	Consideraciones a tener en cuenta
Fluoxetina	20-60	Vigilar la aparición de erupciones cutáneas, urticaria, insomnio, dolor de cabeza, ansiedad, somnolencia, náuseas y pérdida del apetito; evitar el alcohol
Paroxetina	20-60	Vigilar la aparición de náuseas, pérdida del apetito, mareos, sequedad bucal, somnolencia o insomnio, sudoración y disfunción sexual; evitar el alcohol
Sertralina	50-200	Vigilar la aparición de náuseas, pérdida del apetito, diarrea, dolor de cabeza, insomnio y disfunción sexual; evitar el alcohol

En cuanto al pronóstico, los trastornos somatomorfos tienden a ser de naturaleza crónica o recidivante. Con el tratamiento adecuado, el trastorno de conversión suele remitir en unas cuantas semanas, pero se produce una recaída en el 25 % de los casos. El trastorno de somatización, la hipocondría y el trastorno por dolor suelen persistir durante años, y los pacientes refieren un estado de salud deficiente. El trastorno dismórfico corporal puede cronificarse, en cuyo caso el paciente estará preocupado de por vida por uno o más defectos corporales (APA, 2000).

## **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA**

El mecanismo de la somatización es el mismo en todos los pacientes que presentan un trastorno somatomorfo. Por esta razón, este apartado trata de la aplicación del proceso de enfermería a los pacientes que padecen un trastorno de somatización. Cuando existe alguna diferencia entre el trastorno de somatización y los demás trastornos somatomorfos, se indica en el lugar adecuado.

### **Valoración**

El profesional de la enfermería debe valorar en primer lugar el estado general de salud del paciente. Esta valoración debe ser exhaustiva para asegurarse de que no existe una enfermedad médica que deba ser tratada. En el cuadro 19-1 se presenta una prueba muy útil para la detección sistemática de los síntomas del trastorno de somatización. Es importante prestar atención a los síntomas físicos de los pacientes a los que se les ha diagnosticado un trastorno de somatización, ya que en cualquier momento puede aparecer una enfermedad médica que puede requerir tratamiento.



### Diagnóstico de enfermería

**Afrontamiento ineficaz:** incapacidad para evaluar de forma adecuada los estresores, elección inadecuada de las estrategias de afrontamiento e incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

#### DATOS DE LA VALORACIÓN

- Negación de los problemas psicológicos.
- Dificultad para identificar y expresar los sentimientos.
- Incapacidad de introspección.
- Preocupación por sí mismo, especialmente por el funcionamiento físico.
- Temor y rumiación obsesiva sobre las enfermedades.
- Síntomas somáticos abundantes (puede afectar a distintos órganos y sistemas).
- Síntomas sensoriales y sensitivos (dolor, pérdida del sentido del gusto, alteraciones olfativas).
- Reticencia o rechazo a participar en actividades o programas de tratamiento psiquiátrico.
- Dependencia de los fármacos o de otros tratamientos biológicos (p. ej., dependencia de los laxantes).
- Consumo excesivo de medicamentos comprados sin receta, de remedios caseros, enemas, etc.

#### RESULTADOS ESPERABLES

##### Inmediatos

###### *El paciente*

- Participará en el programa de tratamiento; por ejemplo, hablará con el personal de enfermería durante 15 min o participará en una actividad grupal al menos dos veces al día en una fecha preestablecida.
- Reducirá el número y la frecuencia de los síntomas físicos.
- Cumplirá el tratamiento farmacológico y cualquier otro tratamiento prescrito por el médico.
- Mostrará un buen nivel de energía y una ingesta adecuada de alimentos y líquidos; por ejemplo, comerá la mitad de cada comida en una fecha preestablecida.
- Identificará los estresores y la causa de la ansiedad.
- Identificará la relación existente entre el estrés y los síntomas físicos.
- Expresará verbalmente los sentimientos y emociones.

*Continúa*



### DATOS DE LA VALORACIÓN

- Conductas ritualizadas (p. ej., atención exagerada a las rutinas relacionadas con la defecación).
- Temblores.
- Relaciones interpersonales poco satisfactorias.
- Falta de un sistema de apoyo psicológico.
- Ansiedad.
- Problemas físicos de los que el paciente obtiene un beneficio secundario.
- Antecedentes de visitas frecuentes a la consulta del médico o a los servicios hospitalarios.
- Antecedentes de evaluaciones médicas sucesivas con resultados normales.

### RESULTADOS ESPERABLES

- Identificará formas alternativas de afrontar el estrés, la ansiedad y los sentimientos negativos; por ejemplo, hablando con otras personas, realizando ejercicio físico, llevando un diario, etc.

#### Estabilización

##### El paciente

- Reducirá el número de conductas ritualizadas.
- Reducirá el número de conductas indicativas de búsqueda de atención.
- Expresará verbalmente una mejor comprensión de la dinámica de la conducta hipocondríaca, incluido el beneficio secundario.
- Comprenderá y explicará el tratamiento farmacológico y cualquier otro tratamiento médico que se le haya prescrito.

#### En la comunidad

##### El paciente

- Abandonará el uso excesivo de fármacos y de otros tratamientos biológicos.
- Demostrará que conoce formas alternativas de afrontar el estrés, la ansiedad y los sentimientos negativos.

### PUESTA EN PRÁCTICA

#### Intervenciones de enfermería (\*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)

La valoración inicial de enfermería debe incluir una valoración física completa, los antecedentes de síntomas y de tratamientos médicos y una valoración de los síntomas que presenta el paciente en el momento de la entrevista.

\*El profesional de la enfermería debe registrar la valoración médica de los síntomas que se han realizado en el momento de ingresar el paciente.

\*Cada vez que el paciente se refiera a un nuevo síntoma, hay que derivarlo al médico para su valoración y, si procede, tratamiento.

\*El profesional de la enfermería debe trabajar en estrecha colaboración con el médico para limitar el número, variedad, potencia y frecuencia de los medicamentos, de los enemas y de cualquier otro tratamiento biológico que utilice el paciente.

Cuando el paciente solicite una medicación o cualquier otro tratamiento biológico, el personal de enfermería debe motivarle y animarle a identificar el desencadenante que ha provocado el síntoma y a afrontarlo sin necesidad de tener que recurrir a la medicación ni a ningún otro tratamiento biológico.

Observe y registre las circunstancias que están asociadas con los síntomas; comente sus observaciones con el paciente.

Ayude al paciente a identificar y practicar métodos alternativos a la medicación para combatir el dolor (p. ej., la relajación).

#### Justificación

La valoración inicial de enfermería proporciona datos que permiten elaborar el plan de tratamiento.

Los problemas médicos reales deben registrarse y tratarse adecuadamente.

El profesional de la enfermería no debe suponer sin más que todos los síntomas físicos de los que se queja el paciente son de naturaleza hipocondríaca, ya que el paciente puede estar realmente enfermo o sufrir una lesión. Incluso, el paciente puede recurrir a una enfermedad médica o a una lesión que realmente padece para intentar demostrar que no es hipocondríaco.

La coordinación y la comunicación adecuada entre los miembros del equipo multidisciplinario sirven para evitar que el paciente manipule al personal sanitario para obtener más medicación.

Si el paciente es capaz de aliviar el estrés mediante formas alternativas a la medicación, es menos probable que recurra a la medicación o a cualquier otro tratamiento biológico.

Hacer ver al paciente que existen situaciones que están asociadas con los síntomas le ayuda a percibir la relación existente entre el estrés y los síntomas físicos.

Los métodos de reducción del estrés distintos a la medicación contribuyen a desvincular el uso de los fármacos de la capacidad de afrontamiento del paciente y a aumentar la sensación de control sobre sí mismo y sobre el entorno.



**Intervenciones de enfermería** (\*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)

\*Reduzca la cantidad de tiempo y la atención que se proporciona a los síntomas físicos. Cuando el paciente se refiera a un síntoma, dirívalo al médico si se trata de un síntoma nuevo o actúe según se indique en el plan de tratamiento; después dígame al paciente que hablará con él de cualquier cosa excepto de los síntomas físicos. Hágale saber que se interesa por él como persona, y no sólo en sus síntomas físicos. Si el síntoma no es grave, dígame al paciente que debe comentarlo con el médico en la próxima consulta.

Deje de hablar con el paciente si insiste en centrar la conversación en los síntomas físicos. Explíquelo por qué razón no quiere seguir hablando con él y dígame que volverá más tarde para comentar otros temas.

Establezca un límite temporal (p. ej., 5 min cada hora) para comentar los síntomas físicos con el paciente. El resto del personal sanitario hablará con el paciente sólo de otros temas.

Tenga en cuenta que los síntomas son una percepción del paciente y siga las indicaciones anteriores; no discuta con el paciente sobre los síntomas físicos.

Aplique técnicas de comunicación verbal basadas en la confirmación del acuerdo en los objetivos mínimos compartidos y en explorar los sentimientos del paciente («Las pruebas médicas indican que no hay lesiones. ¿Aún cree que tiene una lesión interna? ¿Cómo se siente por el hecho de creer esto?»).

Inicialmente, evalúe detenidamente la imagen corporal que tiene el paciente de sí mismo, las pautas de las relaciones sociales y las estrategias de afrontamiento que utiliza el paciente para hacer frente a la ansiedad, al estrés, a los conflictos y a otras situaciones difíciles.

Hable con el paciente sobre lo que le resulta gratificante, sobre sus inquietudes, sobre sus relaciones interpersonales, sobre su trabajo, etc.

Después de abordar los temas anteriores y de establecer y desarrollar una relación de confianza, hable con el paciente de forma más abierta y directa, y anímelo a identificar los estresores actuales y los más recientes.

Si el paciente utiliza la negación como mecanismo de defensa, sugírales posibles estresores (de tal forma que el paciente no sienta que le está imponiendo su propia opinión) y pídale su opinión.

Ayude al paciente a identificar de forma gradual las posibles conexiones existentes entre la ansiedad y la aparición de los síntomas físicos (¿Qué hace que el paciente se sienta más o menos cómodo? ¿Qué está haciendo el paciente o qué está ocurriendo en el entorno cuando los síntomas aparecen?).

Motive y anime al paciente a hablar de los sentimientos que tiene sobre sus miedos (esto es mejor que pedirle que hable directamente de los miedos).

Investigue los sentimientos relacionados con la falta de control que el paciente tiene sobre el estrés y los acontecimientos vitales.

Motive y anime al paciente a llevar un diario para anotar las situaciones, los estresores y la aparición de los síntomas físicos; anímelo a utilizar el diario para identificar la relación existente entre los estresores y los síntomas físicos.

**Justificación**

Si el paciente no consigue obtener la atención de las personas del entorno mediante los síntomas físicos, la frecuencia de estos síntomas irá disminuyendo progresivamente.

Es importante dejar claro al paciente que no se prestará atención a sus síntomas físicos, pero sí a él como persona.

Puesto que los síntomas físicos han sido la principal estrategia de afrontamiento que el paciente ha venido utilizando hasta ahora, sentirá menos ansiedad si se restringe esta conducta en lugar de prohibírsela. Si se prohíbe al paciente esta estrategia de afrontamiento antes de que aprenda estrategias alternativas, la conducta hipocondríaca puede aumentar en frecuencia e intensidad.

Si discute con el paciente sobre los síntomas físicos, se centrará aún más en éstos y, además, esto le impedirá hablar de sus sentimientos.

Esto contribuye a que el paciente empiece a considerar la posibilidad de hablar de sus sentimientos.

Esta valoración proporciona información de partida para conocer las conductas hipocondríacas.

Cuando en la conversación se utilizan preguntas de respuesta abierta, el paciente se siente menos amenazado; además, este tipo de preguntas contribuyen a que el paciente desarrolle la capacidad de autoevaluación.

La percepción que el paciente tiene de los estresores constituye la base de su conducta, y suele ser más importante que la percepción que las personas que rodean al paciente tienen de estos mismos estresores.

Si el paciente se instala en la negación, las técnicas de comunicación más abiertas pueden provocarle enfado y hostilidad y, por tanto, poner en riesgo la relación de confianza con el profesional de la enfermería.

El paciente debe empezar a ver la relación existente entre el estrés y los síntomas físicos siguiendo su propio ritmo. Lo normal es que al paciente le resulte más gratificante ir descubriendo esta relación por sí mismo en vez de que el profesional se la explique.

La atención debe centrarse en los sentimientos que tiene el paciente sobre sus miedos, no en el miedo mismo.

El paciente puede tener sentimientos de indefensión, pero quizás no se dé cuenta si no se le ayuda.

Reflexionar sobre ideas escritas en un diario puede resultar más fácil y menos ansiógeno para el paciente.

Continúa

**Intervenciones de enfermería** (\*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)

- Hable con el paciente al menos una vez en cada turno de trabajo, centrándose en la identificación y expresión verbal de los sentimientos y emociones.
- Motive y anime al paciente a hacer aflorar sus sentimientos y emociones, verbalmente y mediante el llanto o recurriendo a actividades o a otros recursos.
- Motive y anime al paciente a expresar abiertamente sus sentimientos, especialmente aquellos con los que se siente incómodo (como el enfado, la frustración y el resentimiento).
- Registre el tipo de interacciones que mantiene el paciente con otras personas y anime a afirmarse personalmente y a expresar verbalmente sus sentimientos, especialmente el enfado, el resentimiento y otras emociones consideradas socialmente negativas.
- \*Informe y eduque al paciente, a la familia y a otras personas allegadas sobre la dinámica de la conducta hipocondríaca y sobre el plan de tratamiento, incluido el plan para después de la alta médica.
- \*Hable con el paciente, con la familia y con otras personas allegadas sobre el beneficio secundario, y elabore un plan conjunto para reducirlo. Identifique las necesidades que el paciente está tratando de satisfacer mediante el beneficio secundario (p. ej., que los demás le presten atención o eludir las responsabilidades).
- Ayude al paciente a planificar con el fin de satisfacer sus necesidades de forma distinta a como lo ha venido haciendo hasta ahora. Muestre al paciente que puede conseguir la atención de los demás sin necesidad de tener que recurrir a los síntomas, y que puede cumplir con sus responsabilidades y afirmarse personalmente a pesar del estrés.
- Reduzca todo lo que sea posible los beneficios que el paciente obtiene de la enfermedad. No deje que la enfermedad le permita al paciente eludir sus responsabilidades u obtener privilegios especiales, como quedarse en cama alegando que se siente mal.
- Enseñe al paciente hábitos más saludables, incluidos los hábitos nutricionales, las estrategias de afrontamiento para hacer frente al estrés, el ejercicio físico diario, el descanso, la identificación de la relación existente entre los síntomas de ansiedad y el consumo de cafeína, etc.

**Justificación**

- Demostrar un interés sincero y coherente hacia el paciente facilita la relación terapéutica y puede ayudar a iniciar la conversación sobre los sentimientos y emociones.
- Puede que el paciente tenga dificultades para expresar sus sentimientos de forma directa. El apoyo del profesional puede ayudarle a desarrollar las habilidades necesarias para hacerlo.
- La expresión directa de los sentimientos hará que disminuya la necesidad de recurrir a los síntomas físicos para expresarlos.
- El paciente debe saber que la expresión adecuada del enfado y de otras emociones negativas son aceptables y que la expresión de estas emociones negativas puede contribuir a que se sienta físicamente mejor.
- Puede que el paciente, la familia y otras personas allegadas sepan poco sobre estos temas. Conocer el plan de tratamiento ayudará a que se produzca un cambio de conducta a largo plazo.
- Establecer y mantener los límites para reducir el beneficio secundario requiere la participación de todos. La familia y otras personas allegadas al paciente deben conocer las necesidades de éste si quieren ayudarle a satisfacerlas.
- El refuerzo positivo a las conductas más saludables contribuye a que el paciente realice estas conductas con más frecuencia. La familia y otras personas allegadas también deben usar el refuerzo positivo.
- Si el paciente no consigue lo que quiere valiéndose de los síntomas físicos, es menos probable que utilice estos síntomas como estrategia de afrontamiento.
- El bienestar físico es especialmente importante en el caso de los pacientes que utilizan los síntomas físicos como estrategia de afrontamiento.

Adaptado de Schultz JM y Videbeck SL (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8.ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

**Antecedentes**

En la entrevista inicial, los pacientes que padecen un trastorno somatomorfo suelen proporcionar una extensa y detallada explicación de los síntomas físicos anteriores y actuales, así como de las numerosas pruebas diagnósticas y tratamientos médicos que se les han realizado. Algunos pacientes incluso se han sometido a procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de los síntomas físicos. Es posible que el paciente haya consultado con muchos médicos durante los años anteriores, y puede que esté enfadado con la clase médica en general, en cuyo caso el paciente hará comentarios del tipo «Los médicos no saben encontrar lo que me pasa» o «Son unos incompetentes y quieren hacerme creer que estoy loco». La excepción pueden ser los pacientes que padecen un trastorno de conversión, que expresan pocas emociones y sentimientos cuando hablan de

sus limitaciones físicas o de la falta de un diagnóstico concluyente, fenómeno que se denomina *la belle indifférence*.

### ***Aspecto general y comportamiento motor***

El aspecto general no suele aportar datos significativos. No es infrecuente que el paciente ande con lentitud o con una marcha extraña debido al dolor o a la incapacidad causada por los síntomas físicos. Su expresión facial puede denotar incomodidad o expresar sufrimiento físico. Muchas veces, se van animando y su aspecto mejora a medida que se desarrolla la entrevista de evaluación. Esto se debe a que el paciente se siente satisfecho por la atención tan detallada y completa que le presta el profesional de la enfermería. Los pacientes con trastorno de somatización suelen describir los síntomas físicos con todo lujo de detalles, y generalmente utilizan términos exagerados; no obstante, la información aportada por el paciente es excesivamente inespecífica, por lo que es de poca utilidad desde el punto de vista médico.

### ***Estado de ánimo y afectos***

El estado de ánimo suele ser lábil. Cuando el paciente describe los síntomas físicos y las limitaciones asociadas, la expresión es triste y deprimida; sin embargo, puede pasar a mostrar una expresión muy animada cuando cuenta al profesional cómo, en cierta ocasión, llegó al hospital en ambulancia en mitad de la noche. Al igual que la descripción de los síntomas físicos, estos pacientes suelen exagerar la expresión de las emociones. En vez de afectado, el paciente puede parecer incluso contento cuando describe las distintas crisis personales relacionadas con la salud física por las que ha tenido que pasar. En el caso del trastorno de conversión, el paciente muestra una sorprendente ausencia de sufrimiento o preocupación.

### ***Proceso y contenido del pensamiento***

Los pacientes que somatizan no presentan alteraciones del proceso de pensamiento. El contenido del pensamiento está dominado por las preocupaciones magnificadas por el paciente sobre los síntomas físicos. Por ejemplo, ante un simple resfriado, puede estar convencido de que sufre una neumonía. Incluso puede referirse a su inminente fallecimiento y a la música que le gustaría que sonara durante el funeral.

Es poco probable que estos pacientes puedan reflexionar y responder a las preguntas que se les hace sobre sus emociones y sentimientos. Por el contrario, responden sin ningún problema a las preguntas que se refieren a su estado de salud o a las sensaciones físicas. Por ejemplo, si el profesional de la enfermería pregunta al paciente qué sintió cuando tuvo que dejar de trabajar, es probable que el paciente responda que pensó que se sentiría mejor porque iba a tener la posibilidad de descansar más tiempo, pero que el dolor de espalda no ha mejorado a pesar de haber dejado de trabajar.

Al contrario de lo que se observa en otros pacientes que padecen un trastorno somatomorfo, los pacientes hipocondríacos no centran la conversación en los síntomas físicos que sufren, sino en la preocupación ante la posibilidad de padecer ya en ese momento una enfermedad grave o de padecerla en el futuro. Sin embargo, los pacientes con hipocondría también hablan de sus síntomas y están preocupados por las funciones



fisiológicas. Al igual que los otros pacientes que padecen un trastorno somatomorfo, los hipocondríacos presentan rumiaciones obsesivas sobre las enfermedades, están fascinados por todo lo relacionado con la ciencia médica y tienen miedos nada realistas sobre la medicación que se les ha prescrito y ante la posibilidad de contraer una infección.

### *Nivel de consciencia y procesos cognitivos*

El paciente está alerta y bien orientado. Las funciones intelectuales se mantienen intactas.

### *Sentido de la realidad y capacidad de introspección*

Las respuestas exageradas a todo lo que está relacionado con las funciones fisiológicas y los síntomas físicos pueden afectar negativamente al sentido de realidad del paciente. Estos pacientes tienen poca o ninguna capacidad de introspección en lo que respecta a su conducta. Están totalmente convencidos de que su problema es de naturaleza médica, y suelen quejarse de que los demás no les comprenden.

### *Concepto de sí mismo*

Estos pacientes se centran sólo en su parte física. No es habitual que piensen en sus características personales o en sus potencialidades, y se sienten incómodos si se les pide que lo hagan. Los individuos que somatizan suelen tener una baja autoestima, y la atención constante y exclusiva a los problemas físicos parece ser la forma en la que afrontan este problema. Tienen escasa confianza en sí mismos, son poco eficaces en su desempeño profesional y tienen dificultades para manejarse en los asuntos de la vida diaria, dificultades que los pacientes invariablemente relacionan con su estado físico.

### *Roles y relaciones interpersonales*

Los pacientes que sufren un trastorno de somatización suelen trabajar, aunque algunos pueden haber dejado el trabajo debido a los problemas físicos. Muchas veces pierden el empleo debido al absentismo laboral o la incapacidad para cumplir con las tareas que se les asigna; pero, en otros casos, son ellos mismos los que dejan el trabajo voluntariamente alegando problemas de salud. Ocupados como están en buscar atención médica, tienen dificultades para desempeñar correctamente los roles familiares. Lo más probable es que tengan pocos amigos y dediquen poco tiempo a las actividades sociales. Pueden negarse a ver a los amigos o a salir de casa por miedo a ponerse gravemente enfermos. La mayor parte de sus relaciones sociales tienen lugar con los profesionales sanitarios.

## **Cuadro 19-1. Preguntas para la detección sistemática de los síntomas del trastorno de somatización**

1. ¿Ha tenido problemas para respirar?
2. ¿Ha tenido dismenorrea (dolores y molestias antes o durante la menstruación más intensos de lo normal)?
3. ¿Ha sentido escozor en los órganos sexuales, en la boca o en el recto?
4. ¿Ha tenido dificultades para tragar o ha sentido un nudo en la garganta durante más de 1 h?
5. ¿En algún momento le ha resultado imposible recordar lo que ha estado haciendo en las últimas horas o

- días? Si le ha ocurrido, ¿le pasó a pesar de que no había tomado alcohol ni ninguna otra droga?
6. ¿Alguna vez ha sufrido vómitos frecuentes?
  7. ¿Alguna vez le han dolido los dedos de las manos o de los pies?

---

Adaptado de Othmer E y DeSouza C (1983). A screening test for somatization disorder (hysteria). *American Journal of Psychiatry*, 142(10): 1146-1149. American Psychiatric Association. Reproducido con autorización.

El paciente puede quejarse de falta de apoyo y de comprensión por parte de la familia. Los familiares pueden acabar cansándose de los síntomas interminables y del rechazo del paciente a aceptar que, de acuerdo con los resultados de las innumerables pruebas diagnósticas que se le han realizado, no sufre ninguna enfermedad. Las molestias físicas del paciente no permiten muchas veces planificar los acontecimientos familiares, como las vacaciones o las fiestas de cumpleaños. La vida familiar suele ser caótica e impredecible.

### **Problemas fisiológicos y autocuidado**

Aparte de los innumerables síntomas físicos, estos pacientes tienen también necesidades reales en lo que respecta a la salud ([cuadro 19-2](#)). Los pacientes que somatizan suelen presentar alteraciones del sueño, problemas nutricionales y falta de ejercicio físico. Además, puede que el paciente esté tomando un gran número de fármacos para el dolor u otros síntomas. Si un paciente ha estado tomando ansiolíticos o medicamentos para el dolor (analgésicos opioides), el profesional debe tener en cuenta la posibilidad de que se presente un síndrome de abstinencia (v. [cap. 17](#)).

### **Análisis de los datos**

Los diagnósticos de enfermería que se aplican habitualmente a los pacientes que somatizan son los siguientes:

- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Negación ineficaz.
- Deterioro de la interacción social.
- Ansiedad.
- Alteraciones del patrón del sueño.
- Cansancio.
- Dolor.

Los pacientes que padecen un trastorno de conversión pueden sufrir un síndrome de inactividad debido a los síntomas pseudoneurológicos de la parálisis (si el paciente deja de utilizar una de las extremidades durante un período de tiempo prolongado, los músculos pueden debilitarse o atrofiarse debido a la falta de uso).

### **Identificación de resultados**

Los resultados después del tratamiento en los pacientes que presentan un trastorno somatomorfo pueden ser los siguientes:

- El paciente identificará la relación existente entre el estrés y los síntomas físicos.
- El paciente expresará verbalmente las emociones y los sentimientos.
- El paciente seguirá unos hábitos diarios previamente establecidos.
- El paciente utilizará estrategias de afrontamiento alternativas para hacer frente al estrés, a la ansiedad y a las emociones y sentimientos negativos.
- El paciente tendrá hábitos más saludables con respecto a la nutrición, el descanso y el ejercicio físico.

## Intervención

### *Educación del paciente*

El profesional de la enfermería debe ayudar al paciente a aprender a establecer una serie de hábitos diarios con el fin de mejorar las conductas destinadas al cuidado de su salud. Los aspectos en los que el paciente necesita ayuda son: establecimiento de una ingesta nutricional adecuada, mejora de los patrones del sueño y mantenimiento de un equilibrio realista entre la actividad y el descanso. Es de esperar que el paciente se resista y afirme que se siente mal y que por tanto no puede realizar esas tareas. El desafío para el profesional consiste en aceptar y mostrarse empático con respecto a estos sentimientos del paciente, pero al mismo tiempo motivarle y animarle a realizar las tareas que son necesarias para mejorar el autocuidado.

### Cuadro 19-2. Advertencia importante para el profesional de la enfermería

Por el hecho de que a un paciente se le haya diagnosticado un trastorno somatomorfo no hay que descartar de forma automática que todos los síntomas físicos que presenta se deben al trastorno. En todos los casos, debe realizarse una evaluación física exhaustiva ya que en cualquier momento puede aparecer una enfermedad médica que requiera tratamiento.



**Profesional:** «Vamos a dar un paseo fuera para respirar un poco de aire fresco» (promover la colaboración del paciente).

**Paciente:** «Ojalá pudiera, pero me encuentro muy mal. No, no puedo, de verdad».

**Profesional:** «Sé que le resulta difícil, pero es muy importante que haga usted un poco de ejercicio. Será sólo un rato, un paseo muy corto» (aceptación de los sentimientos del paciente y empatía; promover la colaboración del paciente).

El profesional puede utilizar una estrategia parecida para conseguir que el paciente tome alimentos más nutritivos, se levante y se vista a cierta hora cada mañana y se vaya a la cama más o menos siempre a la misma hora. También debe explicar al paciente que la inactividad y la mala alimentación hacen que aumente el malestar físico y que muchas veces es necesario modificar algunas conductas, incluso cuando uno no se siente con la energía suficiente para hacerlo.

**Paciente:** «No puedo comer ni un bocado. No tengo hambre».

**Profesional:** «Sé que no se encuentra bien, pero es importante que empiece a comer» (aceptación de los sentimientos del paciente y empatía; promover la colaboración del paciente).





**Paciente:** «Le prometo que voy a empezar a comer en cuanto tenga hambre».

**Profesional:** «Ya verá que, si come unos cuantos bocados ahora, empezará a encontrarse mejor y tendrá más apetito» (promover la colaboración del paciente).

El profesional no debe despojar al paciente de sus defensas basadas en la somatización hasta que se hayan recogido los datos pertinentes de la valoración y haya aprendido nuevas estrategias de afrontamiento. Tampoco debe discutir con el paciente sobre los síntomas somáticos ni intentará explicarle que no son «reales». El profesional debe tener en cuenta que los síntomas son muy reales para el paciente, y además padece el sufrimiento asociado a los mismos.

## EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA

### *Trastornos somatomorfos*

- Establezca una serie de hábitos diarios, como una nutrición sana, el descanso adecuado y el ejercicio físico.
- Explique al paciente y a la familia la relación que existe entre el estrés y los síntomas físicos, así como entre el cuerpo y la mente.
- Eduque al paciente y a la familia sobre todo lo relacionado con la nutrición, el descanso y el ejercicio físico.
- Enseñe al paciente técnicas de relajación (relajación progresiva, respiración profunda, creación de imágenes mentales) y de distracción, como escuchar música y otras actividades gratificantes.
- Enseñe al paciente a manejarse en situaciones sociales y a mejorar las interacciones sociales mediante la escenificación (*role-playing*).
- Promueva que la familia preste atención al paciente cuando muestre menos síntomas físicos.
- Promueva que la familia reduzca las atenciones especiales que le ofrece al paciente cuando éste adopta y desempeña el papel de enfermo.

### *Ayudar al paciente a expresar los sentimientos y emociones*

Ayudar al paciente a identificar la relación existente entre el estrés y los síntomas físicos es una forma muy eficaz de ayudarlo a comprender la relación que se establece entre el cuerpo y la mente. Se puede sugerir al paciente que lleve un diario para anotar los síntomas físicos. El profesional puede pedirle que describa en el diario la situación y las circunstancias asociadas con la aparición o reagudización de los síntomas (p. ej., estaba solo o acompañado, existía algún conflicto, problema o desacuerdo, etc.). El diario puede ayudar al paciente a darse cuenta cuándo empeoran o mejoran los síntomas físicos y a ser más consciente de los otros factores que afectan a los síntomas.

Puede ser necesario restringir el tiempo que el paciente pasa pensando o hablando de los síntomas físicos. El profesional motivará y animará al paciente a centrarse en los sentimientos y emociones, aunque al principio pueda resultarle difícil. Se proporcionará atención y un refuerzo positivo para reforzar los esfuerzos que hace el paciente para identificar los sentimientos y emociones y hablar de ellos.

Puede ser útil que el profesional ayude a la familia y a otras personas allegadas a identificar el beneficio primario y el beneficio secundario. Por ejemplo, si la familia presta atención al paciente cuando se siente mejor o cuando cumple con sus responsabilidades,

es más probable que el paciente siga sintiéndose bien y atendiendo a sus responsabilidades. Si los miembros de la familia prestan atención al paciente sólo cuando habla o se queja de los síntomas físicos, éste seguirá quejándose para conseguir la atención de las personas que le rodean. Por tanto, el profesional debe animar a la familia y a otras personas allegadas a dejar de reforzar el papel de enfermo que el paciente ha asumido.

### ***Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento alternativas***

Es importante que el paciente aprenda dos tipos de estrategias de afrontamiento: las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, con las que aprenderá a relajarse y a reducir el estrés, y las estrategias de afrontamiento centradas en los problemas, que le ayudarán a solucionar los problema y a resolver conflictos, así como a cambiar la conducta o la situación y a manejar los estresores de la vida diaria. Las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones son la relajación progresiva, la respiración profunda, la creación de imágenes mentales y las distracciones (actividades gratificantes). Existen muchas técnicas para aliviar el estrés que el paciente debe aprender y poner en práctica. El profesional le ayudará a aprender y practicar estas técnicas, insistiendo en que su eficacia suele mejorar con la práctica habitual. Sin embargo, el profesional no debe hacer creer al paciente que estas técnicas suprimirán el dolor y otros síntomas físicos. Se trataría de una expectativa poco realista. El profesional hará ver al paciente que el objetivo es ayudarlo a manejar mejor los síntomas y a disminuir su intensidad.

Las estrategias de afrontamiento centradas en los problemas son: las técnicas para la solución de problemas, incluidas las técnicas para identificar el problema antes de que éste se agrave, y la mejora de las relaciones interpersonales y, en general, de las interacciones sociales, mediante la escenificación (*role-playing*). Por ejemplo, un paciente puede quejarse de que nadie viene a visitarle o de que no tiene amigos. El profesional puede ayudarlo a planificar las interacciones sociales, se pueden escenificar (*role-playing*) los temas de los que se debe hablar (temas distintos a los síntomas físicos del paciente), y se puede trabajar para mejorar la confianza del paciente en sí mismo a la hora de establecer y mantener relaciones con otras personas. El profesional también puede ayudar al paciente a identificar las situaciones estresantes de la vida diaria y a poner en práctica estrategias de afrontamiento eficaces para hacer frente a estas situaciones. Por ejemplo, si al paciente le resulta difícil realizar las tareas domésticas diarias, el profesional puede ayudarlo a elaborar por escrito una lista de tareas en la que se vayan alternando las tareas más difíciles con las actividades más gratificantes.

## **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

### ***Trastornos somatomorfos***

- Educación para la salud
  - Establecer una serie de hábitos diarios.
  - Promover hábitos nutricionales y relacionados con el sueño adecuados.
- Expresar los sentimientos y emociones

Reconocer la relación existente entre el estrés y los síntomas físicos.

Llevar un diario.

Restringir el tiempo que el paciente dedica a los síntomas físicos.

Disminuir el beneficio primario y el beneficio secundario.

- Estrategias de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, como las técnicas de relajación, la respiración profunda, la creación de imágenes mentales y las distracciones.

Estrategias de afrontamiento centradas en los problemas, como las técnicas de solución de problemas y la escenificación (*role-playing*) de las situaciones e interacciones sociales.

## Valoración

Los trastornos somatomorfos son de naturaleza crónica o recurrente. Por esta razón, cabe esperar que los cambios vayan apareciendo de forma lenta y gradual. Si el tratamiento ha sido eficaz, se producirá una disminución en la frecuencia de las visitas que el paciente hace a la consulta del médico para quejarse de los síntomas físicos, tomará menos medicamentos, utilizará estrategias de afrontamiento más positivas y eficaces y mejorarán sus habilidades funcionales y el desempeño de los roles. La mejora en las relaciones sociales y familiares es también un indicador del éxito del tratamiento, y esta mejora puede contribuir a que el paciente ponga en práctica estrategias de afrontamiento más eficaces en el ámbito de las relaciones interpersonales y, en general, de las interacciones sociales.

## ATENCIÓN COMUNITARIA

El profesional de la enfermería especializado en psiquiatría y salud mental puede encontrar a los pacientes que padecen un trastorno somatomorfo en clínicas, hospitales, ambulatorios, consultas particulares o sitios que nada tienen que ver con la salud mental. Establecer una relación de confianza con el paciente, transmitir empatía y apoyo y ser sensible a los padecimientos del paciente sin prestar excesiva atención a los síntomas físicos son habilidades que ayudarán al profesional de la enfermería a prestar una atención eficaz al paciente en cualquier entorno asistencial en el que se establezca la relación terapéutica. Puede ser útil derivar al paciente al lugar adecuado (p. ej., a una clínica especializada en el tratamiento del dolor si padece un trastorno por dolor) o proporcionarle información sobre grupos de apoyo o de autoayuda. También puede ser adecuado motivar y animar al paciente a realizar actividades agradables que estén relacionadas con sus aficiones e intereses, ya que esto puede ayudarle a satisfacer sus necesidades de atención por parte de los demás y de afirmación personal, disminuyendo así la necesidad psicológica de presentar síntomas somáticos.

## PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Una característica muy importante de los trastornos somatomorfos es que suelen aparecer en personas que no expresan verbalmente los conflictos, el estrés, los sentimientos ni las emociones. Estos pacientes se expresan mediante síntomas físicos, y la atención resultante por parte de los demás y el acento que ponen en su enfermedad

física satisfacen de alguna manera su necesidad de atención por parte de los demás y de afirmación personal. A medida que el paciente va siendo capaz de expresar de forma más abierta y directa los sentimientos, las emociones y las necesidades, los síntomas físicos van desapareciendo progresivamente. Por tanto, ayudar a las personas a expresar y afrontar las dificultades emocionales de forma directa y clara es una estrategia muy útil para la promoción de la salud mental.

La incidencia de los trastornos somatomorfos ha ido disminuyendo en las últimas décadas, en parte debido a un mejor conocimiento entre la población general de la relación entre lo psicológico y lo somático, y en parte también a una mayor consciencia sobre la importancia de conocerse a uno mismo. Actualmente, un gran número de personas confían en Internet, a la que consideran una fuente ilimitada de recursos al alcance de cualquiera, y, de hecho, Internet ha influido de forma muy positiva en el mejor conocimiento que hoy tenemos de nosotros mismos, conocimiento que, en muchos casos, sirve para hacer cambios positivos en nuestra conducta. Sin embargo, algunos investigadores atribuyen al acceso masivo a Internet el aumento de la preocupación y de los miedos con respecto a la salud, una fenómeno que se conoce con el nombre de cibercondría (Harding, Skritskaya, Doherty y Fallon, 2008).

## TEMAS DE AUTOCONCIENCIA



Los pacientes que presentan síntomas físicos pueden resultar frustrantes para el profesional de la enfermería especializado en salud mental y psiquiatría. Al principio, la única causa de los síntomas que estos pacientes están dispuestos a considerar es una enfermedad médica grave. Cuando el profesional sanitario dice a estos pacientes que no tienen ninguna enfermedad médica y, en consecuencia, los deriva a un servicio de salud mental, la respuesta del paciente suele ser el enfado y la hostilidad, y puede expresar estos sentimientos hacia los profesionales sanitarios de forma directa o de forma pasiva. En todo caso, estos pacientes tienden a pensar que han recibido una atención deficiente por parte del médico y otros profesionales sanitarios y que el sistema sanitario no funciona adecuadamente. Sin embargo, el profesional de la enfermería debe abstenerse de responder con enfado a las críticas del paciente.

En el mejor de los casos, la evolución del paciente es lenta y trabajosa, y a veces no se produce ningún cambio. Los pacientes que padecen un trastorno somatomorfo por lo general llevan muchos años utilizando la somatización como estrategia de afrontamiento ineficaz, por lo que los cambios nunca son rápidos ni drásticos. Por esta razón, el profesional puede sentirse frustrado. Después de esforzarse al máximo con el paciente, se encuentra con que éste vuelve a centrarse en sus síntomas físicos una y otra vez. Hay que ser realistas y esperar sólo pequeñas mejorías que aparecerán en un momento determinado. Para mejorar la relación con el paciente, hay que ser capaz de aceptarle como persona y de aceptar sus continuos síntomas y críticas a los profesionales sanitarios, y, a la vez, evitar los juicios de valor.

## Consideraciones a tener en cuenta cuando se trabaja con un paciente que padece un trastorno somatomorfo

- Evalúe exhaustivamente los síntomas físicos que presenta el paciente. Incluso cuando hay un diagnóstico con cluyente de trastorno somatomorfo, el profesional no debe descartar la posibilidad de que uno o varios de estos síntomas se deban a una enfermedad médica real. Recuerde que, si el paciente no sufre ninguna enfermedad médica al principio, puede sufrirla en cualquier momento.
- Acepte y respete el sufrimiento y los sentimientos del paciente, y, al mismo tiempo, intente implicarle en el tratamiento. Por ejemplo, utilice comentarios reflexivos y motivadores, como «Sé que no se encuentra bien, pero es importante que haga un poco de ejercicio físico todos los días».
- Recuerde que los síntomas somáticos no están bajo el control voluntario del paciente. Estos síntomas irán disminuyendo a medida que el paciente sea capaz de utilizar estrategias de afrontamiento más eficaces y de mejorar sus relaciones interpersonales.

### *P*reguntas de razonamiento crítico

1. Cuando un paciente sufre un trastorno por dolor, los analgésicos fuertes, como los opioides, suelen estar contraindicados, incluso cuando presenta un dolor que no remite con los analgésicos más suaves. ¿Cómo se sentiría usted como profesional de la enfermería si tuviese que trabajar con uno de estos pacientes? ¿Qué le diría al paciente si le dice: «¿No se da cuenta de que me duele mucho? ¿Por qué no hace algo? ¿Por qué no me da algo para no tener que sufrir tanto?».
2. ¿Deberían los cirujanos aceptar la demanda de cirugía estética en el caso de una persona que se haya operado varias veces en poco tiempo? ¿Deberían establecerse unos límites? ¿Cuáles? ¿Quién debería tomar este tipo de decisiones?
3. Una madre ha provocado un problema médico a su hijo de 6 años por darle una medicación a la que sabía que el niño era alérgico. Se diagnostica a la madre un trastorno facticio por poderes (síndrome de Münchhausen por poderes). ¿Deben los profesionales de la salud mental tratar a la madre? ¿Debería ser juzgada por un juez? ¿Por qué?

### PUNTOS CLAVE



- La somatización es un proceso que consiste en la transformación de los estados y experiencias mentales en síntomas físicos.
- Las tres características principales de los trastornos somatomorfos son: 1) la presencia de síntomas físicos que indican que existe una enfermedad médica importante, pero no se aprecian indicios de que los síntomas sean de causa orgánica; 2) la presencia de factores psicológicos, como un conflicto, que parecen

guardar relación con el inicio, la reagudización y la persistencia de los síntomas físicos, y 3) el hecho de que los síntomas físicos, su reagudización y la preocupación por la salud no están bajo el control consciente del paciente.

- Existen cuatro tipos de trastornos somatomorfos: el trastorno de somatización, el trastorno de conversión, la hipocondría, el trastorno por dolor y el trastorno dismórfico corporal.
- La simulación consiste en el fingimiento consciente de síntomas físicos para obtener un beneficio; por ejemplo, para no ir a trabajar.
- Los trastornos facticios se caracterizan por la presencia de síntomas físicos que se fingen o que el paciente se provoca conscientemente con el fin de atraer la atención de los demás y obtener el beneficio psicológico que comporta asumir el rol de enfermo. Los trastornos facticios se denominan también síndrome de Münchhausen.
- La internalización y la somatización son los principales mecanismos de defensa que se observan en los pacientes que sufren un trastorno somatomorfo.
- Los pacientes con trastorno de somatización y de conversión pueden recibir tratamiento finalmente en entornos asistenciales de salud mental, pero los pacientes con otros trastornos somatomorfos generalmente reciben tratamiento sólo en entornos asistenciales médicos.
- Los pacientes que afrontan el estrés mediante la somatización son reticentes o incapaces de identificar los sentimientos, emociones y problemas interpersonales y tienen escasas habilidades de afrontamiento diferentes a los síntomas físicos.
- Las intervenciones de enfermería que pueden ser más eficaces para los pacientes que somatizan son: educar al paciente, a la familia y a otras personas allegadas en todo lo relacionado con la salud, ayudar al paciente a identificar los sentimientos, las emociones y el estrés y enseñar al paciente a utilizar estrategias de afrontamiento alternativas.
- Las estrategias de afrontamiento más útiles para los pacientes que sufren un trastorno somatomorfo son: las técnicas de relajación, como la creación de imágenes mentales y la respiración profunda, las distracciones (p. ej., escuchar música), las técnicas para la solución de problemas, la identificación de las situaciones estresantes, las estrategias de afrontamiento alternativas (distintas a los síntomas físicos) para hacer frente al estrés, a los conflictos y a las situaciones difíciles y la mejora de las relaciones interpersonales y, en general, de las interacciones sociales (para la cual es útil el entrenamiento mediante la escenificación [*role-playing*]).
- Los pacientes que padecen un trastorno de somatización sufren síntomas físicos reales, así como el dolor y las molestias asociados con estos síntomas. El profesional de enfermería no debe intentar confrontar al paciente con el origen de los síntomas hasta que el enfermo haya sido capaz de desarrollar estrategias de afrontamiento alternativas.





## RECURSOS DE INTERNET

### RECURSOS

- American Psychosomatic Society
- Trastorno dismórfico corporal
  
- Trastorno de conversión
  
- Recursos sobre el síndrome de Münchhausen por poderes
- Hipocondría

### DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.psychosomatic.org>

<http://www.mayoclinic.com/health/body-dysmorphic-disorder/D500559>

<http://www.mayoclinic.com/health/conversion-disorder/D500877>

[http://www.vachss.com/help\\_text/msp.html](http://www.vachss.com/help_text/msp.html)

[http://my.clevelandclinic.org/disorders/Hypochondriasis/hic\\_Hypochondriasis.aspx](http://my.clevelandclinic.org/disorders/Hypochondriasis/hic_Hypochondriasis.aspx)

- Los trastornos somatomorfos son crónicos y recidivantes, por lo que la consecución de los resultados del tratamiento puede ser lenta y dificultosa.
- Los profesionales de enfermería que atienden a los pacientes con un trastorno somatomorfo deben tener paciencia y comprensión, ya que necesitarán ayuda durante años para luchar contra los síntomas físicos recurrentes y aprender nuevas estrategias de afrontamiento para hacer frente a los problemas, emociones y sentimientos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abramowitz, J. S., & Braddock, A. E. (2006). Hypochondriasis: Conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(2), 503–519.
- Allen, L. A., Woolfolk, R. L., Escobar, J. I., Gara, M. A., & Hamer, R. M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: A randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166(14), 1512–1518.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N. C., & Black, D. W. (2006). *Introductory textbook of psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Ferrari, S., Galeazzi, G. M., Mackinnon, A., & Rigatelli, M. (2008). Frequent attenders in primary care: Impact of medical, psychiatric, and psychosomatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(5), 306–314.
- Harding, K. J., Skritskaya, N., Doherty, E., & Fallon, B. A. (2008). Advances in understanding illness anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 10(4), 311–317.
- Hollifield, M. A. (2005). Somatoform disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1., 8th ed., pp. 1800–1828). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mackenzie, R. (2008). Somatechnics of medico-legal taxonomies: Elective amputation and transableism. *Medical Law Review*, 16(3), 390–412.
- Mojtabai, R. (2005). Culture-bound syndromes with psychotic features. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.),

*Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1538–1541). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Stirling, J., Jr. (2007). Beyond Munchausen syndrome by proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*, *119*(5), 1026–1030.

Wang, D., Nadiga, D. N., & Jenson, J. J. (2005). Factitious disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1829–1843). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

## LECTURAS RECOMENDADAS

Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A. M., & Mielonen, R. L., et al. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine*, *70*(6), 712–722.

Noyes, R., Jr., Stuart, S. P., & Watson, D. B. (2008). A reconceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics*, *49*(1), 14–22.

Shaw, R. J., Dayal, S., Hartman, J. K., & DeMaso, D. R. (2008). Factitious disorder by proxy: Pediatric condition falsification. *Harvard Review of Psychiatry*, *16*(4), 215–224.

Wick, J. Y., & Zanni, G. R. (2008). Hypochondria: The worried well. *The Consultant Pharmacist*, *23*(3), 192–194, 196–198, 207–208.

## Autoevaluación

### PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. Un profesional de la enfermería está atendiendo a un paciente que presenta un trastorno de conversión. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas encontrará?
  - a. Malestar psicológico extremo provocado por los síntomas físicos.
  - b. Indiferencia hacia los síntomas físicos.
  - c. Labilidad del estado de ánimo.
  - d. Múltiples síntomas físicos.
2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones indica que la educación sobre el trastorno de somatización que el profesional de enfermería ha dado al paciente ha sido eficaz?
  - a. «El médico cree que estoy fingiendo los síntomas».
  - b. «Si me esfuerzo en controlar los síntomas, me encontraré mejor».
  - c. «Me encontraré mejor cuando empiece a afrontar mejor el estrés».
  - d. «No hay nada que pueda ayudarme a sentirme físicamente mejor».
3. Se ha prescrito paroxetina a un paciente que padece un trastorno somatomorfo. ¿A cuál de los siguientes efectos secundarios debe prestar atención el paciente?
  - a. Estreñimiento.

- b. Aumento del apetito.
  - c. Meteorismo.
  - d. Náuseas.
4. ¿Cuáles son los objetivos de las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones?
- a. Ayudar al paciente a afrontar las situaciones difíciles con más eficacia.
  - b. Ayudar al paciente a controlar la intensidad de los síntomas.
  - c. Mostrar al paciente la relación existente entre el estrés y los síntomas físicos.
  - d. Mejorar los síntomas físicos del paciente.
5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los pacientes hipocondríacos es cierta?
- a. Pueden interpretar las sensaciones corporales normales como si fuesen signos indicativos de la existencia de una enfermedad.
  - b. A menudo exageran o inventan los síntomas físicos para que los demás les presten atención.
  - c. No muestran signos de malestar psicológico con respecto a los síntomas físicos.
  - d. Todas las afirmaciones anteriores son ciertas.
6. La familia de un paciente pregunta al profesional de la enfermería qué es la hipocondría. ¿Cuál es la mejor respuesta que puede dar el profesional?
- a. La hipocondría es una preocupación persistente ante la posibilidad de sufrir una enfermedad grave.
  - b. La hipocondría es una enfermedad que no tiene una base médica (orgánica).
  - c. La hipocondría se caracteriza por la presencia de diferentes síntomas físicos que persisten durante varios años.
  - d. La hipocondría es el resultado de una preocupación excesiva por las enfermedades.
7. Un paciente con trastorno de somatización asiste a sesiones de terapia de grupo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones indica que la terapia está siendo beneficiosa para el paciente?
- a. «Me siento mejor físicamente sólo por tener la oportunidad de hablar».
  - b. «No hablo casi nunca, pero aprendo mucho escuchando a los demás».
  - c. «No debería quejarme tanto; mis problemas no son tan graves como los de los demás miembros del grupo».
  - d. «Las personas que participan en este grupo tienen problemas emocionales».
8. Un paciente con entumecimiento en la mano derecha no podrá tocar el piano en un concierto que debía celebrarse próximamente. La consecuencia del síntoma, no tener que tocar el piano, se denomina:
- a. Afrontamiento centrado en las emociones.
  - b. Fobia.

- c. Beneficio primario.
- d. Beneficio secundario.

---

## PREGUNTAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE

*Puede elegir más de una respuesta en cada pregunta.*

1. Al planificar la atención de enfermería para un paciente con trastorno de somatización, el profesional debe incluir las siguientes intervenciones:
  - a. Confrontar al paciente con el hecho de que los resultados de las pruebas diagnósticas son negativos.
  - b. Motivar y animar al paciente a participar en actividades diarias programadas.
  - c. Ayudar al paciente a percibir la relación existente entre los síntomas físicos y los acontecimientos vitales estresantes.
  - d. Prestar más atención al paciente cuando habla de los síntomas físicos.
  - e. Negarse a escuchar y a hablar sobre lo que el paciente dice sobre cualquiera de los síntomas físicos.
  - f. Aceptar y mostrar empatía hacia el sufrimiento físico y psicológico del paciente.
2. En el caso de un paciente que padece un trastorno somatomorfo, el beneficio secundario puede consistir en:
  - a. Absentismo laboral justificado.
  - b. Liberarse de tener que realizar las tareas domésticas.
  - c. Mayor atención por parte de los miembros de la familia.
  - d. Recibir atenciones y cuidados especiales.
  - e. Solucionar un conflicto familiar.
  - f. Reducir la ansiedad de forma temporal.

---

## CASO CLÍNICO

Mary Jones tiene 34 años. Se la deriva a una clínica especializada en el dolor con un diagnóstico de trastorno por dolor. La paciente no ha podido trabajar en los últimos 7 meses debido al dolor de espalda que sufre. Ha consultado con varios médicos, se le ha realizado una resonancia magnética y ha probado con diferentes antiinflamatorios. Mary Jones le dice a la enfermera que la atiende en la clínica especializada en el dolor que confía en ella como último recurso porque «los médicos no van a hacer nada por mí». La paciente anda muy despacio, la postura es rígida y hace un gesto de dolor cada vez que intenta sentarse. Dice que no puede conducir, jugar con sus hijos, hacer las tareas domésticas ni disfrutar de las actividades de ocio en las que antes participaba.

1. Indique tres diagnósticos de enfermería adecuados para esta paciente.

2. Indique dos resultados esperables del tratamiento de esta paciente.
3. Describa cinco intervenciones que el profesional de enfermería puede aplicar en este caso para alcanzar los resultados esperados.
4. ¿Qué otros profesionales sanitarios de la clínica especializada en el dolor podrían participar en la atención a esta paciente?
5. ¿A qué servicios comunitarios puede derivar el profesional de enfermería a esta paciente?

# 20

## Trastornos de la infancia y de la adolescencia

### Términos clave

- encopresis
- enuresis
- establecimiento de límites
- juego terapéutico
- movimientos estereotipados
- pica
- síndrome de Gilles de la Tourette
- tic
- tiempo fuera (*time out*)
- trastorno autista
- trastorno disocial
- trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
- trastornos generalizados del desarrollo

### Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Explicar las características, los factores de riesgo y la dinámica familiar de los trastornos mentales que afectan a los niños y adolescentes.
2. Aplicar el proceso de enfermería a la atención de los niños y adolescentes con un trastorno mental y a su familia.
3. Educar a los niños y adolescentes que sufren trastornos psiquiátricos, a la familia, a los profesores y cuidadores y a la sociedad en general.
4. Explicar la función de los profesionales de la enfermería en la defensa de los derechos de los niños y los adolescentes.
5. Evaluar sus sentimientos, creencias y actitudes con respecto a los niños y adolescentes que padecen un trastorno mental, sus padres y cuidadores.



**DIAGNOSTICAR UN TRASTORNO MENTAL** en los niños no es tan fácil como hacerlo en los adultos. En general, los niños carecen de las habilidades cognitivas abstractas y de las capacidades verbales necesarias para describir lo que está sucediendo. Los niños cambian y se desarrollan constantemente, por lo que tienen una percepción limitada de un yo normal y estable que les permita distinguir los síntomas atípicos o indeseados de los sentimientos y las sensaciones normales. Por otra parte, determinados comportamientos que son normales en los niños de 1 año pueden indicar un problema a otra edad. Por ejemplo, es normal que un lactante lllore cuando se le separa de su madre, pero cuando ese mismo niño, a los 5 años de edad, llora y muestra una ansiedad enorme cuando le separan de su madre, aunque sea sólo por un período corto, es preciso estudiar este comportamiento.

Los niños y los adolescentes sufren también algunos de los problemas de salud mental que se observan en los adultos, como la ansiedad y las alteraciones del estado de ánimo. Dichas afecciones se diagnostican utilizando los mismos criterios que en el caso de los adultos. Los trastornos de la conducta alimentaria, en especial la anorexia nerviosa, suelen comenzar en la adolescencia y se prolongan hasta la edad adulta. Los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de la conducta alimentaria se tratan en otros capítulos de este libro.

Este capítulo trata de los trastornos mentales que suelen diagnosticarse durante el primer año de vida, en la infancia y la adolescencia ([cuadro 20-1](#)), muchos de los cuales persisten en la edad adulta. La mayoría de estos trastornos se tratan en los centros de salud mental o en unidades de tratamiento especializadas en niños y adolescentes. Los más importantes por su relevancia clínica son los trastornos generalizados del desarrollo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el trastorno disocial. Por esta razón, en este capítulo se tratan de forma detallada el TDAH y el trastorno disocial (los dos trastornos de déficit de atención y comportamiento perturbador más prevalentes). Para ambos trastornos, se explican los diagnósticos e intervenciones de enfermería y se ofrecen ejemplos de planes de tratamiento. Se comentan brevemente otros trastornos menos frecuentes de la infancia y la adolescencia. En la mayoría de los casos, estos trastornos mentales no se tratan en unidades de hospitalización psiquiátrica a no ser que coexistan con algún trastorno comórbido de naturaleza grave.

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.

## Cuadro 20-1. Trastornos que se diagnostican durante el primer año de vida, la infancia y la adolescencia

### RETRASO MENTAL

- Leve.
- Moderado.

- Grave.
- Profundo.

### TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

- Trastorno de la lectura.
- Trastorno del cálculo.
- Trastorno de la expresión escrita.

### TRASTORNOS DE LAS HABILIDADES MOTORAS

- Trastorno del desarrollo de la coordinación.

### TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

- Trastorno del lenguaje expresivo.
- Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo.
- Trastorno fonológico.
- Tartamudeo.

### TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

- Trastorno autista.
- Síndrome de Rett.
- Trastorno desintegrativo infantil.
- Síndrome de Asperger.

### TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- Trastorno disocial.
- Trastorno negativista desafiante.

### TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

- Pica.
- Trastorno por rumiación.
- Trastorno de la ingestión de la infancia.

### TRASTORNOS DE TICS

- Síndrome de Gilles de la Tourette.
- Trastorno de tics vocales o motores crónicos.
- Trastorno de tics transitorios.

### TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN

- Encopresis.
- Enuresis.

### OTROS TRASTORNOS DEL PRIMER AÑO DE VIDA, LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

- Trastorno de ansiedad por separación.

- Mutismo selectivo.
- Trastorno reactivo de la vinculación.
- Trastorno de movimientos estereotipados.

Todas las categorías, excepto los trastornos de la ingestión y de la alimentación, tienen un diagnóstico adicional («no especificado en otro lugar») para problemas similares que no cumplen los criterios diagnósticos de cada categoría (DSM-IV-TR, 2000). Adaptado del *DSM-IV-TR* (2000).

## RETRASO MENTAL

La característica esencial del retraso mental es un funcionamiento intelectual inferior a la media (cociente intelectual [CI] inferior a 70), acompañado de limitaciones importantes en aspectos del funcionamiento adaptativo, como la capacidad de comunicación, el autocuidado, la vida en el hogar, las habilidades sociales y para relaciones interpersonales, el uso de los recursos para la comunicación, la toma de decisiones, las aptitudes escolares, el trabajo, el ocio, la salud y las seguridad (King, Hodapp y Dykens, 2005). El grado de retraso mental se basa en el CI y afecta en gran medida a la capacidad de funcionamiento de la persona:

- Retraso mental leve: CI de 50-70.
- Retraso mental moderado: CI de 35-50.
- Retraso mental grave: CI de 20-35.
- Retraso mental profundo: CI inferior a 20.

Entre las causas del retraso mental se encuentran las alteraciones congénitas hereditarias, como la enfermedad de Tay-Sach y el síndrome del cromosoma X frágil; las alteraciones que tienen lugar en las primeras fases del desarrollo embrionario, como la trisomía 21 y los efectos de la ingesta materna de alcohol, que puede causar un síndrome alcohólico fetal; los problemas gestacionales y perinatales, por ejemplo la malnutrición fetal, la hipoxia, las infecciones y los traumatismos, las enfermedades médicas que aparecen durante la infancia, como las infecciones y la intoxicación por plomo, y los factores del entorno, por ejemplo, la privación de la alimentación o de la estimulación adecuada.

Algunas personas con retraso mental son pasivas y dependientes, mientras que otras son agresivas e impulsivas. Los niños con retraso mental leve o moderado suelen recibir tratamiento extrahospitalario en casa o en un centro comunitario, y acuden a la consulta médica periódicamente, mientras que los niños con un retraso mental grave o profundo pueden precisar ser ingresados en una institución especializada o servicios asistenciales de día.

## TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Los trastornos del aprendizaje se diagnostican cuando el cumplimiento de los objetivos de lectura, escritura o matemáticas es inferior a lo que cabría esperar teniendo en cuenta la edad del niño, la formación escolar y la inteligencia. Los problemas del aprendizaje

afectan al rendimiento escolar y a las actividades de la vida diaria en las que se requiere el uso de la lectura, del cálculo o de la escritura ([American Psychiatric Association \[APA\], 2000](#)). Los trastornos de la lectura y de la escritura suelen detectarse durante la primera etapa de la enseñanza primaria, mientras que los trastornos del cálculo generalmente se detectan más tarde. En los colegios públicos de Estados Unidos, la tasa de incidencia de los trastornos del aprendizaje es de aproximadamente el 5 %. La tasa de fracaso escolar de los niños y adolescentes con un trastorno del aprendizaje es 1,5 veces mayor que la tasa de fracaso escolar media de todos los niños y adolescentes escolarizados (APA, 2000).

Es frecuente que los niños con un trastorno del aprendizaje tengan una autoestima baja y habilidades sociales insuficientes. Al llegar a la edad adulta, algunos tienen problemas de adaptación laboral o social, mientras que en otros las dificultades son mínimas. El resultado es mejor si el trastorno del aprendizaje se diagnostica de forma precoz, se aplican medidas correctoras eficaces y no existe un trastorno mental comórbido o algún otro tipo de problema. Los niños con un trastorno del aprendizaje suelen recibir apoyo escolar mediante clases de apoyo o de educación especial o compensatoria.

## **TRASTORNO DE LAS HABILIDADES MOTORAS**

La característica esencial del *trastorno del desarrollo de la coordinación* es una alteración de la coordinación suficientemente grave para afectar al rendimiento escolar o a las actividades de la vida diaria (APA, 2000). No puede diagnosticarse este trastorno si el problema de coordinación motora es parte de una enfermedad médica, como la parálisis cerebral o la distrofia muscular. El trastorno se detecta cuando el niño intenta gatear o andar, pero en otros casos, los padres se dan cuenta de que su hijo tiene un problema con la coordinación cuando ya es mayor e intenta vestirse solo o utilizar algunos tipos de juguetes, como los juegos de construcción. El trastorno del desarrollo de la coordinación coexiste en muchos casos con un trastorno de la comunicación. El curso clínico es variable y a veces la falta de coordinación persiste en la edad adulta (APA, 2000). Algunos centros escolares disponen de programas adaptados de educación física y de integración sensorial para tratar los trastornos de las habilidades motoras. En estos programas, se hace hincapié en los juegos que exigen realizar movimientos en los que se requiere coordinación (p. ej., dar una patada a un balón de fútbol). La integración sensorial es una modalidad especial de tratamiento que tiene como objetivo mejorar los aspectos en los que el niño tiene dificultades. Por ejemplo, cuando presenta una reacción de defensa táctil (sensación de molestia cuando otra persona lo toca), los ejercicios de integración sensorial consisten en hacer que el niño toque y frote la piel ([Pataki y Spence, 2005](#)).

## **TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN**

Los trastornos de la comunicación se diagnostican cuando la deficiencia de la comunicación es suficientemente grave para afectar al desarrollo psicosocial, al rendimiento escolar o a las actividades diarias, incluida la socialización. El *trastorno del*

*lenguaje expresivo* consiste en una alteración de la capacidad de comunicarse mediante el lenguaje verbal y de signos. El niño tiene dificultades para aprender nuevas palabras y para hablar utilizando frases completas y correctas, por lo que su expresión verbal es limitada. En el *trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo* existen al mismo tiempo problemas que afectan al lenguaje expresivo y dificultades para comprender (lenguaje receptivo) y determinar el significado de las palabras y las frases. Ambos trastornos pueden estar ya presentes en el momento del nacimiento (trastorno innato) o pueden aparecer después del nacimiento como consecuencia de una lesión neurológica (p. ej., daño cerebral). El *trastorno fonológico* se caracteriza por la presencia de problemas de la articulación (la formación de los sonidos que forman parte del habla). El *tartamudeo* es un trastorno de la fluidez y de la estructuración secuencial-temporal del habla. El trastorno fonológico y el tartamudeo son hereditarios y afectan con mayor frecuencia a los niños que a las niñas.

Los trastornos de la comunicación pueden ser desde leves hasta graves. La persistencia del problema en la edad adulta está estrechamente relacionada con la gravedad del trastorno. El logopeda trabaja con los niños con estos trastornos para mejorar su capacidad de comunicación y enseña a los padres a realizar los ejercicios de logopedia en casa (Johnson y Beitchman, 2005).

## **TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO**

Los **trastornos generalizados del desarrollo** se caracterizan por una afectación generalizada, por lo general grave, de la capacidad de interacción social y por la presencia de pautas de comunicación y de comportamiento estereotipadas y restringidas (Volkmar, Klin y Schultz, 2005). Este tipo de trastornos mentales se denomina también *trastornos del espectro autista* e incluye el trastorno autista (autismo), el síndrome de Rett, el trastorno desintegrativo infantil y el síndrome de Asperger. Aproximadamente el 75 % de los niños que sufren un trastorno generalizado del desarrollo tienen retraso mental (APA, 2000).

### **TRASTORNO AUTISTA**

El **trastorno autista** o autismo es el trastorno generalizado del desarrollo que mejor se conoce. Es más prevalente en los niños que en las niñas y suele diagnosticarse a los 18 meses de edad y antes de los 3 años. Los niños autistas apenas tienen contacto visual con los demás, son poco expresivos y los gestos que utilizan para comunicarse son limitados. Asimismo, es limitada su capacidad para relacionarse con sus padres y con sus compañeros. No disfrutan espontáneamente, no expresan el estado de ánimo, el afecto, los sentimientos ni las emociones, y no saben participar en juegos y actividades de simulación y fantasía. Hablan poco y de forma ininteligible, y presentan comportamientos motores estereotipados, como mover las manos o la cabeza constantemente y contorsionar el cuerpo.

En el 80 % de los casos, el autismo es de inicio precoz, por lo que el retraso del desarrollo psicoevolutivo se observa ya durante primera infancia. En el 20 % de los

casos, el niño presenta un crecimiento y un desarrollo psicoevolutivo aparentemente normales hasta los 2 o 3 años, edad en la que empieza la detención del desarrollo o la pérdida de las habilidades ya adquiridas. El niño deja de hablar y de relacionarse con los padres y los compañeros y comienza a mostrar las conductas estereotipadas características del autismo (Volkmar et al., 2005).

Hasta no hace mucho, se consideraba que el autismo era un trastorno mental poco prevalente, y en la década de 1960 se calculaba que afectaba a 4-5 de cada 10 000 niños. Sin embargo, las estimaciones actuales indican que la tasa de incidencia en Estados Unidos es de entre 1/1 000 y 1/500 niños de entre 1 y 15 años (National Institute of Child Health and Human Development, 2006). Las cifras sobre la prevalencia del trastorno autista en los adultos son poco fiables.

El autismo tiene un vínculo genético, ya que muchos niños autistas tienen algún familiar con autismo o con rasgos autistas. Todavía persiste la controversia sobre si la vacunación contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola contribuye o no a la aparición del autismo de inicio tardío. En Estados Unidos, el National Institute of Child Health and Human Development de los Centers for Disease Control (CDC) y la American Academy of Pediatrics han realizado investigaciones durante varios años y han concluido que no existe relación alguna entre las vacunas y el autismo, y que la vacuna triple vírica no presenta riesgos. Sin embargo, actualmente en Estados Unidos sigue habiendo litigios ante los tribunales y demandas judiciales colectivas interpuestas por algunos padres de niños autistas. El primer informe elaborado por un grupo de expertos en este trastorno se hizo público en febrero de 2009. En él se hacía referencia a tres casos que los expertos habían analizado en detalle. Se llegó a la conclusión de que no se habían presentado suficientes datos científicos que probaran que las vacunas habían sido la causa del autismo. A raíz de la publicación de este informe, diferentes grupos de expertos de varios países pidieron a las autoridades sanitarias que se redoblaran los esfuerzos para encontrar la causa o las causas del trastorno autista (Cable News Network [CNN], 2009).

El autismo tiende a mejorar, en algunos casos de forma sustancial, a medida que el niño comienza a adquirir y a utilizar el lenguaje para comunicarse con los demás. El deterioro del comportamiento que a veces se observa durante la adolescencia puede deberse a los efectos de los cambios hormonales o la mayor dificultad para satisfacer las necesidades sociales, que con la llegada de la adolescencia, van haciéndose cada vez más complejas. Los rasgos autistas persisten en la vida adulta, y la mayoría de las personas con este trastorno siguen dependiendo hasta cierto punto de sus cuidadores. Los rasgos autistas tal como se observan durante la vida adulta varían mucho: desde hablar poco y tener pocas habilidades para desenvolverse en el día a día, hasta tener habilidades sociales suficientes para funcionar de forma relativamente independiente. Es raro que las habilidades sociales mejoren lo suficiente para que puedan casarse, tener hijos y educarlos. A los adultos autistas se les considera muchas veces simplemente personas raras o solitarias, y a veces se les diagnostica un trastorno obsesivo-compulsivo, un trastorno esquizoide de la personalidad o retraso mental.

Hasta mediados de la década de 1970, el tratamiento de los niños autistas se realizaba



en programas ambulatorios especializados o en programas escolares de enseñanza especial o compensatoria. Los que tenían un trastorno más grave del comportamiento eran derivados a programas residenciales. Desde entonces, se han eliminado muchos de estos programas y ahora se intenta, siempre que es posible, «integrar» a los niños autistas en los programas escolares normales. La hospitalización breve es necesaria cuando las conductas problemáticas, como golpearse la cabeza o las rabieta, son graves y los padres no pueden controlarlas. Cuando se resuelve la crisis, reciben el alta hospitalaria y se pone en contacto a los padres con los organismos que prestan servicios en la comunidad.

Los objetivos del tratamiento de los niños autistas son reducir los síntomas conductuales (p. ej., los comportamientos motores estereotipados) y promover el aprendizaje y el desarrollo psicoevolutivo, especialmente la adquisición de las habilidades lingüísticas. El tratamiento integral e individualizado, que incluye educación especial y compensatoria y logopedia, está asociado con resultados más favorables (Myers y Johnson, 2007). El tratamiento farmacológico con neurolépticos como el haloperidol y la risperidona puede ser eficaz para tratar síntomas específicos (p. ej., las rabieta, la agresividad, las autolesiones, la hiperactividad y las conductas estereotipadas). Con otros fármacos como la naltrexona, la clomipramina, la clonidina y los estimulantes del sistema nervioso central para disminuir la incidencia de las autolesiones y los comportamientos hiperactivos y compulsivos, se consiguen resultados variables y generalmente mediocres (Volkmar et al., 2005).

### ***Síndrome de Rett***

El *síndrome de Rett* es un trastorno generalizado del desarrollo que se caracteriza por la aparición de múltiples deficiencias después de un período de funcionamiento normal. Afecta exclusivamente a las niñas, la tasa de incidencia es baja y persiste durante toda la vida. El curso clínico se inicia entre el nacimiento y los 5 meses de edad. Las niñas afectadas pierden las habilidades motoras ya adquiridas y en su lugar muestran movimientos estereotipados. Pierden el interés por el entorno social y, a medida que van creciendo, se evidencia un deterioro grave del lenguaje expresivo y receptivo. El tratamiento es similar al del autismo.

### ***Trastorno desintegrativo infantil***

El *trastorno desintegrativo infantil* se caracteriza por una regresión notable en múltiples áreas de funcionamiento tras al menos 2 años de crecimiento y desarrollo psicoevolutivo aparentemente normales (APA, 2000). Suele comenzar entre los 3 y los 4 años. Los niños que padecen este trastorno presentan las mismas deficiencias de relación y comunicación que los niños autistas. Afecta algo más a los niños que a las niñas.

### ***Síndrome de Asperger***

El *síndrome de Asperger* es un trastorno generalizado del desarrollo que se caracteriza por las mismas alteraciones de interacción social y de conducta (comportamientos estereotipados y restringidos) del trastorno autista, pero sin retraso en el lenguaje ni en las funciones cognitivas. Es un trastorno muy poco frecuente y afecta más a los niños que a

las niñas. Los efectos suelen persistir durante toda la vida.

## **TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR**

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

El **trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)** se caracteriza por falta de atención y por hiperactividad e impulsividad. Se trata de un trastorno frecuente, sobre todo en el sexo masculino, y comparado con los demás trastornos de inicio en la infancia o la adolescencia, es el que probablemente representa la mayor proporción de derivaciones a los servicios de salud mental especializados en psiquiatría infantojuvenil (Hechtman, 2005). La característica esencial del TDAH es un patrón persistente de falta de atención, hiperactividad e impulsividad más frecuente que el que suele observarse en los niños de la misma edad.

Se calcula que el TDAH afecta al 3-5 % de los niños en edad escolar. La proporción de afectación del sexo masculino respecto al femenino es de 3:1 en la población general y de 9:1 en la población clínica (Hechtman, 2005). Para evitar el exceso de diagnósticos de TDAH, la evaluación debe realizarla un especialista cualificado, como un neurólogo pediatra o un psiquiatra infantojuvenil. Los niños muy activos o difíciles de manejar en el aula pueden ser diagnosticados erróneamente de TDAH y recibir el correspondiente tratamiento. Algunos de estos niños con una actividad fuera de lo normal pueden estar expuestos a estresores psicosociales o sometidos a unas normas de educación y crianza inadecuadas, o bien padecer otro trastorno mental que cursa con déficit de atención. Puede ser difícil diferenciar el trastorno bipolar del TDAH, y el diagnóstico diferencial es de enorme importancia con vistas a prescribir el tratamiento más eficaz (Hojman, 2008).

#### **Inicio y curso clínico**

El TDAH suele identificarse y diagnosticarse en preescolares y escolares, aunque muchos padres afirman que el niño ya tenía problemas mucho antes. En la primera infancia, los niños con TDAH suelen ser nerviosos y temperamentales, y duermen mal. Se dice de los niños pequeños con este trastorno que «están siempre en movimiento» o que «no paran», y a veces desmontan los juguetes, incluso la cuna. Se mueven rápidamente hacia atrás y adelante, saltan sobre los muebles y se suben a ellos, corren por la casa y no les gustan las actividades sedentarias, como escuchar cuentos. En este momento del desarrollo del niño, a los padres puede resultarles difícil distinguir un comportamiento activo normal de un comportamiento hiperactivo excesivo.



Déficit de atención.



### CASO CLÍNICO: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

**Scott tiene 8 años.** A las 7 de la mañana, su madre ve que está jugando en la cama. «Scott, ya conoces las normas: no puedes jugar antes de que estés listo para ir al colegio. Vístete y desayuna». Esta norma para los días laborables se estableció hace 7 meses, pero Scott nunca la respeta. Al cabo de unos 10 min, aún no está en la cocina. Su madre vuelve a su habitación y se lo encuentra en el suelo, todavía en pijama, jugando con los coches en miniatura. Cuando Scott empieza a decir o hacer algo, suele ser muy difícil hacer que pare.

«Scott, vístete. Los pantalones y la camisa están aquí, en la silla». «Mamá, ¿podemos ir de compras hoy después del cole? Han sacado un juego de coches nuevo, el mejor de todos, y me gustaría probarlo.» Mientras habla, Scott se acerca a la silla y comienza a ponerse la camisa. «Scott te estás poniendo la camisa encima del pijama. Primero tienes que quitarte el pijama», le dice su madre.

Diez minutos después, Scott entra en la cocina dando saltos, todavía sin calcetines ni zapatos y

despeinado. «No te has puesto los calcetines y no te has peinado», dice la madre. «¡Ah, sí! ¿Qué hay para desayunar?», responde el chico. «Scott, si quieres desayunar, primero tendrás que terminar de vestirte.» «¡Vale! ¿Dónde están los zapatos?» «Al lado de la puerta del patio, donde los dejaste anoche.» Éste es el lugar especial donde se supone que Scott tiene que dejar los zapatos para saber a la mañana siguiente dónde tiene que ir a buscarlos.

Scott se dirige hacia el lugar en el que se supone que están los zapatos, pero ve a su hermana pequeña, que está jugando en el suelo con un juego de construcciones. Se acerca apresuradamente a ella y le dice: «¡Hala, Amy, mira esto! Con estas piezas se puede hacer una torre enorme hasta el techo». Scott coge las piezas y comienza a hacer una torre cada vez más alta. «Scott sabe hacer las torres mucho mejor que Amy», canturrea Scott para fastidiar a su hermana. Amy grita por la intromisión de su hermano y Scott aprovecha la ocasión para quitarle cosas. Los gritos de Amy hacen que la madre vaya a ver qué pasa. Se da cuenta de que Scott todavía no se ha puesto los calcetines ni los zapatos.

«Scott, ponte ahora mismo los calcetines y los zapatos y deja a tu hermana en paz.» «¿Dónde están los calcetines?», pregunta Scott. «Ve a tu habitación, coge un par de calcetines limpios, lávate los dientes y péinate. Luego desayuna. Date prisa. Vés a perder el autobús.»

«Dentro de un rato, mamá.» «¡No! ¡Ahora mismo! Ve a ponerte los calcetines.» Scott no hace caso a su madre y continúa apilando los bloques del juego de construcción.

Cansada, la madre lo lleva a su habitación. Mientras Scott busca los calcetines, sigue charlando. Encuentra un par de calcetines y sale corriendo hacia la cocina, agarra a Amy, le pellizca las mejillas y se pone a girar alrededor de su hermana. Amy vuelve a gritar y Scott empieza a canturrear: «¡Amy es un bebé, Amy grita como un bebé!» «Scott, para ahora mismo y ven a comer algo! ¡Faltan sólo 10 minutos para que llegue el autobús!»

Cuando el niño comienza a ir al colegio, los síntomas del TDAH empiezan a afectar significativamente al comportamiento y al rendimiento escolar (Dang, Warrington, Tung, Baker y Pan, 2007). El niño se mueve nervioso de manera constante, se sienta y se levanta del asiento que se le ha asignado, y hace demasiado ruido al golpear o jugar con lápices u otros objetos. No es capaz de escuchar las indicaciones del profesor ni de terminar las tareas escolares. Interrumpe al profesor y suele responder antes de que la otra persona haya terminado de formular la pregunta. El rendimiento académico se resiente debido a los continuos errores en los que el niño incurre por prisa o por descuido. Además, es frecuente que se olvide de hacer los deberes o, una vez hechos, los pierda, y no preste atención a las explicaciones e indicaciones del profesor.

Socialmente, los compañeros de clase pueden condenarlo al ostracismo, e incluso burlarse de él por su comportamiento. Estos niños tienen dificultades para establecer y mantener relaciones positivas con sus compañeros porque no suelen jugar de forma cooperativa (p. ej., no esperan a que les toque el turno e interrumpen constantemente a los compañeros de juego) (APA, 2000). Diversos estudios han demostrado que tanto los profesores como los compañeros perciben a los niños con TDAH como más agresivos, más mandones y menos simpáticos que los demás (Hechtman, 2005). Esta percepción se debe a la impulsividad del niño, a su incapacidad de compartir, colaborar o esperar a que le toque, a su tendencia a interrumpir y a la incapacidad de escuchar las indicaciones y de seguirlas. Por estas razones, es frecuente que los profesores y los compañeros los excluyan de las actividades escolares y de los juegos. Incluso pueden negarse a relacionarse con él o pueden responder a su comportamiento de forma airada, punitiva o excluyente.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR: Signos y síntomas de TDAH

### **Relacionados con el déficit de atención**

- No presta atención a los detalles.
- Incurre en errores por descuido.
- Tiene dificultad para mantener la atención.
- Parece no escuchar cuando se le habla.
- No termina las tareas (p. ej., los deberes del colegio).
- Tiene dificultades para organizarse.
- Evita las tareas que exigen concentración o esfuerzo mental.
- Pierde cosas importantes con frecuencia.
- Se distrae fácilmente con cualquier estímulo del entorno.
- Suele ser descuidado con las actividades de la vida diaria.

### **Relacionados con la hiper actividad y la impulsividad**

- Está inquieto.
- Con frecuencia se levanta de la silla antes de terminar (p. ej., durante la comida).
- Corre o salta de forma excesiva.
- No puede jugar con tranquilidad.
- Está siempre haciendo cosas; no puede parar quieto.
- Habla en exceso.
- Responde precipitadamente.
- Interrumpe a los demás.
- No puede esperar a que le toque el turno.
- Molesta a sus hermanos, con pañeros de clase y amigos.

---

Adaptado de American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR*.

Cerca de dos terceras partes de los niños con diagnóstico de TDAH siguen teniendo problemas en la adolescencia. Los comportamientos impulsivos habituales son: faltar a clase, ser multados por exceso de velocidad, mantener relaciones interpersonales insatisfactorias y adoptar conductas de riesgo, como el consumo de alcohol y otras drogas, la promiscuidad sexual, las relaciones sexuales sin protección, las peleas y el incumplimiento de las normas sobre la hora de volver a casa. Muchos adolescentes con TDAH tienen problemas de disciplina suficientemente graves para implicar la suspensión o la expulsión del centro educativo (Hechtman, 2005). Las complicaciones secundarias del TDAH, como la baja autoestima y el rechazo de los compañeros, siguen planteando problemas graves durante la adolescencia.

Antes se creía que, con la edad, estos niños superaban el TDAH, pero ahora se sabe que el TDAH puede persistir en la edad adulta. Se calcula que los síntomas del TDAH persisten durante la vida adulta en el 30 % al 50 % de los niños que presentan este trastorno. En un estudio sobre personas adultas que habían sido tratadas por padecer hiperactividad 25 años atrás, se observó que la probabilidad de que sufrieran

nerviosismo, intranquilidad, depresión, falta de amigos y escasa tolerancia a la frustración era de tres a cuatro veces mayor en comparación con sus hermanos. Aproximadamente entre el 70 % y el 75 % de los adultos con TDAH han sido diagnosticados al menos de otro trastorno mental distinto al TDAH, siendo los más frecuentes la fobia social, el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor y la dependencia de alcohol (Antai-Otong, 2008). El cuadro 20-2 presenta un cuestionario para la detección del TDAH en los adultos.

## Etiología

A pesar del gran número de investigaciones realizadas hasta la fecha, aún no se conoce la causa del TDAH. El trastorno puede deberse a una serie de alteraciones de la excitación cortical, del procesamiento de la información o de la maduración del encéfalo (Rowe y Hermens, 2006); no obstante, lo más probable es que exista una conjunción de factores de diferente naturaleza, como las toxinas del entorno, los factores fetales y la herencia y algún tipo de daño que interfiere negativamente en las estructuras y funciones encefálicas (Hechtman, 2005). Se sabe que la exposición fetal al alcohol, al tabaco y al plomo, así como la desnutrición grave durante la infancia aumentan la probabilidad de padecer un TDAH. Se ha estudiado la posible relación entre el TDAH, por un lado, y el azúcar y las vitaminas de la dieta, por otro, pero los resultados no son concluyentes (Hechtman, 2005).

Las imágenes cerebrales de los pacientes con TDAH muestran una disminución del metabolismo en los lóbulos frontales, estructuras con un papel clave en la atención, el control de los impulsos, la organización y el mantenimiento de la actividad dirigida al logro de objetivos. Los resultados de algunos estudios indican que en los niños diagnosticados de TDAH existe una reducción de la perfusión sanguínea en la corteza cerebral frontal, y atrofia cortical frontal en adultos jóvenes con antecedentes de TDAH en la infancia. En otro estudio se encontró una disminución del consumo de glucosa en los lóbulos frontales de padres de niños con TDAH que a su vez padecían TDAH (Hechtman, 2005). Las pruebas no son concluyentes, pero la investigación en el campo de las imágenes cerebrales parece ser prometedora.

### Cuadro 20-2. Preguntas para la detección sistemática del TDAH en los adultos

- ¿Con qué frecuencia tiene problemas para ultimar los detalles finales de un proyecto una vez que ha realizado la parte más difícil?
- ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para tener las cosas en orden cuando tiene que realizar una tarea que exige organización?
- ¿Con qué frecuencia tiene problemas para recordar las citas u otras obligaciones o compromisos?
- Cuando tiene que llevar a cabo una tarea que exige pensar mucho, ¿con qué frecuencia la evita o la retrasa todo lo que puede?
- ¿Con qué frecuencia mueve o retuerce las manos o los pies cuando tiene que permanecer sentado mucho tiempo?
- ¿Con qué frecuencia se siente hiperactivo y con impulsos de hacer algo, como si le moviera un motor?



Parece existir un vínculo genético en el TDAH, que probablemente está relacionado con las alteraciones del metabolismo de las catecolaminas y, posiblemente, también de la serotonina. Tener un familiar de primer grado que padezca un TDAH hace que el riesgo de padecer este trastorno sea cuatro o cinco veces superior al de la población general (Hechtman, 2005). A pesar de que existen pruebas muy sólidas que apoyan la hipótesis de la influencia genética, se conocen también casos esporádicos de TDAH sin antecedentes familiares de este trastorno, lo que habla a favor de la hipótesis de que hay múltiples factores etiológicos que contribuyen a la aparición del TDAH.

Se conocen los siguientes factores de riesgo del TDAH: antecedentes familiares de TDAH; familiares del sexo masculino con trastorno antisocial de la personalidad o alcoholismo, familiares del sexo femenino con trastorno de somatización, estatus socioeconómico bajo, sexo masculino, conflictos maritales, familiares o de pareja (p. ej., divorcio, abandono, desatención, malos tratos y privación parental), bajo peso al nacer y diversos tipos de daño cerebral (Hechtman, 2005).

### Aspectos culturales

Se sabe que el TDAH afecta a personas de diversas culturas, aunque es más prevalente en la cultura occidental, lo que puede deberse a las diferentes prácticas diagnósticas más que a diferencias reales con respecto a la incidencia (APA, 2000).

El Child Behavior Checklist, el Teacher Report Form y el Youth Self Report (para niños y jóvenes de 11 a 18 años) son instrumentos psicométricos muy utilizados en la práctica clínica para detectar las áreas y habilidades problemáticas. En muchos casos, estos instrumentos son un componente esencial del proceso de evaluación del TDAH en los niños. Se han elaborado de tal forma que sean adecuadas desde el punto de vista cultural, y se utilizan en varios países (King et al., 2005).

Pierce y Reid (2004) han observado que cada vez son más los niños procedentes de grupos culturales muy diferentes a los que se les diagnostica un TDAH. Estos autores creen que esto se debe a un exceso de diagnóstico, que podría ser más acusado en algunos grupos culturales debido a determinados sesgos. En consecuencia, recomiendan que psiquiatras y psicólogos tengan en cuenta el contexto cultural antes de hacer el diagnóstico.

Yeh, Hough, McCabe, Lau y Garland (2004) estudiaron las creencias que tenían los padres sobre la causa de los trastornos mentales de sus hijos. Encontraron que la probabilidad de atribuir la enfermedad mental a causas biopsicosociales era menor en el caso de los padres afroamericanos, asiáticos y procedentes de las islas del Pacífico e «hispanos», en comparación con los padres blancos no hispanos. Estos últimos tenían una tendencia más acusada a atribuir el trastorno a causas sociales. Los autores creen que esta percepción de la causa del trastorno mental puede afectar a la participación de

los padres en el tratamiento del niño y al cumplimiento del tratamiento farmacológico.

### *Tratamiento*

Hasta la fecha, no ha podido encontrarse un tratamiento para el TDAH que sea totalmente eficaz. En consecuencia, son muchos los abordajes terapéuticos que se utilizan actualmente en la práctica clínica, como regímenes dietéticos basados en el control de los azúcares y en la administración de megavitaminas. Los padres deben saber que cualquier tratamiento que se anuncie como la curación definitiva del TDAH probablemente sea demasiado bueno para ser verdad (Hechtman, 2005). El TDAH es un trastorno crónico y los objetivos del tratamiento son el control de los síntomas, la disminución de la hiperactividad y de la impulsividad y el aumento de la capacidad del niño de prestar atención. El objetivo último es que el pequeño pueda crecer y desarrollarse normalmente. El tratamiento más eficaz hasta la fecha ha sido la combinación de tratamiento farmacológico, psicoterapia (terapia conductual, también denominada análisis y modificación de conducta) e intervenciones educativas (Dang et al., 2007).

### *Psicofarmacología*

En muchos casos, los psicofármacos son eficaces para reducir la hiperactividad y la impulsividad, además de mejorar la atención, todo lo cual permite que el niño participe en la vida escolar y familiar. Los psicofármacos que se prescriben más frecuentemente para el tratamiento del TDAH son el metilfenidato y un compuesto anfetamínico cuyo nombre comercial es Adderall<sup>®</sup> (Hechtman, 2005; Lehne, 2006). El metilfenidato es eficaz en el 70 % al 80 % de los niños con TDAH; reduce la hiperactividad, la impulsividad y la labilidad emocional, y ayuda al niño a prestar atención en clase. La dextroanfetamina y la pemolina son también estimulantes del sistema nervioso central que se utilizan en el tratamiento del TDAH. Los efectos secundarios más frecuentes de estos psicofármacos son el insomnio, la pérdida del apetito, la pérdida de peso o la falta de ganancia de peso de acuerdo con la edad y fase de crecimiento en la que se encuentra el niño. El metilfenidato, la dextroanfetamina y Adderall<sup>®</sup> están disponibles también en formulaciones de liberación sostenida que se toman una vez al día; esto elimina la necesidad de administrar la dosis cuando el niño está en el colegio. Además, el metilfenidato se comercializa también en parches transdérmicos. La pemolina puede provocar daño hepático, por lo que sólo debe prescribirse como una última opción.

En muchos casos, la administración de estimulantes del sistema nervioso central durante el día permite resolver el problema del insomnio. Tomar un buen desayuno con la dosis de la mañana y un refrigerio nutritivo al final del día y antes de ir a dormir ayuda al niño a mantener una ingesta alimentaria adecuada. Cuando los estimulantes del sistema nervioso central no resultan eficaces o los efectos secundarios son intolerables, los antidepresivos son la segunda opción de tratamiento (v. [cap. 2](#)). La atomoxetina es el único fármaco no estimulante que se ha desarrollado específicamente para el tratamiento del TDAH y que ha sido estudiado por la Food and Drug Administration (FDA). Se trata de un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina. Los efectos

secundarios que se han observado con más frecuencia en los niños durante los estudios clínicos son: pérdida de apetito, náuseas, vómitos, cansancio y molestias estomacales. En los adultos, se han observado efectos secundarios similares a los de otros antidepresivos, como insomnio, sequedad de boca, retención de orina, disminución del apetito, náuseas, vómitos, mareos y disfunción sexual. Debe tenerse en cuenta que la atomoxetina puede producir daño hepático, por lo que deben realizarse periódicamente pruebas de función hepática a los pacientes que tomen este fármaco (Cheng, Chen, Ko y Ng, 2007). En la [tabla 20-1](#) se exponen los psicofármacos que se prescriben a los pacientes que sufren un TDAH, así como la posología y las observaciones para el profesional de la enfermería.

**Tabla 20-1. Psicofármacos para tratar el TDAH**

Nombre genérico	Dosis	Observaciones para el personal de enfermería
<b>Estimulantes del SNC</b>		
Metilfenidato (comprimidos)	10-60 mg/día repartidos en 3-4 dosis	Controlar la disminución del apetito y el retraso del crecimiento
Metilfenidato (de liberación sostenida)	20-60 mg/día por la mañana	Administrar después de las comidas Advertir al paciente y a los padres que el efecto terapéutico completo se obtiene a los 2 días
Metilfenidato (parches transdérmicos)	15	Llevar el parche durante 9 h. El efecto dura hasta 3 h después de retirar el parche
Dextroanfetamina	5-40 mg/día repartidos en 2-3 dosis	Vigilar el insomnio
Dextroanfetamina (de liberación sostenida)	10-30 mg/día por la mañana	Administrar la última dosis a primera hora de la tarde Vigilar la disminución del apetito Advertir al paciente y a los padres de que el efecto terapéutico completo no se obtiene hasta los 2 días
Anfetaminas	5-40 mg/día repartidos en 2-3 dosis	Las mismas que con la dextroanfetamina
Anfetaminas de liberación sostenida	10-30 mg/día por la mañana	
Pemolina	37,5-112,5 mg/día por la mañana	Vigilar el apetito y el aumento de los valores en las pruebas de función hepática Advertir al paciente y a los padres de que el efecto terapéutico completo se obtiene a las 2 semanas
<b>Antidepresivos (ISRN)</b>		
Atomoxetina	1,2 (mg/kg)/día repartidos en 1 o 2 dosis (niños con peso < 70 kg) 40-80 mg/día repartidos en 1 o 2 dosis (niños con peso > 70 kg y adultos)	Administrar con alimentos Vigilar la disminución del apetito Usar bebidas sin contenido calórico para aliviar la sequedad de boca Vigilar el aumento de los valores en las pruebas de función hepática

Adaptado de *Drug Facts and Comparisons* (2009). St. Louis: Wolters Kluwer.

### **Intervenciones en casa y en el colegio**

La medicación no mejora automáticamente el rendimiento académico del niño ni garantiza que vaya a tener más y mejores amigos. Por tanto, es necesario recurrir a las intervenciones conductuales tanto en casa como en el colegio para conseguir que el niño aprenda qué comportamientos se consideran adecuados. Estas intervenciones pueden ayudar al niño a funcionar satisfactoriamente en estos ámbitos. Informar y educar a los

padres y ayudarlos en todo lo relacionado con la educación de su hijo es un aspecto clave del tratamiento del TDAH. Entre las intervenciones que han demostrado ser eficaces se encuentran las siguientes: dar recompensas y consecuencias coherentes a la conducta, elogiar al niño con coherencia, utilizar los tiempos muertos (*time out*) y amonestar verbalmente. Otra intervención que resulta eficaz en casa es colocar en la pared una cartulina en la que figuren las tareas y conductas diarias o semanales que se esperan del niño e ir poniendo puntos en cada casilla según que la conducta haya sido la correcta (Hechtman, 2005).

En el **juego terapéutico** se utilizan técnicas de juego para conocer los pensamientos y sentimientos del niño y promover la comunicación. El juego terapéutico no debe confundirse con la ludoterapia, que es una técnica psicoanalítica que utilizan los psiquiatras y algunos psicólogos clínicos. La dramatización consiste en representar una situación que produce ansiedad, como permitir al niño que haga como que es médico y utilice un estetoscopio u otros aparatos para que atienda a un paciente ficticio (una muñeca). Entre las técnicas de juego destinadas a liberar energía se encuentran las siguientes: golpear estacas con un martillo para que se hundan o correr y modelar con plastilina. Las técnicas de juego creativo pueden servir también para que el niño exprese sus emociones, sentimientos y puntos de vista; por ejemplo, dibujándose a sí mismo, a su familia o a sus compañeros de clase. Estas técnicas son especialmente útiles cuando el niño no puede o no quiere expresarse verbalmente.

## **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

### **Valoración**

Durante la valoración inicial, el profesional de la enfermería debe obtener información mediante la observación directa, pero también de los padres, del personal de la guardería (si fuera el caso) y de los profesores del colegio. Es probable que evaluar al niño mientras interactúa en un grupo de compañeros o amigos permita obtener información más útil, ya que su comportamiento puede ser más contenido o diferente durante la interacción cara a cara con el profesional. Cuando se entrevista a los padres, suele ser conveniente utilizar una lista de comprobación a fin de centrar la información que éstos proporcionan al profesional en los síntomas y conductas del niño.

### **Antecedentes**

Los padres pueden referir que el niño era irritable y tenía otros tipos de problemas ya en la primera infancia; sin embargo, es posible que el comportamiento de su hijo les haya pasado desapercibido hasta que comenzó a andar o empezó a ir a la guardería o al colegio. Es probable que el niño tenga dificultades en todos los ámbitos importantes, como en el colegio y en el juego con sus compañeros, y que presente un comportamiento hiperactivo, o incluso peligroso, en casa. Muchas veces, los padres afirman que el niño está «fuera de control» y se sienten incapaces de manejar este comportamiento. Quizá indiquen al profesional que han hecho múltiples e infructuosos intentos de disciplinar al

niño o de cambiar su comportamiento.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

### TDAH

- Promover la seguridad del niño y la de las otras personas Detenga las conductas de riesgo.  
Realice una supervisión estricta del niño.  
Dé al niño instrucciones claras y precisas sobre qué conductas son aceptables y cuáles no.
- Mejorar el desempeño de los roles  
Proporcione refuerzos positivos cuando el niño cumpla las expectativas de la sesión terapéutica.  
Controle el entorno (p. ej., busque un lugar tranquilo en el que no haya distracciones para realizar las tareas).
- Simplificar las instrucciones y las normas  
Consiga que el niño le preste atención.  
Divida las tareas complejas en fases o pasos más pequeños. Pare para descansar.
- Programar y estructurar las tareas diarias  
Establezca un programa de tareas y actividades diarias.  
Evite los cambios todo lo que sea posible.
- Educación y apoyo al paciente y a la familia  
Escuche a los padres cuando hablen de sus sentimientos y frustraciones.

### *Aspecto general y comportamiento motor*

Por lo general, el niño no es capaz de quedarse sentado en la silla, y, cuando se le obliga a permanecer sentado, se revuelve y se mueve sin parar. Puede dar vueltas y más vueltas por la habitación sin ningún propósito aparente. El habla no está afectada, pero tiene dificultades para mantener la conversación: interrumpe continuamente al entrevistador, responde precipitadamente antes de que se le haya terminado de hacer la pregunta y no presta atención a lo que se le ha dicho. A veces, cambia bruscamente de tema. Puede dar la impresión de que el niño es inmaduro o que ha alcanzado los hitos del desarrollo psicoevolutivo con retraso.

### *Estado de ánimo y afectos*

El estado de ánimo puede ser inestable, hasta el punto de presentar arrebatos o rabietas. La ansiedad, el nerviosismo y la frustración son frecuentes. Da la impresión de que el niño tiene un impulso inagotable que le lleva a seguir moviéndose o hablando, y poco autocontrol del movimiento o del habla. Cuando se intenta llamar su atención o reconducirlo al tema de la conversación, se observa resistencia o enfado.

### *Proceso y contenido del pensamiento*

Por lo general, esta área no está afectada, aunque dependiendo de la edad, de la fase del desarrollo psicoevolutivo y del nivel de actividad, puede ser difícil evaluarla.

### *Nivel de consciencia y procesos cognitivos*

El niño está alerta y orientado, sin alteraciones sensoriales ni perceptivas (p. ej., alucinaciones). Sin embargo, la capacidad de prestar atención y de concentrarse está muy afectada. El período de atención del niño puede ser incluso de sólo 2 s o 3 s en el TDAH grave o de 2 min o 3 min en las formas más leves. A veces es difícil evaluar la memoria



del niño debido a que tiene tendencia a responder «no sé» porque no puede prestar atención a la pregunta o impedir que la mente se le acelere. Los niños con TDAH se distraen con mucha facilidad y rara vez llegan a terminar la tarea que han empezado.

### *Sentido de la realidad y capacidad de introspección*

Por lo general, los niños con TDAH tienen poco sentido de la realidad y es habitual que no piensen antes de actuar. No perciben los peligros, por lo que realizan actos de carácter impulsivo como correr por la calle en medio de los coches o saltar desde un lugar elevado. Si bien en los niños pequeños resulta difícil evaluar el sentido de la realidad y la capacidad de introspección, es evidente que los niños con un TDAH presentan un sentido de la realidad peor que el de los demás niños de su misma edad. La mayoría de los niños pequeños con TDAH ignoran totalmente que su comportamiento es diferente al de sus compañeros, y no comprenden por qué su conducta daña o puede causar daño a otras personas. Los más mayores pueden afirmar que no caen bien a nadie en el colegio, pero son incapaces de relacionar este hecho con su propio comportamiento.

### *Concepto de sí mismo*

También el concepto de sí mismo puede ser difícil de evaluar en los niños más pequeños, pero la autoestima de estos pacientes suele ser baja. Generalmente, el niño con TDAH se siente fuera de lugar y mal consigo mismo porque no saca buenas notas en el colegio, por no tener muchos amigos y por los conflictos que tiene en casa con sus padres y sus hermanos. Las reacciones negativas que su conducta provoca en los demás hacen que muchas veces se perciba a sí mismo como una persona mala o estúpida.

### *Roles y relaciones interpersonales*

Por lo general, los niños con un TDAH no obtienen buenos resultados académicos ni éxito social en el colegio. A menudo se trata de niños que se comportan en casa de forma destructiva e impertinente, lo que provoca fricciones con sus padres y sus hermanos. Hasta que se diagnostica el trastorno y se empieza con el tratamiento, es habitual que los padres crean que se trata de un niño obstinado y testarudo, y que se porta mal a propósito. Por lo general, las medidas disciplinarias son poco eficaces, y en algunos casos, el niño puede descontrolarse físicamente, e incluso golpear a los padres o destruir muebles u otros objetos. Los padres se sienten agotados, tanto física como mentalmente. Los profesores sienten muchas veces la misma frustración que los padres, y es posible que el personal de la guardería o los «canguros» que contratan los padres se nieguen a atender al niño, lo que hace que aumente el rechazo hacia él por parte de las personas de su entorno.

### *Problemas fisiológicos y autocuidado*

Los niños con TDAH suelen ser delgados. Esto se debe, entre otros factores, a que no dedican el tiempo necesario a alimentarse adecuadamente o a que ni siquiera se sientan durante las comidas. Otro problema es la dificultad para relajarse y dormir. Si el niño presenta conductas imprudentes o arriesgadas, puede tener antecedentes de traumatismos.

### **Análisis de los datos y de la valoración**



Los siguientes son algunos de los diagnósticos de enfermería que se aplican a los niños con un TDAH:

- Riesgo de lesiones.
- Funcionamiento ineficaz.
- Alteración de las interacciones sociales.
- Problemas de afrontamiento en la familia.

### Resultados esperables

Entre los resultados que cabe esperar después del tratamiento en los pacientes con TDAH figuran los siguientes:

- El paciente no sufrirá lesiones.
- El paciente no invadirá el espacio personal de los demás.
- El paciente mostrará las habilidades sociales apropiadas para su edad.
- El paciente terminará las tareas.
- El paciente seguirá las instrucciones e indicaciones que se le den.

### Intervención

Las intervenciones que se describen en este apartado pueden adaptarse a diversos entornos de tratamiento y pueden ser utilizadas tanto por el personal de enfermería y otros profesionales sanitarios como por los maestros, padres y cuidadores.

#### *Promover la seguridad*

La seguridad del niño y de los demás es siempre una prioridad. Si el niño está llevando a cabo una actividad peligrosa, lo primero que debe hacerse es poner fin a tal conducta. A veces esto exige una intervención física si el niño está corriendo por la calle o se ha subido a un lugar elevado con la intención de saltar. Es muy improbable que se consiga algún resultado si se intenta hablar o razonar con el niño cuando está realizando una actividad peligrosa, debido a que su capacidad de prestar atención y de escuchar es limitada. Cuando el incidente se ha resuelto y el niño se encuentra en un lugar seguro, el adulto debe hablarle directamente sobre las conductas que se esperan de él. Durante algún tiempo puede ser necesario proceder a una supervisión estricta del niño para comprobar que sigue las indicaciones que se le han dado y evitar los traumatismos.

Las explicaciones que se dan al niño serán siempre breves, claras y fáciles de entender, y el adulto debe abstenerse de utilizar un tono de voz punitivo o despectivo. El adulto no presupondrá que el niño sepa qué comportamientos son aceptables y cuáles no. Por tanto, le explicará claramente qué expectativas se tienen de su conducta. Por ejemplo, si el niño baja las escaleras saltando, el adulto puede decirle:



*«Bajar las escaleras saltando es peligroso. De ahora en adelante, vas a bajar andando, de escalón en escalón».*

Si el niño se cuela delante de otros, el adulto llevará al niño a su sitio en la fila y le dirá:



*«No está bien colarse. Colócate en el sitio que te corresponde.»*

Para prevenir el comportamiento agresivo, también puede ser necesario supervisar estrictamente el comportamiento del niño mientras juega con los compañeros. En este caso, también hay que actuar primero para eliminar el comportamiento dañino, separando al niño de su amigo, interponiéndose entre ellos o retirando al niño. Después, el adulto explicará claramente qué comportamientos son deseables y cuáles son inaceptables. Por ejemplo, el adulto dirá:



*«No está bien quitar las cosas a los demás. Cuando juegues con otros niños, debes pedirles el juguete.»*

### ***Mejorar el desempeño del rol***

Es sumamente importante dar al niño refuerzos positivos específicos cuando haya satisfecho las expectativas establecidas. Esto refuerza las conductas deseadas y además da al niño la sensación de que es capaz de conseguir los objetivos propuestos. Por ejemplo, el adulto puede decir:



*«Has bajado las escaleras de la forma en la que hay que hacerlo». «Lo has hecho bien, porque has preguntado si podías tocar la guitarra y has esperado a que llegara tu turno.»*

Controlar el entorno ayuda a que el niño mejore su capacidad de escuchar, prestar atención y concluir las tareas. Es recomendable contar con un lugar tranquilo, con el menor nivel de ruidos y de distracciones posible. En el colegio, puede sentarse al niño en un pupitre situado en la primera fila frente al profesor, alejado de puertas y ventanas que pudieran distraerle. En casa, el niño debe disponer de una zona tranquila para hacer los deberes, lejos de la televisión, del equipo de música y del ordenador.



### Diagnóstico de enfermería

**Deterioro de la interacción social:** cantidad insuficiente o excesiva de intercambios sociales o intercambios sociales ineficaces.

#### DATOS DE LA VALORACIÓN

- Concentración sólo durante periodos breves.
- Alto nivel de distracción.
- Estado de ánimo labil.
- Escasa tolerancia a la frustración.
- Incapacidad para terminar las tareas.
- Incapacidad para permanecer sentado o de quedarse quieto.
- Habla excesivamente.
- Incapacidad para seguir las instrucciones e indicaciones.

#### RESULTADOS ESPERABLES

##### Inmediatos

*El paciente*

- Concluirá satisfactoriamente las tareas o los recados con ayuda.
- Demostrará que tiene habilidades sociales adecuadas en la interacción con el personal sanitario o con los miembros de la familia (p. ej., en lugar de interrumpir, escucha cuando habla otra persona).

##### Estabilización

*El paciente*

- Participará satisfactoriamente en el entorno educativo.
- Demostrará que es capaz de terminar las tareas cuando se le recuerda que debe hacerlo.
- Interactuará de forma satisfactoria con los demás miembros de la familia.

##### En la comunidad

*El paciente*

- Expresará verbalmente opiniones positivas sobre sí mismo.
- Terminará las tareas sin necesidad de recordarle que debe hacerlo.

#### PUESTA EN PRÁCTICA

**Intervenciones de enfermería** (\*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)

Identifique los factores que agravan y mejoran la conducta del paciente.

Proporcione al paciente un entorno en el que haya el menor número posible de distracciones. Realice las intervenciones de enfermería siempre de una en una (no empiece con una nueva intervención hasta que no haya terminado la anterior). Vaya aumentando gradualmente la cantidad de estímulos procedentes del entorno.

Antes de darle al paciente alguna indicación o instrucción, asegúrese de que le está prestando atención. Para ello, llámese por su nombre de pila y establezca contacto visual.

Dé al paciente las instrucciones e indicaciones lentamente, empleando un lenguaje simple, preciso, concreto y fácil de entender.

Antes de empezar a realizar la tarea, pídale al paciente que le repita las instrucciones.

Divida las tareas complejas en pasos o fases más pequeños.

Proporcione al paciente refuerzo positivo cada vez que termine uno de los pasos o fases de la tarea.

Haga pausas cada cierto tiempo para descansar; durante las fases permita que el paciente se levante y dé un paseo.

#### Justificación

Es posible identificar y minimizar los estímulos externos que pueden reagudizar los problemas del paciente. Además, los estímulos externos que influyen positivamente en el paciente pueden utilizarse de forma terapéutica.

En el TDAH existe una alteración de la capacidad del paciente de reaccionar adecuadamente a la estimulación externa.

Para realizar la tarea, el primer paso consiste en que el paciente preste atención a las instrucciones.

La capacidad del paciente de comprender las instrucciones e indicaciones, sobre todo cuando son complicadas o abstractas, está afectada.

La repetición demuestra que el paciente ha procesado correctamente la información.

La probabilidad de éxito aumenta cuando los pasos de la tarea son menos complicados que la tarea en su conjunto.

La probabilidad de que la experiencia resulte gratificante para el paciente aumenta si se trata cada paso o fase de la tarea como una nueva oportunidad de tener éxito.

De este modo, puede darse una salida aceptable a la energía incansable del paciente, lo que contribuirá a que realice la tarea siguiente con más eficacia.

## PUESTA EN PRÁCTICA

### Intervenciones de enfermería (\*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)

Establezca claramente cuáles son las expectativas con respecto a la terminación de las tareas.

Al principio, ayude al paciente a terminar las tareas.

Utilice señales para recordarle al paciente que debe terminar la tarea o para animarle a terminar; vaya reduciendo progresivamente el uso de estas señales.

Proporcione al paciente refuerzos positivos para fomentar las conductas que le acercan a la finalización de la tarea.

Recuerde al paciente cada vez con menos frecuencia que debe terminar la tarea.

Ayude al paciente a hablar ordenadamente planteándole preguntas de forma secuencial para conseguir que se mantenga centrado en el tema («¿Qué ocurre entonces?» «¿Qué pasa después?» etc.).

\* Enseñe a los padres o a las personas a cargo del niño a utilizar estas mismas intervenciones en casa.

\* Explique a los padres o a las personas que están a cargo del niño cómo poner en práctica las técnicas adecuadas para la educación de sus hijos, como el tiempo de actividad (*time-in*) cuando el niño se ha portado bien, estar alerta para detectar y responder positivamente al niño cuando se observa que está prestando atención; el *tiempo especial*; es decir, un período diario que se pasa con el niño, sin interrupciones y sin comentar temas relacionados con el problema; el *ignorar* las transgresiones leves, retirando inmediatamente el contacto visual o el contacto físico con el niño y no decirle nada con el fin de evitar las discusiones y, por tanto, el beneficio secundario de la mala conducta.

### Justificación

Antes de intentar llevar a cabo la tarea, el paciente debe comprender qué es lo que se le pide.

Si el paciente no puede terminar la tarea solo, contar con ayuda le permitirá tener éxito y le indicará de qué forma debe hacerlo la próxima vez.

A medida que el paciente va progresando, van reduciéndose gradualmente las intervenciones para que pueda actuar de forma cada vez más independiente.

Esta estrategia, denominada *moldeamiento*, es un procedimiento que se utiliza en la terapia conductual para reforzar positivamente las aproximaciones sucesivas al comportamiento deseado. Esto permite al paciente recibir la recompensa a medida que va dominando gradualmente las conductas que le aproximan al comportamiento esperado.

A medida que disminuye la participación del profesional, va aumentando la independencia del paciente.

Las preguntas secuenciales proporcionan una estructura que permite organizar la conversación con el fin de potenciar el pensamiento lógico y reducir la tangencialidad.

Mediante estas intervenciones, los padres o las personas a cargo del niño pueden ayudarlo a mejorar y, al mismo tiempo, conseguir un ambiente más positivo en casa. Además, con estas intervenciones, los padres actuarán de forma más coherente con el niño, lo que incrementará la probabilidad de que el tratamiento sea eficaz.

Es importante que los padres o las personas a cargo del niño utilicen estas técnicas. Esto hará que mejore la relación entre los padres, y a la vez, facilitará el logro de los objetivos del tratamiento, o al menos, evitará que los padres interfieran negativamente en el tratamiento. Los niños necesitan tener la sensación de que son dignos de ser amados por personas importantes para ellos, pero esta necesidad no desempeña un papel tan importante en la relación entre el profesional y el niño.

Adaptado de Schultz JM y Videbeck SL (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8.ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

## *Simplificar las instrucciones*

Antes de comenzar cualquier tarea, el adulto tiene que conseguir que el niño le preste atención. Para ello, lo mejor es situarse delante de él, a su misma altura y mantener el contacto visual. Se le dirá al niño lo que debe hacer, y si fuera necesario, la tarea se dividirá en partes o pasos más pequeños. Por ejemplo, si el niño tiene que hacer 25 problemas de matemáticas, se le darán primero 5 problemas, y una vez que los haya terminado, se le darán otros 5, y así sucesivamente. Esto permite, por un lado, evitar que el niño se sienta abrumado ante la tarea que debe realizar, y, por otro, proporcionarle información sobre cada conjunto de problemas que haya terminado. Cuando se trata de tareas sedentarias, es importante que el niño descanse cada cierto tiempo y tenga la oportunidad de moverse.

El adulto puede utilizar esta misma técnica cuando se trata de recoger los juguetes o el material escolar u ordenar la habitación. Para este tipo de tareas, al principio se requiere la supervisión del adulto o al menos su presencia. El adulto dará instrucciones al niño para que realice primero una parte de la tarea, y cuando la haya terminado, se le

explicará qué debe hacer a continuación. Cuando el adulto vea que el niño está haciendo las cosas bien, le hará de vez en cuando un comentario positivo y un pequeño recordatorio de las instrucciones, y luego dejará que termine él solo la tarea. Esta técnica permite dar instrucciones concretas al niño, paso a paso, en lugar de una indicación general como: «Por favor, ordena tu habitación». El adulto puede decir:



*«Pon la ropa sucia en el cesto».*

Una vez que el niño ha realizado esta tarea, se le da una nueva indicación:



*«Ahora haz la cama».*

De esta forma, el adulto espera a que el niño termine una tarea para, a continuación, asignarle otra.

### ***Promover un programa diario estructurado***

Es útil establecer un programa diario estructurado. Al niño le resultará mucho más fácil levantarse, vestirse, hacer los deberes, jugar, irse a la cama, etc., si se determina un horario para las actividades diarias. Los niños con TDAH no se adaptan fácilmente a los cambios, y hay menos probabilidad de que cumplan las expectativas si el horario para realizar las actividades o tareas es arbitrario o cambia de un día para otro.

### ***Proporcionar información, educación y apoyo al paciente y a la familia***

Es importante incluir a los padres en la planificación y ejecución del plan de tratamiento. El profesional de enfermería debe enseñar a los padres las técnicas que se han descrito en los apartados anteriores para que las pongan en práctica en casa. Los padres se sienten más tranquilos y seguros de sí mismos cuando disponen de técnicas concretas que sirven para ayudar tanto al niño como a ellos mismos.

El profesional debe prestar atención a los sentimientos de los padres. Pueden sentirse frustrados, enfadados o culpables. No es infrecuente que los padres se sientan culpables por el comportamiento de su hijo. En otros casos, culpan de los problemas del niño al sistema educativo. Los padres necesitan saber que ni ellos ni el niño son culpables y que existen técnicas y programas escolares que sirven para mejorar de forma considerable el comportamiento de su hijo. En Estados Unidos, los niños con TDAH pueden acceder a los programas y servicios escolares especiales en virtud de la ley *Individuals With Disabilities Education Act*, que regula todo lo referente a la educación de las personas con algún tipo de discapacidad o trastorno mental.

Criar a un niño con TDAH puede resultar frustrante y agotador para los padres, por lo que es recomendable que participen en grupos de apoyo y de autoayuda, en los que



recibirán consejos e información y podrán conocer las experiencias de otros padres que se encuentran en su misma situación. Los padres deben aprender estrategias para ayudar al niño a mejorar sus habilidades escolares y sociales, pero también necesitan saber cómo pueden ayudar a su hijo a mejorar su autoestima. La mayoría de estos niños tienen baja autoestima porque han sido etiquetados como personas con problemas conductuales y son corregidos continuamente por los padres y los profesores por no escuchar, no prestar atención y portarse mal. Los padres deben hacer comentarios positivos, siempre que sea posible, para motivar y animar al niño, y no tienen que olvidarse de reconocer verbalmente y de forma explícita los aspectos positivos de su hijo. Una técnica que puede ayudar a los padres a conseguir un equilibrio adecuado entre las críticas y las alabanzas consiste en anotar el número de veces que alaban o critican al niño a lo largo del día o durante varios días.

## EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA

### *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*

- Incluya a los padres en la planificación y puesta en práctica del tratamiento.
- Derive a los padres a grupos de apoyo y de autoayuda.
- Céntrese en los problemas, pero también en los puntos fuertes y en las cualidades del niño.
- Enseñe a los padres cómo deben administrarse exactamente los medicamentos y explíqueles los posibles efectos secundarios.
- Informe a los padres de que existen programas educativos especiales en el ámbito escolar que pueden ser beneficiosos para el niño.
- Enseñe a los padres técnicas conductuales que puedan utilizar en casa.
- Ayude a los padres a conseguir el equilibrio entre los elogios al niño y la corrección de su comportamiento.
- Haga hincapié en la necesidad de planificar, estructurar y ser coherente en lo que respecta a las tareas y actividades diarias del niño.

Aunque en muchos casos se consigue disminuir la hiperactividad y la falta de atención gracias a la medicación, lo cual, a su vez, hace que el niño preste más atención y se concentre más en el colegio, los profesionales sanitarios, los padres y los profesores deben saber que la medicación por sí misma no cura el trastorno. Es necesario poner en práctica intervenciones en casa y en el colegio para mejorar las habilidades sociales y el rendimiento escolar. Dado que muchas veces el diagnóstico de TDAH no se hace hasta que el niño está en un curso avanzado, es posible que se haya quedado retrasado en lectura y matemáticas, por lo que se necesita tiempo y paciencia para que alcance el mismo nivel que sus compañeros de clase.

### **Valoración**

Es probable que los padres y los profesores noten los resultados positivos del tratamiento antes que el niño. La medicación suele ser eficaz para reducir la hiperactividad y la impulsividad, y, además, mejora la atención y la concentración de forma relativamente rápida, siempre que el niño responda al fármaco que se le ha prescrito. La mejora en



sociabilidad, relaciones con los compañeros y rendimiento escolar puede ser más lenta y gradual, aunque puede conseguirse si se combina de forma eficaz la medicación con las intervenciones en casa y en el colegio.

## **TRASTORNO DISOCIAL**

El **trastorno disocial** se caracteriza por una conducta antisocial persistente en niños y adolescentes que afecta significativamente a su capacidad de desenvolverse en el ámbito social, escolar o laboral. Los síntomas de este trastorno se clasifican en cuatro áreas: agresión a las personas y animales, destrucción de bienes, engaño y robo y trasgresión grave de las normas (Thomas, 2005). Los niños y adolescentes con trastorno disocial tienen escasa empatía hacia los demás, baja autoestima, poca tolerancia a la frustración y accesos de enfado, ira y mal humor.

El trastorno disocial está asociado muchas veces con un inicio precoz de las relaciones sexuales, con consumo de alcohol, de tabaco y de drogas ilegales y con otras conductas imprudentes o peligrosas. Es tres veces más frecuente en el sexo masculino que en el femenino. Entre el 30 % y el 50 % de estos niños y adolescentes son diagnosticados de trastorno antisocial de la personalidad cuando son adultos.

### **Inicio y curso clínico**

Se han identificado dos subtipos en función de la edad de inicio. El trastorno disocial de inicio en la infancia se caracteriza porque los signos y síntomas, como las agresiones a los demás y las relaciones problemáticas con los compañeros, aparecen antes de los 10 años. En muchos casos, este subtipo se cronifica, de forma que, al llegar a la edad adulta, el paciente presenta un trastorno antisocial de la personalidad. El trastorno disocial de inicio en la adolescencia se caracteriza por la aparición de los signos y síntomas característicos del trastorno disocial después de los 10 años. En este subtipo, los adolescentes suelen ser menos agresivos y tienen un mayor número de relaciones interpersonales normales con sus compañeros. Además, es menos probable que el trastorno se cronifique, por lo que la tasa de trastorno disocial persistente en la vida adulta y de trastorno antisocial de la personalidad es más baja que en el caso del trastorno disocial de inicio en la infancia (APA, 2000).

Ambos subtipos pueden ser leves, moderados o graves (APA, 2000):

- *Leve*: el paciente presenta algunos problemas de conducta que causan un perjuicio relativamente leve a los demás, como mentir, no ir al colegio y llegar tarde a casa sin el permiso de los padres.
- *Moderado*: el número de problemas de conducta es mayor y el perjuicio que se causa a los demás es más grave. Son comportamientos característicos el gamberrismo, el vandalismo y los hurtos.
- *Grave*: el paciente tiene muchos problemas de conducta que, además, causan un perjuicio considerable a los demás, como agresiones sexuales y violaciones, crueldad con los animales, uso de armas, robos con allanamiento de morada y atracos.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR: Signos y síntomas del trastorno disocial

- Agrede a las personas y los animales.
- Fanfarronea y amenaza o intimida a otras personas.
- Participa en peleas en las que se producen agresiones físicas.
- Utiliza armas.
- Obliga a otras personas a participar en actividades sexuales en contra de su voluntad.
- Es cruel con las personas o con los animales.
- Destruye bienes que pertenecen a otras personas.
- Provoca incendios.
- Comete actos de vandalismo.
- Destruye deliberadamente los bienes de otros.
- Comete estafas, robos o hurtos.
- Miente.
- Hurta en las tiendas.
- Entra por la fuerza en casas, edificios o coches.
- Embauca a los demás para eludir sus responsabilidades.
- Infringe gravemente las normas legales y sociales.
- Permanece fuera de casa toda la noche sin el permiso de los padres.
- Se escapa de casa por la noche.
- Falta al colegio o al instituto sin causa justificada.

Adaptado de American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR*.

El curso del trastorno disocial es variable. Los pacientes cuyo trastorno se inició en la adolescencia o tienen problemas de conducta leves pueden llegar a mantener relaciones interpersonales adecuadas y un buen rendimiento académico y laboral cuando son adultos. Por el contrario, los que padecen un trastorno disocial de inicio en la infancia o problemas de conducta más graves, es más probable que presenten un trastorno de la personalidad antisocial cuando son adultos. Incluso los que no sufren dicho trastorno de la personalidad en la vida adulta pueden llevar una vida atormentada, con relaciones interpersonales difíciles, hábitos perniciosos para la salud e incapacidad de cuidar de sí mismos (Thomas, 2005).



### CASO CLÍNICO: TRASTORNO DISOCIAL

**Tom, de 14 años**, sale de la oficina del director del instituto de secundaria en el que estudia después de haber participado en una pelea con agresiones físicas en el vestíbulo. Sabe que sus padres se pondrán furiosos porque lo van a expulsar del centro durante una semana. «No ha sido culpa mía», se dice a sí

mismo. «¿Qué se supone que tengo que hacer si me insultan?» Tom está enfadado porque, por lo menos, hoy ha venido a clase y no se ha quedado por ahí con sus amigos, bebiendo alcohol y fumando porros.

De camino a casa, Tom ve junto a la tienda de comestibles un coche aparcado con la puerta abierta y el motor encendido. Tom da un salto de alegría, y piensa: «¡Hoy es mi día de suerte!». Entra en el coche, se pone al volante y arranca a toda velocidad, pero pronto oye la sirena de un coche de policía que se acerca por detrás. Finalmente, le hacen parar y lo detienen. Mientras espera en comisaría a que lleguen sus padres, se pregunta qué va a hacer ahora. Mientras tanto, le dice al agente de policía que le interroga que el coche pertenece a un amigo y que se lo había prestado. Le promete al policía que no se meterá de nuevo en problemas si le dejan irse, pero el agente tiene delante la ficha policial de Tom, en la que se dice que falta a clase sin causa justificada, consume alcohol, tiene antecedentes de robo y se sospecha que es el responsable de la desaparición del gato de un vecino.

Cuando el padre de Tom llega a la comisaría, le da una bofetada y le dice: «¡Estúpido! Te dije que era la última vez, que más te valía corregirte, ¡y mira! ¿Qué excusa se te ocurre esta vez?». Tom se deja caer en la silla con una mirada hosca y desafiante, y le dice a su padre: «¡Anda, pégame otra vez! ¿Te crees que me importa? ¡A ver si te enteras ya de que no voy a hacer lo que tú quieres! ¡A ver si me dejas en paz de una vez!»



**Trastorno disocial.**

## Etiología

En general, los investigadores están de acuerdo que la vulnerabilidad genética, la adversidad del entorno y factores como las estrategias de afrontamiento ineficaces o inadecuadas interactúan entre sí y dan lugar al trastorno. Entre los factores de riesgo se encuentran los hábitos perjudiciales de educación y crianza durante la infancia, los malos resultados en el colegio, la mala relación con los compañeros y la baja autoestima. Entre los factores protectores se encuentran la capacidad de afrontar la adversidad, el apoyo de la familia, las relaciones positivas con los compañeros y la buena salud física (Thomas, 2005).

Existe un riesgo genético de sufrir trastorno disocial, si bien hasta la fecha no se ha descubierto ningún marcador genético específico (Thomas, 2005). El trastorno es más frecuente en los niños con un hermano con trastorno disocial o con uno de los padres afectado de trastorno antisocial de la personalidad, esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo, un TDAH o si consume alcohol u otras drogas (APA, 2000).

En los niños con trastorno disocial se ha encontrado ausencia de reactividad del sistema neurovegetativo. Esta falta de respuesta es similar a la que se observa en los adultos que padecen un trastorno antisocial de la personalidad. Esta anomalía puede hacer que el individuo sea más agresivo de lo normal en las relaciones sociales debido a la disminución de la prevención normal o de las inhibiciones sociales. Los estudios de investigación sobre el papel que desempeñan los neurotransmisores están dando resultados prometedores (Thomas, 2005).

Las disfunciones en la vida familiar, las desavenencias conyugales o de pareja, la mala crianza y educación de los hijos y los antecedentes familiares de problemas de consumo de alcohol y otras drogas y de otros trastornos mentales están relacionados con la aparición del trastorno disocial. La exposición prenatal al alcohol aumenta el riesgo de padecer un trastorno disocial (Disney, Iacono, McGue, Tully y Legrand, 2008), y el maltrato infantil es un factor de riesgo especialmente importante. La incoherencia de las respuestas paternas a las demandas del niño y la claudicación ante dichas demandas a medida que se intensifican los comportamientos conflictivos del niño constituyen pautas de crianza y educación que se consideran ineficaces. La exposición a la violencia que aparece en el cine y en los medios de comunicación y, en general, en la sociedad, es también un factor de riesgo. Los problemas socioeconómicos, como una vivienda inadecuada, el hacinamiento y la pobreza, aumentan la probabilidad de que los niños en riesgo padezcan un trastorno disocial (McGuinness, 2006).

El mal rendimiento académico, las dificultades de aprendizaje, la hiperactividad y los problemas para mantener la atención están asociados con el trastorno disocial. Los niños con este trastorno tienen dificultades para desenvolverse en situaciones sociales. Carecen de las habilidades para responder apropiadamente a otros y para negociar el conflicto, y pierden la capacidad de mantener el autocontrol cuando el estrés afecta a sus emociones. A menudo sólo son aceptados por compañeros que tienen los mismos problemas (Thomas, 2005).

## Aspectos culturales

Es preocupante que, en muchas ocasiones, los niños «difíciles» sean diagnosticados erróneamente de trastorno disocial. Por tanto, es muy importante conocer los antecedentes y las circunstancias del paciente para poder hacer un diagnóstico correcto. En las zonas en las que el índice de criminalidad es muy elevado, el comportamiento agresivo puede servir a los individuos para protegerse y no indica necesariamente que se sufra un trastorno disocial. Entre los inmigrantes procedentes de países devastados por la guerra, es muy probable que el comportamiento agresivo haya sido necesario para sobrevivir, por lo que no se debe hacer un diagnóstico de trastorno disocial en estos casos (APA, 2000).

## Tratamiento

Se han utilizado muchos tipos de tratamiento para el trastorno disocial, pero los resultados han sido bastante insatisfactorios. La intervención precoz es más eficaz y la prevención da mejores resultados que el tratamiento. Las intervenciones agresivas, como los campamentos militares y el encarcelamiento, no han demostrado ser eficaces, e incluso pueden empeorar la situación (Thomas, 2005). La estrategia del tratamiento debe basarse en la edad del paciente y en la etapa del desarrollo psicoevolutivo en la que se encuentra, ya que no existe ningún abordaje terapéutico eficaz para todas las edades. En Estados Unidos, gracias a los programas de educación especial y compensatoria, como el Head Start, se ha conseguido reducir las tasas de criminalidad y de trastorno disocial. En estos programas de intervención se incluyen la educación de los padres sobre la forma adecuada de criar a sus hijos y sobre el desarrollo psicoevolutivo de niños y adolescentes, así como la estimulación adecuada del niño y el apoyo a los padres para hacer frente a las crisis.

En lo que respecta al trastorno disocial en el ámbito escolar, el tratamiento se centra en el niño, en la familia y en el colegio. Entre las técnicas se incluyen la información y educación en pedagogía, el entrenamiento en habilidades sociales para mejorar las relaciones con los compañeros del colegio y en diversas medidas para mejorar el rendimiento escolar y aumentar la capacidad del niño de cumplir con las exigencias de las figuras de autoridad. La terapia de familia es una modalidad de tratamiento muy eficaz en el caso de los niños en edad escolar con trastorno disocial (Thomas, 2005).

Los adolescentes dependen menos de sus padres y más de sus compañeros. Por esta razón, en el tratamiento para este grupo de edad se prefiere la psicoterapia individual. Muchos pacientes adolescentes han tenido alguna relación con la policía o los jueces debido a la comisión de algún acto delictivo, por lo que pueden estar sometidos a algún tipo de restricción de libertad. El consumo de alcohol y otras drogas desempeña un papel más importante en la adolescencia que en la infancia, por lo que cualquier plan de tratamiento que pretenda ser eficaz debe abordar esta cuestión. La estrategia de tratamiento más prometedora pasa por mantener al paciente en su entorno y realizar psicoterapia tanto familiar como individual. En el plan de tratamiento suelen incluirse otros objetivos, tales como la resolución de conflictos, el control de la ira y de la

agresividad y la adquisición de habilidades sociales.

La medicación por sí sola tiene poco efecto, pero puede prescribirse como adyuvante en el tratamiento de determinados síntomas. Por ejemplo, si el paciente supone un peligro evidente para otras personas, se le puede prescribir un neuroléptico. Los pacientes que presentan inestabilidad del estado de ánimo pueden mejorar con litio o con algún otro estabilizador del estado de ánimo, como la carbamazepina o el ácido valproico (Thomas, 2005).

## **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: TRASTORNO DISOCIAL**

### **Valoración**

#### *Antecedentes*

Los niños con trastorno disocial tienen antecedentes de relaciones conflictivas con sus compañeros, de agresión a personas o animales, de destrucción de bienes, de engaño y robo, y de trasgresión grave de las normas (p. ej., absentismo escolar no justificado, escaparse de casa o estar toda la noche fuera de casa sin el permiso de los padres). Las conductas y los problemas asociados pueden ser leves, moderados o graves.

#### *Aspecto general y comportamiento motor*

El aspecto, el habla y el comportamiento motor suelen ser normales para la edad, pero a veces el aspecto físico se sale de lo normal y resulta llamativo (p. ej., perforaciones corporales, tatuajes, cortes de pelo, peinado y ropa estrafalarios). Con frecuencia estos pacientes se dejan caer en la silla y se sientan repantingados o de forma indolente. Suelen ser hoscos y muestran poca disposición a ser entrevistados. Pueden decir palabras malsonantes, tutear y llamar a los médicos y a los profesionales de la enfermería por su nombre de pila y hacer comentarios despectivos sobre sus padres, profesores, la policía y otras figuras de autoridad.

#### *Estado de ánimo y afectos*

El paciente puede guardar silencio o mostrarse reacio a hablar. A veces es abiertamente hostil y se muestra enfadado. Es probable que su actitud hacia los padres, el personal de enfermería y cualquier otra persona con una posición de autoridad sea irrespetuosa. La irritabilidad, la frustración y los accesos de mal genio son frecuentes. En ocasiones, el paciente se niega a responder a las preguntas del profesional o a colaborar en la entrevista. Puede estar convencido de que no necesita ningún tipo de ayuda ni tratamiento. Si tiene algún problema legal, puede expresar verbalmente sentimientos de culpabilidad o remordimientos superficiales, pero, por lo general, no se trata de sentimientos sinceros.

#### *Proceso y contenido del pensamiento*

Los procesos de pensamiento suelen estar intactos; es decir, el paciente es capaz de pensar de forma lógica y racional. No obstante, percibe el mundo como un lugar agresivo y amenazante y se comporta en consecuencia. Pueden estar preocupados de cuidar de sí mismos y se comportan como si todo el mundo «fuera a por ellos». Son frecuentes los



pensamientos o fantasías sobre la violencia y la muerte.

### ***Nivel de consciencia y procesos cognitivos***

El paciente está alerta y orientado, la memoria está intacta y no hay alteraciones sensoriales ni de la percepción. La capacidad intelectual no está afectada, aunque estos pacientes suelen sacar malas notas en el colegio debido a su escaso rendimiento escolar, que a su vez se debe a los problemas de conducta en clase, al absentismo escolar no justificado y a la dificultad para completar las tareas.

### ***Sentido de la realidad y capacidad de introspección***

El sentido de la realidad y la capacidad de introspección son limitados teniendo en cuenta la edad y la etapa del desarrollo psicoevolutivo en los que se encuentra el paciente. Estos pacientes transgreden constantemente las normas sin valorar las consecuencias. Es habitual que anden buscando emociones fuertes o se impliquen en conductas de riesgo, como el consumo de alcohol u otras drogas, la conducción temeraria, las relaciones sexuales sin protección y las actividades ilícitas como el hurto o el robo. Además, no suelen reconocer que tienen problemas y, cuando lo hacen, culpan a los demás o a la sociedad, y rara vez son capaces de ver la relación existente entre su comportamiento y los problemas y dificultades que tienen que afrontar.

### ***Concepto de sí mismo***

Aunque, por lo general, intentan parecer «tipos duros», su autoestima es baja. No se valoran a sí mismos mejor de lo que valoran a los demás. El concepto que tienen de sí mismos se basa en su comportamiento; así, se sienten personas atractivas si han tenido muchas relaciones sexuales o importantes si han robado mercancía cara o han sido expulsados del colegio o del instituto.


### ***Roles y relaciones interpersonales***

Las relaciones con los demás, sobre todo con las figuras de autoridad, son conflictivas, y pueden llegar a ser violentas. Los conflictos más graves se dan con los padres, los profesores, la policía y la mayor parte de los adultos. Las agresiones físicas y verbales son frecuentes. Los hermanos pueden ser el blanco de burlas o agresiones por parte del paciente. Las relaciones con los compañeros se limitan a los que muestran conductas similares. Estos pacientes consideran que los compañeros que respetan las normas son personas estúpidas o miedosas. Suelen sacar malas notas en el colegio o en el instituto, y muchos han sido expulsados del centro educativo o han abandonado los estudios voluntariamente. Es poco probable que tengan un trabajo (cuando están en edad de trabajar) porque prefieren hurtar o robar para disponer del dinero que necesitan. Su idea de cómo deben desempeñar el rol consiste en ser tipos duros, transgredir las normas y aprovecharse de los demás siempre que pueden.

### ***Problemas fisiológicos y autocuidado***

Estos pacientes están muchas veces en riesgo de embarazo no deseado y de contraer enfermedades de transmisión sexual debido a su comportamiento sexual precoz y promiscuo. Otro riesgo para la salud es el consumo de alcohol y otras drogas. Por otro lado, a menudo participan en peleas y otros actos violentos, incluso con armas, lo que

hace que sufran traumatismos con frecuencia y que la tasa de mortalidad sea más elevada que la que se observa en otros chicos de su edad.


Plan de atención de enfermería | Trastorno disocial

---

**Diagnóstico de enfermería**  
**Afrontamiento ineficaz:** incapacidad de hacer una evaluación de los factores estresantes, elección inadecuada de las estrategias de afrontamiento e incapacidad de utilizar los recursos disponibles.

DATOS DE LA VALORACIÓN	RESULTADOS ESPERABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las relaciones con los compañeros son escasas o no son importantes.</li> <li>• Es incapaz de sentir empatía hacia los demás.</li> <li>• Es incapaz de dar y de recibir afecto.</li> <li>• Baja autoestima que intenta disimular «haciéndose el duro».</li> </ul>	<p><b>Inmediatos</b>  El paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participará en las interacciones sociales.</li> <li>• Expresará verbalmente sus sentimientos.</li> <li>• Adquirirá habilidades para la solución de problemas.</li> </ul> <p><b>Estabilización</b>  El paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrará que posee habilidades para la solución de problemas y estrategias de afrontamiento positivas y eficaces.</li> <li>• Será capaz de evaluar sus puntos fuertes y débiles de forma realista (p. ej., elaborará por escrito una lista de puntos fuertes y débiles y la comentará con el profesional de la enfermería).</li> </ul> <p><b>En la comunidad</b>  El paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrará que han mejorado las relaciones con los compañeros.</li> <li>• Expresará verbalmente una autoestima positiva y apropiada para su edad.</li> <li>• Tendrá un rendimiento satisfactorio en el colegio o instituto.</li> </ul>
<p><b>PUESTA EN PRÁCTICA</b></p> <p><b>Intervenciones de enfermería</b> (*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)</p> <p>Anime y motive al paciente a que comente sus pensamientos y sentimientos.</p> <p>Proporcione al paciente refuerzos positivos si es capaz de hablar con el profesional de sus pensamientos y sentimientos.</p> <p>Diga al paciente que lo acepta como persona, a pesar de que determinadas conductas no sean aceptables.</p> <p>Proporcione al paciente un refuerzo positivo cuando su comportamiento no sea problemático.</p> <p>Enseñe al paciente en qué consiste el establecimiento de límites y explíquelo por qué es necesario hacerlo. Dedique tiempo a comentar estas cosas con el paciente.</p> <p>Enseñe al paciente el proceso de solución de problemas (identificación del problema, búsqueda de posibles soluciones, elección de la solución más adecuada, puesta en práctica de la solución, evaluación de los resultados obtenidos) como alternativa a la conducta impulsiva.</p> <p>Ayude al paciente a practicar el proceso de solución de problemas simulando casos que podrían ocurrir, primero en la unidad de atención a la salud mental y luego con situaciones que el paciente tiene que afrontar en casa, en el colegio, en el instituto, etc.</p> <p>Mostrar al paciente ejemplos de habilidades apropiadas para la conversación y, en general, para las situaciones sociales.</p>	<p><b>Justificación</b></p> <p>Expresar los afectos es un primer paso para tratar con ellos de una forma apropiada.</p> <p>La retroalimentación positiva aumenta la probabilidad de seguir progresando.</p> <p>Los pacientes con trastorno disocial a menudo experimentan rechazo. El paciente necesita apoyo para aumentar su autoestima mientras va entendiendo que los cambios de conducta son necesarios.</p> <p>El paciente puede haber estado recibiendo mayor atención por parte de los demás cuando estaba inmerso en comportamientos problemáticos, este patrón necesita ser cambiado.</p> <p>Esto permite al paciente, cuando su comportamiento no está alterado, oír hablar de la relación entre el comportamiento problemático y sus consecuencias. El paciente puede no conocer el concepto de límites y de cómo éstos pueden ser beneficiosos.</p> <p>Es posible que el paciente no sepa solucionar los problemas de forma constructiva o que en casa no se le haya enseñado qué debe hacer cuando tiene un problema.</p> <p>La capacidad y las habilidades del paciente aumentarán con la práctica. Con el tiempo, irá haciendo las cosas cada vez mejor.</p> <p>Esto permite que el paciente comprenda qué es lo que se espera de él en una situación tranquila y controlada.</p>

## PUESTA EN PRÁCTICA

### Intervenciones de enfermería (\*: intervención realizada en colaboración con otros profesionales)

Explíquelo en qué consisten las habilidades que le está enseñando.

Practique las habilidades sociales con el paciente, siempre de una en una, sin mezclarlas.

Introduzca gradualmente a otros pacientes en las interacciones y conversaciones.

Ayude al paciente a centrarse en los temas que resulten apropiados para su edad y situación.

Motive y anime al paciente a dar su opinión y a prestar atención a las opiniones de los demás.

Promueva que el paciente exprese sus sentimientos en discusiones de grupo supervisadas.

Explique al paciente cómo se transmite la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

\* Evalúe si el paciente consume alcohol u otras drogas, y si es necesario, derívelo al profesional, unidad o servicio pertinente.

### Justificación

Aclarar cuáles son las expectativas disminuye la posibilidad de que el paciente haga interpretaciones erróneas.

A medida que el paciente se sienta más cómodo con estas habilidades, gracias a la práctica, las irá utilizando cada vez más. Es más probable que el paciente tenga éxito en las relaciones con los demás si antes ha conseguido establecer una buena relación con el profesional.

Las relaciones con los compañeros mejoran cuando el paciente es capaz de interactuar de la misma forma que otros adolescentes. La opinión de los compañeros puede influir en el moldeamiento de la conducta de los adolescentes.

Los adolescentes son reacios a mostrarse vulnerables ante sus compañeros, por lo que quizá sea necesario motivar y animar al paciente a hablar de sus sentimientos.

Con frecuencia, los pacientes con un trastorno disocial mantienen relaciones sexuales sin protección o consumen drogas por vía intravenosa, por lo que es especialmente importante que reciban información sobre la forma de prevenir la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

Es habitual que los adolescentes con trastorno disocial tengan también problemas con el alcohol y otras drogas.

Adaptado de Schultz JM y Videbeck SL (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8.ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

## Análisis de los datos y de la valoración

Entre los diagnósticos de enfermería que suelen hacerse a los pacientes que sufren un trastorno disocial se encuentran los siguientes:

- Riesgo de violencia contra los demás.
- Falta de cumplimiento del tratamiento.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Deterioro de la interacción social.
- Baja autoestima crónica.

## Resultados esperables

Los resultados después del tratamiento de los pacientes con trastorno disocial pueden ser los siguientes:

- El paciente no causará daño a otras personas, a los animales ni a las cosas.
- El paciente participará en el tratamiento.
- El paciente adquirirá y pondrá en práctica técnicas de solución de problemas y de resolución de conflictos y estrategias de afrontamiento eficaces y adecuadas.
- El paciente tendrá conductas apropiadas para su edad y socialmente aceptables cuando interactúe con otras personas.
- El paciente expresará verbalmente ideas sobre sí mismo que sean positivas y apropiadas para su edad.

## Intervención

### *Reducir la violencia y mejorar el cumplimiento del tratamiento*

El profesional de enfermería debe proteger a otras personas de los comportamientos manipuladores o agresivos frecuentes de estos pacientes. Al principio del tratamiento, se establecerá una serie de limitaciones y se indicará al paciente qué conductas son aceptables. El proceso de **establecimiento de límites** tiene tres fases:

1. Informar al paciente sobre las normas y los límites.
2. Explicarle qué ocurrirá si no respeta los límites.
3. Explicarle cuál es la conducta que se espera de él.

Es esencial que todos los miembros del equipo interdisciplinario, incluidos los padres, hagan cumplir los límites de forma constante y coherente, sin excepciones. Por ejemplo, el profesional de la enfermería puede decirle:



*«Pegar a otra persona es inaceptable. Si es tás enfadado, habla con algún miembro del personal sobre tus sentimientos. Si pegas a alguien, te quedarás sin recreo durante 24 horas».*

Para que el establecimiento de límites sea eficaz, las consecuencias deben ser importantes para el paciente, es decir, en el ejemplo anterior, debe ser importante para él salir al recreo. Si al paciente le gusta quedarse solo en su habitación, la consecuencia «irte a tu habitación y quedarte allí» no será eficaz.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

### *Trastorno disocial*

- Reducir las conductas agresivas y violentas y promover el cumplimiento del tratamiento  
Proteja a los demás de las agresiones y de la manipulación del paciente.  
Establezca límites para los comportamientos inaceptables.  
Sea coherente con el plan de tratamiento.  
Utilice los contratos de conducta.  
Utilice el tiempo fuera (*time out*).  
Elabore un programa sistemático y bien estructurado para las actividades diarias.
- Mejorar las estrategias de afrontamiento y la autoestima Demuestre al paciente que lo acepta como persona, pero que esto no significa que todo lo que hace le parezca aceptable.  
Motive y anime al paciente a llevar un diario.  
Enseñe al paciente habilidades para la solución de problemas y ayúdele a practicarlas.
- Promueva las interacciones sociales del paciente  
Enseñe al paciente habilidades sociales apropiadas para su edad.  
Ponga ejemplos de habilidades sociales y practíquelas con el paciente.  
Proporcione al paciente refuerzo positivo si su comportamiento es aceptable.
- Informe y eduque al paciente y a la familia

El personal de enfermería puede negociar con el paciente un contrato conductual en el que se indique cuáles son los comportamientos adecuados, los límites y las recompensas que se darán cuando el paciente mejore su comportamiento. Como el contrato se redacta por escrito, el paciente puede consultarlo para no olvidarse de qué es lo se espera de él, y

el profesional puede remitirse al contrato cada vez que el paciente pretenda cambiar algunos de sus términos. El contrato por escrito puede ayudar al profesional a evitar luchas de poder cuando el paciente solicita que se le hagan favores especiales o se introduzcan excepciones o intenta modificar los objetivos del tratamiento o las conductas deseables.

Si existe un contrato por escrito, el profesional debe actuar siempre de forma coherente. No olvidará que estos pacientes tienen tendencia a saltarse las normas, culpar a otras personas de su propio comportamiento y poner excusas para no comportarse de la forma deseada. La coherencia con respecto al contrato y, en general, en el seguimiento del plan de tratamiento, es esencial para que el paciente no consiga manipular al profesional de la enfermería.

El **tiempo fuera** (*time out*) consiste en retirarse a un lugar neutral de modo que el paciente pueda recuperar el control de sí mismo. No es un castigo. Cuando el comportamiento del paciente comienza a intensificarse y se corre el riesgo de que se desencadene una escalada (p. ej., cuando empieza a gritar o amenaza a alguien), el tiempo fuera puede evitar la agresión y, en general, las conductas impulsivas. Quizá sea necesario que el profesional indique al paciente cuándo debe entrar en tiempo fuera en los casos en los que se niega o, por su edad, no es capaz aún de tomar este tipo de decisiones. Con el tiempo fuera se pretende que el paciente aprenda a reconocer los signos de que ha empezado una escalada del comportamiento que puede terminar muy mal. Al aprender a reconocer estos signos, es el paciente mismo el que decide tomarse un tiempo de espera para poder controlar las emociones negativas y los arrebatos. Una vez concluido el tiempo fuera, el profesional hablará con el paciente sobre lo que ha sucedido. Esto puede ayudarle a reconocer las situaciones que desencadenan respuestas emocionales negativas y a aprender a poner en práctica estrategias de afrontamiento más positivas y eficaces para afrontar estas situaciones en el futuro. Proporcionar un refuerzo positivo a las medidas eficaces y adecuadas que el paciente haya tomado para evitar la agresión contribuye a reforzar las nuevas conductas.

Es muy útil disponer de un programa diario de actividades que incluya la higiene personal, el colegio, los deberes y el tiempo libre. Al paciente le resulta más fácil crear hábitos positivos si existe una planificación sistemática y tiene expectativas claras sobre las tareas y responsabilidades. Además, si el programa se pone por escrito, la probabilidad de que el paciente lo siga es mucho mayor.

### ***Potenciar la autoestima y las estrategias de afrontamiento eficaces***

El profesional debe dejar claro al paciente que lo acepta y lo considera una persona valiosa, incluso aunque su comportamiento sea inaceptable. Esto significa que el profesional debe ser realista con respecto al establecimiento de los límites y que no debe emitir juicios de valor sobre el paciente. Por ejemplo, si rompe una silla en un arrebato de ira, el profesional le dirá:





*«John, romper las sillas es un comportamiento inaceptable. Si estás alterado, debes decírselo al personal, de modo que puedas hablar sobre tu enfado, en lugar de actuar impulsivamente».*

El personal se abstendrá de decir cosas tales como:



*«¿Pero qué te pasa? ¿Es que no sabes hacer nada mejor que ponerte a romper sillas?».*

Los comentarios de este tipo resultan demasiado subjetivos y críticos, y no se centran en la conducta concreta que se intenta eliminar. Además, contribuyen a reforzar la imagen de «mala persona» que el paciente tiene de sí mismo.

Los pacientes con trastorno disocial tienen tendencia a aparecer ante los demás como «tipos duros», por lo que muchas veces son incapaces de hablar de sus sentimientos y emociones o, en el mejor de los casos, les cuesta mucho trabajo hacerlo. Llevar un diario puede ayudarles a identificar y expresar los sentimientos. El profesional puede comentar con el paciente las anotaciones que ha hecho en el diario y ayudarle a encontrar formas alternativas de expresar esos sentimientos sin necesidad de recurrir a la agresión y a las conductas impulsivas.

Es muy probable que el paciente tenga que aprender a solucionar los problemas de forma eficaz. El procedimiento para la solución de problemas consta de cinco fases: identificar el problema, analizar las posibles soluciones, elegir la solución que se considere más adecuada, poner en práctica la solución elegida y evaluar los resultados obtenidos (v. [cap. 16](#)). El profesional ayudará al paciente a trabajar con problemas reales de la vida diaria mediante los cinco pasos del procedimiento para la solución de problemas. Generalmente, las habilidades necesarias para la solución de problemas mejoran con la práctica.

### ***Promover la interacción social***

Los pacientes con un trastorno disocial suelen carecer de las habilidades sociales que cabe esperar en función de su edad, por lo que es importante enseñarles a desenvolverse de forma adecuada en las interacciones sociales. El profesional modelará las conductas sociales oportunas y ayudará al paciente a poner en práctica las conductas apropiadas para la interacción social. Asimismo, identificará las conductas inapropiadas. Es posible que el paciente tenga poca experiencia en comentar las noticias, en hablar sobre los deportes, etc. A medida que comienzan a adquirir y a poner en práctica las habilidades sociales, el profesional puede incluir en las sesiones terapéuticas a chicos de la misma edad del paciente para comentar temas de interés. Es esencial dar información al paciente sobre las interacciones para que sepa si está cumpliendo las expectativas o no.



### *Informar y educar al paciente y a la familia*

Es probable que haya que ayudar también a los padres a adquirir y poner en práctica las habilidades sociales, así como técnicas para solucionar problemas, resolver conflictos y comportarse adecuadamente. Los padres tienen sus propios problemas, y en muchos casos son problemas importantes de larga duración con el paciente. Éste tiene que reemplazar determinadas pautas de conductas (gritar, pegar o simplemente no prestar atención a los demás) por otras estrategias de afrontamiento más positivas y eficaces. El profesional de la enfermería explicará a los padres qué normas y tareas son razonables para el paciente teniendo en cuenta su edad (hora de llegar a casa, cumplir tareas domésticas, conducta adecuada en casa, etc.). Puede que sea necesario también que los padres aprendan a establecer límites y a mantenerlos de forma coherente, incluidas las consecuencias apropiadas en caso de trasgresión. Muchas veces, los padres tienen que aprender a comunicar al paciente verbalmente los sentimientos y expectativas de forma clara y directa. En algunos casos, se recomendará a los padres que dejen que el paciente experimente las consecuencias de su conducta, en vez de intentar impedir que se produzca la consecuencia. Por ejemplo, si al paciente lo multan por exceso de velocidad, los padres no pagarán la multa; si el paciente provoca un alboroto en el colegio y le castigan por ello, los padres se mostrarán de acuerdo con las medidas que ha tomado la dirección del centro y no culparán al profesor ni al centro.

#### EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA

##### *Para el trastorno disocial*

- Enseñe a los padres habilidades sociales y resolución de problemas cuando sea necesario.
- Anime a los padres a buscar tratamiento para sus propios problemas.
- Ayude a los padres a identificar actividades y expectativas adecuadas para su edad.
- Ayude a los padres a mantener una comunicación clara y directa.
- Ayude a los padres a evitar «salvar» al paciente.
- Enseñe a los padres técnicas efectivas para el establecimiento de límites.
- Ayude a los padres a establecer técnicas disciplinarias apropiadas.

### **Valoración**

Se considera que el tratamiento es eficaz si el paciente deja de comportarse de forma agresiva o ilegal, si asiste a la escuela y se atiene a normas y expectativas razonables en casa. El paciente no se convertirá en un chico modélico en poco tiempo, y lo normal es que se produzcan sólo avances moderados con alguna recaída de vez en cuando.

### **ATENCIÓN COMUNITARIA**

Los pacientes con trastorno disocial son atendidos en centros de atención de pacientes agudos sólo cuando su conducta es grave, y siempre durante períodos breves, hasta que se consigue la estabilización. La mayor parte del tratamiento a largo plazo se lleva a cabo en el colegio o instituto, en casa y en otros entornos comunitarios. Algunos pacientes viven fuera de la casa de los padres durante períodos más o menos prolongados. Los

pisos tutelados, las casas de acogida y las residencias están pensados para proporcionar al paciente un entorno seguro y estructurado y la supervisión adecuada cuando esto no puede lograrse en la casa de los padres. Los pacientes con problemas legales pueden ser ingresados en centros penitenciarios, ya sean cárceles o centros de menores, pero existen medidas penales alternativas al encarcelamiento. En el capítulo 4 se explica en detalle la asistencia en entornos comunitarios en el ámbito de la salud mental.

## **PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL**

El comportamiento de los padres tiene una enorme influencia en la conducta de los hijos. Cuando los padres adoptan conductas de riesgo, como fumar, consumir alcohol en exceso o despreocuparse de su propia salud, es más probable que sus hijos adopten también estas conductas de riesgo, incluidas las relaciones sexuales precoces sin protección. Las escuelas para padres sobre crianza y educación de los hijos pueden ser útiles para afrontar los comportamientos problemáticos de los niños y adolescentes y prevenir la aparición de un trastorno disocial (Turner y Sanders, 2006).

Eisen, Raleigh y Neuhoff (2008) informan de que un programa de intervención precoz en niños con riesgo de trastornos de ansiedad mejoró su conducta. El programa consistía en sesiones para los padres, control de la ansiedad del niño, sesiones conjuntas con los padres y los hijos, en las que se hacía hincapié en las estrategias de afrontamiento, y exposición gradual a las situaciones ansiógenas.

La Escala de puntuación SNAP-IV para padres y profesores (Swanson, 2000) es un instrumento psicométrico que puede utilizarse para la evaluación inicial de muchos trastornos mentales en niños y adolescentes, como el TDAH, el trastorno negativista desafiante, el trastorno disocial y la depresión (cuadro 20-3). Este instrumento de evaluación permite identificar problemas o posibles problemas que nos indican que es necesario realizar un seguimiento del niño o adolescente. La detección precoz de los problemas y la intervención rápida y decidida son muchas veces la clave para la promoción de la salud mental.

### ***Trastorno negativista desafiante***

El trastorno negativista desafiante se caracteriza por un patrón permanente de comportamiento poco cooperador, desafiante y hostil hacia las figuras de autoridad, sin que existan trasgresiones importantes de las normas sociales y legales. Cierta grado de comportamiento de oposición es normal en los niños y adolescentes; de hecho, sería de extrañar que este tipo de comportamiento no aparezca en algunas fases del desarrollo psicoevolutivo; por ejemplo, entre los 2 y 3 años y al principio de la adolescencia. En la tabla 20-2 se presentan los comportamientos que se consideran aceptables o anómalos durante la adolescencia. El diagnóstico de trastorno negativista desafiante se hace sólo cuando las conductas problemáticas del adolescente son más frecuentes e intensas que en los compañeros y cuando dichas conductas provocan disfunciones importantes en el ámbito familiar, social, escolar o laboral. La tasa de incidencia de este trastorno es de aproximadamente el 5 % de la población, y afecta por igual a los adolescentes de ambos sexos. La mayoría de los expertos consideran que los genes, el temperamento y las

factores sociales adversos interactúan para dar lugar al trastorno negativista desafiante. El 25 % de los adolescentes afectados por este trastorno acaban presentando un trastorno disocial, y en el 10 % se diagnostica un trastorno antisocial de la personalidad cuando son adultos (Thomas, 2005). El trastorno negativista desafiante se presenta con frecuencia con trastornos mentales comórbidos, como el TDAH, los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo, que también deben tratarse. Las estrategias de tratamiento del trastorno negativista desafiante son similares a las del trastorno disocial.

**Cuadro 20-3. Escala de puntuación SNAP-IV para padres y profesores**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Grupo étnico (rodée con un círculo el que más se ajuste): Afroamericano Asiático Caucásico Hispano Otro \_\_\_\_\_

Cuestionario cumplimentado por: \_\_\_\_\_ Tipo de clase: \_\_\_\_\_ Número de alumnos en la clase: \_\_\_\_\_

En cada ítem del cuestionario, marque la columna que mejor describe al niño:

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Muchas veces le cuesta prestar atención a los detalles o comete errores por descuido en los deberes o en las tareas escolares.	___	___	___	___
2. Muchas veces le cuesta mantener la atención en las tareas o las actividades de esparcimiento.	___	___	___	___
3. Muchas veces da la impresión de que no escucha cuando se le habla.	___	___	___	___
4. Muchas veces no sigue las instrucciones o indicaciones ni termina las tareas escolares, los recados u otras obligaciones.	___	___	___	___
5. Muchas veces tiene dificultades para organizar sus tareas y actividades.	___	___	___	___
6. Muchas veces se muestra reacio a hacer lo que se le pide o a ponerse a hacer tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.	___	___	___	___
7. Muchas veces pierde objetos importantes necesarios para realizar sus actividades (p. ej., juguetes, los deberes del colegio, lápices, libros, etc.).	___	___	___	___
8. Muchas veces se distrae con los estímulos del entorno cuando está realizando una tarea.	___	___	___	___
9. Muchas veces es descuidado en las actividades de la vida diaria.	___	___	___	___
10. Muchas veces le cuesta trabajo prestar atención, responder a lo que se le dice o ejecutar las órdenes que se le dan.	___	___	___	___
11. Muchas veces, cuando está sentado mueve las manos y los pies o se retuerce nervioso en el asiento.	___	___	___	___
12. Muchas veces en clase se levanta de la silla sin el permiso del profesor o cuando se supone que debería permanecer sentado (p. ej., durante las comidas).	___	___	___	___
13. Muchas veces corre o salta en exceso en situaciones en las que no resulta apropiado.	___	___	___	___
14. Muchas veces le cuesta trabajo jugar o realizar las actividades de ocio tranquilamente.	___	___	___	___
15. Muchas veces da la impresión de que no puede parar, como si lo impulsara un motor.	___	___	___	___
16. Muchas veces habla en exceso.	___	___	___	___
17. Muchas veces responde precipitadamente antes de que la otra persona haya terminado de formular la pregunta.	___	___	___	___
18. Muchas veces le cuesta trabajo esperar su turno.	___	___	___	___
19. Muchas veces interrumpe o se entromete en las actividades de otras personas (p. ej., se entromete en las conversaciones o en los juegos de otros niños).	___	___	___	___
20. Muchas veces le cuesta trabajo permanecer sentado, quedarse quieto o no ser impulsivo en clase o en casa.	___	___	___	___
21. Muchas veces pierde el control.	___	___	___	___
22. Muchas veces discute con los adultos.	___	___	___	___
23. Muchas veces desafía a los adultos o se niega a obedecerles o a cumplir sus normas.	___	___	___	___
24. Muchas veces hace deliberadamente cosas que molestan a otras personas.	___	___	___	___
25. Muchas veces culpa a los demás de sus errores o mala conducta.	___	___	___	___
26. Muchas veces se muestra demasiado susceptible y se siente molesto por cualquier cosa que hacen los demás.	___	___	___	___
27. Muchas veces está enfadado o resentido.	___	___	___	___
28. Muchas veces es rencoroso o vengativo.	___	___	___	___
29. Muchas veces anda buscando pelea con otros niños.	___	___	___	___
30. Muchas veces es negativo, desafiante, desobediente u hostil hacia las figuras de autoridad.	___	___	___	___
31. Muchas veces hace ruidos (p. ej., zumbidos o sonidos extraños).	___	___	___	___
32. Muchas veces está muy excitado y es impulsivo.	___	___	___	___

En cada ítem del cuestionario, marque la columna que mejor describe al niño:	Nada	Poco	Bastante	Mucho
33. Muchas veces se pone a llorar por cualquier cosa.	___	___	___	___
34. Muchas veces no colabora.	___	___	___	___
35. Muchas veces «va de listo».	___	___	___	___
36. Muchas veces es inquieto o hiperactivo.	___	___	___	___
37. Muchas veces molesta a otros niños.	___	___	___	___
38. Muchas veces cambia de humor de forma drástica y repentina.	___	___	___	___
39. Muchas veces se siente frustrado si no se le da de inmediato lo que quiere o no se hace de inmediato lo que quiere.	___	___	___	___
40. Muchas veces se burla de otros niños e interfiere en sus actividades.	___	___	___	___
41. Muchas veces es agresivo con otros niños (p. ej., se mete con ellos o les hace gamberradas).	___	___	___	___
42. Muchas veces es agresivo con las pertenencias de los demás (p. ej., destruye deliberadamente objetos que no le pertenecen).	___	___	___	___
43. Muchas veces se comporta de forma deshonesto (p. ej., hurta, roba, estafa, miente, copia en los exámenes o copia los trabajos escolares que han hecho otros niños y dice que el trabajo lo ha hecho él).	___	___	___	___
44. Muchas veces trasgredir las normas gravemente (p. ej., se ausenta de casa o del colegio sin permiso ni causa justificada, se escapa de casa o hace caso omiso de las normas que rigen en casa o en el colegio).	___	___	___	___
45. Es habitual que viole los derechos fundamentales de los demás o las normas sociales más importantes.	___	___	___	___
46. Presenta episodios en los que no puede resistirse a los impulsos agresivos (p. ej., agrede a otras personas o destruye las pertenencias ajenas).	___	___	___	___
47. Tiene tics motores o verbales (actividad motora o verbal repentina, rápida, recidivante y arritmica).	___	___	___	___
48. Tiene un comportamiento motor repetitivo (p. ej., agita la mano, balancea el cuerpo o se rasca o se frota la piel).	___	___	___	___
49. Tiene obsesiones (ideas, pensamientos o impulsos inadecuados, persistentes y recurrentes).	___	___	___	___
50. Tiene compulsiones (conductas o actos mentales repetitivos que sirven para reducir la ansiedad o el malestar psicológico).	___	___	___	___
51. Muchas veces está inquieto o parece estar muy excitado («con los nervios de punta»).	___	___	___	___
52. Muchas veces se cansa con facilidad.	___	___	___	___
53. Muchas veces le cuesta trabajo concentrarse (se queda con la «mente en blanco»).	___	___	___	___
54. Muchas veces está irritable.	___	___	___	___
55. Muchas veces tiene tensión muscular.	___	___	___	___
56. Muchas veces tiene ansiedad y muestra una preocupación excesiva (aprensión) (p. ej., piensa que le va a pasar algo malo).	___	___	___	___
57. Muchas veces está somnoliento durante el día (sueño no deseado en situaciones o momentos inapropiados).	___	___	___	___
58. Muchas veces muestra «emociones demasiado intensas, se comporta de forma presuntuosa o busca la atención de los demás de forma exagerada».	___	___	___	___
59. Muchas veces tiene necesidad de que los demás le admiren, se comporta de forma presuntuosa o chulesca o no muestra empatía hacia los demás.	___	___	___	___
60. Muchas veces se muestra inestable en las relaciones con los demás o presenta un estado de ánimo reactivo e impulsividad.	___	___	___	___
61. A veces, por lo menos durante una semana, tiene una autoestima exagerada o se comporta de forma presuntuosa o chulesca.	___	___	___	___
62. A veces, por lo menos durante una semana, es más hablador de lo normal o da la impresión de que no puede parar de hablar.	___	___	___	___
63. A veces, por lo menos durante una semana, tiene fuga de ideas o dice que sus pensamientos «están acelerados».	___	___	___	___
64. A veces, por lo menos durante una semana, tiene un estado de ánimo exaltado, expansivo o eufórico.	___	___	___	___



En cada ítem del cuestionario, marque la columna que mejor describe al niño:	Nada	Poco	Bastante	Mucho
65. A veces, por lo menos durante una semana, se implica con demasiada intensidad y durante demasiado tiempo en actividades gratificantes pero peligrosas.	_____	_____	_____	_____
66. A veces, por lo menos durante dos semanas, tiene un estado de ánimo depresivo (tristeza, desesperanza, desánimo).	_____	_____	_____	_____
67. A veces, por lo menos durante dos semanas, está irritable o de mal humor (no sólo cuando se siente frustrado).	_____	_____	_____	_____
68. A veces, por lo menos durante dos semanas, se le nota que está menos interesado o que obtiene menos placer en la mayoría de las actividades.	_____	_____	_____	_____
69. A veces, por lo menos durante dos semanas, presenta excitación psicomotriz (se muestra mucho más activo de lo normal).	_____	_____	_____	_____
70. A veces, por lo menos durante dos semanas, presenta lentitud psicomotriz (hace muy despacio la mayoría de las cosas).	_____	_____	_____	_____
71. A veces, por lo menos durante dos semanas, está cansado o tiene menos energía de lo habitual.	_____	_____	_____	_____
72. A veces, por lo menos durante dos semanas, siente que no vale para nada o tiene sentimientos de culpabilidad excesivos y no justificados.	_____	_____	_____	_____
73. A veces, por lo menos durante dos semanas, le cuesta más trabajo de lo normal pensar o concentrarse.	_____	_____	_____	_____
74. Tiene baja autoestima la mayor parte del tiempo, al menos durante un año.	_____	_____	_____	_____
75. Tiene siempre dificultades para concentrarse o le cuesta tomar decisiones la mayor parte del tiempo, al menos durante un año.	_____	_____	_____	_____
76. Tiene siempre sentimientos crónicos de desesperanza la mayoría del tiempo, al menos durante un año.	_____	_____	_____	_____
77. En la actualidad, se muestra hipervigilante (está siempre o la mayor parte del tiempo vigilante o alerta) o se sobresalta con mucha facilidad (p. ej., con un ruido muy pequeño).	_____	_____	_____	_____
78. En la actualidad está irritable, tiene arrebatos de ira o le cuesta concentrarse.	_____	_____	_____	_____
79. En la actualidad presenta respuestas emocionales al estrés (p. ej., está nervioso, preocupado, desesperanzado, lloroso).	_____	_____	_____	_____
80. En la actualidad presenta respuestas conductuales al estrés (p. ej., peleas, actos de vandalismo y absentismo escolar).	_____	_____	_____	_____
81. Le cuesta trabajo ponerse a hacer los deberes del colegio.	_____	_____	_____	_____
82. Le cuesta trabajo concentrarse en las tareas escolares durante todo el tiempo que dura la clase.	_____	_____	_____	_____
83. Le cuesta trabajo terminar las tareas escolares.	_____	_____	_____	_____
84. Tiene problemas con la corrección o la pulcritud en las tareas escolares que hacer por escrito.	_____	_____	_____	_____
85. Le cuesta trabajo prestar atención a las actividades o debates que se hace en clase.	_____	_____	_____	_____
86. Le cuesta trabajo pasar a otro tema en clase o a otra asignatura.	_____	_____	_____	_____
87. Tiene problemas en las interacciones con los compañeros en clase.	_____	_____	_____	_____
88. Tiene problemas en sus relaciones con el profesor o los profesores.	_____	_____	_____	_____
89. Le cuesta trabajo permanecer tranquilo, como indican las normas del colegio.	_____	_____	_____	_____
90. Le cuesta trabajo permanecer sentado, como indican las normas del colegio.	_____	_____	_____	_____

Elaborado por el Dr. James M Swanson, Universidad de California, Irvine.

**Tabla 20-2. Conductas y actitudes normales y anómalas de los adolescentes**

Normales	Anómalas
Dolencias psicósomáticas de vez en cuando	Miedos, ansiedad y culpabilidad respecto a la sexualidad, la salud y la educación
Comportamiento incoherente e impredecible	Comportamiento desafiante, negativo o depresivo
Afán por lograr la aprobación de los compañeros	Quejas hipocondríacas frecuentes
Competitividad en los juegos	Rendimiento escolar irregular o deficiente
Conducta errática (poco coherente) en los estudios, el trabajo y el tiempo libre	Malas relaciones con los compañeros
Crítica de sí mismo y de los demás	Incapacidad de retrasar la gratificación
Ambivalencia muy acusada hacia los padres	Reticencia a asumir mayor autonomía personal
Ansiedad ante la idea de perder la protección y el apoyo de los padres	Actos delictivos, conductas ritualizadas, obsesiones
Agresiones verbales hacia los padres	Aberraciones sexuales
Convicciones morales muy firmes	Incapacidad para trabajar o para socializarse

Adaptado de Pataki C (2005). Normal adolescence. En BJ Sadock y VA Sadock (eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry* (8.ª ed., pp. 3035-3043). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.



**Trastorno negativista desafiante.**



## **Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria**

Los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria que afectan a los niños son persistentes y no se deben a ninguna enfermedad médica subyacente. Son la pica, el trastorno por rumiación y el trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia.

### ***Pica***

La pica consiste en la ingesta persistente de sustancias que no son nutritivas, como pintura, pelo, tela, hojas, arena, arcilla o tierra. Suele observarse en niños con retraso mental y a veces afecta a las mujeres embarazadas. Llama la atención del pediatra sólo cuando da lugar a alguna complicación médica, como una obstrucción intestinal o una infección, o cuando el niño presenta signos de intoxicación (p. ej., por plomo). En la mayoría de los casos, la pica persiste varios meses para acabar remitiendo.

### ***Trastorno por rumiación***

El trastorno por rumiación consiste en la regurgitación y masticación de los alimentos regurgitados. El niño regurgita los alimentos parcialmente digeridos y suele masticarlos y tragarlos de nuevo. La regurgitación no se acompaña de náuseas ni de vómitos, y no se debe a una enfermedad médica (APA, 2000). Es un trastorno relativamente infrecuente y afecta más a los niños que a las niñas. Provoca malnutrición, pérdida de peso e incluso la muerte en aproximadamente el 25 % de los niños afectados. En los lactantes, suele remitir espontáneamente, aunque en los casos más graves puede continuar durante años.

### ***Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia***

El trastorno de la ingestión alimentaria de la lactancia y de la primera infancia se caracteriza por la incapacidad persistente de comer adecuadamente, con la consiguiente pérdida de peso e imposibilidad de ganar el peso que se espera teniendo en cuenta la edad del niño. La tasa de incidencia de este trastorno es similar en ambos sexos y la mayoría de las veces aparece durante el primer año de vida. Se calcula que el 5 % de los ingresos hospitalarios pediátricos se deben a una ganancia de peso insuficiente, y en el 50 % de estos ingresos está implicado el trastorno de la ingestión alimentaria sin que exista enfermedad médica alguna que actúe como factor de predisposición. En los casos graves, puede provocar malnutrición y la muerte, pero, en la mayoría de los niños, la estatura y el peso mejoran al cabo de cierto tiempo (APA, 2000).

## **Trastornos de tics**

Un tic es un movimiento o una vocalización de carácter súbito, rápido, recidivante, arrítmico y estereotipado (APA, 2000). El paciente puede controlar el tic, pero no de forma indefinida. El estrés empeora los tics y su frecuencia e intensidad disminuyen durante el sueño y cuando la persona afectada está realizando una actividad en la que está muy inte resada o requiere mucha concentración. Los tics motores simples más frecuentes son parpadear, sacudir el cuello, en coger los hombros, hacer muecas y toser. Son tics vocales simples carraspear, emitir gruñidos o ladridos, olfatear y resoplar. Los tics vocales complejos consisten en la repetición de palabras o frases fuera de contexto, pero en otros casos toman la forma de coprolalia (uso continuo de palabras socialmente

inaceptables, generalmente malsonantes), de palilalia (repetición de los propios sonidos o palabras) o de ecolalia (repetición de los últimos sonidos, palabras o frases que se han escuchado) (APA, 2000). Los tics motores complejos consisten en gestualidades faciales complicadas, en saltar o en tocar u oler un objeto.

El trastorno de tics tiende a aparecer en una misma familia. Se cree que las disfunciones de la dopamina tienen alguna influencia en los trastorno de tics (Scahill y Leckman, 2005). Suelen tratarse con los neurolépticos atípicos risperidona u olanzapina. Es importante que los pacientes con trastornos de tics descansen mucho y controlen el estrés, dado que el cansancio y el estrés hacen que aumente la frecuencia y la intensidad de los síntomas.

### *Síndrome de Gilles de la Tourette*

El síndrome de Gilles de la Tourette se caracteriza por la presencia de múltiples tics motores y uno o más tics vocales que suelen aparecer muchas veces al día durante más de un año. La complejidad y la gravedad de los tics varían con el tiempo, y la persona afectada sufre prácticamente de por vida todos los tics que figuran en el apartado anterior. La vida social, escolar y laboral quedan gravemente afectadas; el paciente está muy pendiente del trastorno y se siente avergonzado. La tasa de incidencia es baja (entre 4 y 5 por cada 10 000 habitantes), y afecta más a los hombres que a las mujeres. Suele identificarse en torno a los 7 años de edad. En algunos pacientes el trastorno dura toda la vida, mientras que en otros los síntomas desaparecen después de la juventud (APA, 2000).

### *Trastorno de tics vocales o motores crónicos*

El trastorno de tics vocales o motores crónicos difiere del síndrome de Gilles de la Tourette en que en el primero se observan tics motores o vocales, pero no ambos. El trastorno de tics transitorio es otro trastorno de tics en el que pueden aparecer uno o más tics vocales o motores durante un período de no más de 12 meses.

## **Trastornos de la eliminación**

La **encopresis** consiste en la eliminación repetida de las heces en lugares inadecuados, como la ropa y el suelo, en niños con una edad mental de al menos 4 años. En muchos casos, la deposición inadecuada de las heces es involuntaria, aunque también puede ser deliberada. La encopresis involuntaria suele estar asociada con el estreñimiento de causa psicológica, no médica. La encopresis voluntaria suele observarse en pacientes con TDAH o trastorno disocial.

La **enuresis** consiste en la eliminación repetida de orina durante el día o la noche en lugares inadecuados, como la ropa y la cama, en niños con una edad cronológica o mental de al menos 5 años. En la mayoría de los casos es involuntaria y cuando es voluntaria, se observa en pacientes con un trastorno de comportamiento perturbador. El 75 % de los niños con enuresis tienen un familiar de primer grado que padeció también este trastorno. La mayor parte de los niños con enuresis no presentan ningún trastorno mental comórbido.

Tanto la encopresis como la enuresis son más frecuentes en niños que en niñas. La tasa de incidencia de la encopresis es del 1 % de los niños de 5 años y la de la enuresis es del 5 % de los niños de 5 años. La encopresis puede persistir durante años, con remisiones y reagudizaciones intermitentes, y no suele cronificarse. La mayoría de los niños con enuresis son continentes cuando llegan a la adolescencia y sólo en el 1 % de los casos el trastorno persiste en la edad adulta.

La gravedad de los trastornos de la eliminación depende de hasta qué punto afectan de forma negativa en la vida del niño, del efecto que tienen sobre la autoestima, de la intensidad y frecuencia de la burla por parte de los compañeros y de la intensidad del enfado, castigo o rechazo de los padres o cuidadores (APA, 2000).

La imipramina es un antidepresivo que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la enuresis debido a que la retención de orina es uno de sus efectos secundarios. Tanto la enuresis como la encopresis responden a la terapia conductual (análisis y modificación de conducta). Una de las estrategias que se utilizan en la terapia conductual es un dispositivo que, al humedecerse por la noche, hace sonar una alarma para despertar al niño. También se utilizan los refuerzos positivos, como las recompensas, cuando el niño consigue la continencia durante el día o la noche o un período preestablecido. En el caso de los niños que padecen al mismo tiempo un trastorno de comportamiento perturbador y un trastorno de la eliminación, el tratamiento eficaz del primero suele servir para mejorar el segundo (Mikkelsen, 2005).

## Otros trastornos mentales de la infancia y la adolescencia

### *Trastorno de ansiedad por separación*

El trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por ansiedad que aparece cuando el niño se separa de su casa o de las personas con las que mantiene una relación de apego. Esta ansiedad es más intensa que la que cabría esperar teniendo en cuenta la edad del niño y la etapa del desarrollo psicoevolutivo en la que se encuentra (APA, 2000). Cuando se ve apartado de las figuras de apego, el niño insiste en saber dónde se encuentran y a veces es necesario dejarle que hable con ellos por teléfono para que se tranquilice. El paciente se entristece cuando está fuera de casa y tiene miedo ante la posibilidad de no volver nunca más o de no volver a ver a sus seres queridos. Muchos de estos niños siguen a sus padres como si fueran su sombra, no pueden quedarse solos en su habitación y tienen problemas para irse a la cama por la noche, a menos que alguien se quede con ellos. El miedo a la separación puede provocar conductas de evitación, como negarse a ir al colegio o a salir a la calle para hacer recados. El trastorno de ansiedad por separación suele acompañarse de pesadillas y de múltiples síntomas físicos (cefaleas, náuseas, vómitos y mareos, entre otros).

Se considera que el trastorno de ansiedad por separación se debe a la interacción entre el temperamento del niño y el estilo de parentalidad de los progenitores o cuidadores. Se cree que los rasgos temperamentales heredados, como la pasividad, la evitación, el miedo y la timidez ante las situaciones nuevas, junto con un estilo de parentalidad en el que se fomenta la evitación como estrategia de afrontamiento de las situaciones desconocidas,

son los responsables de la ansiedad del niño (Bernstein y Layne, 2005).

Dependiendo de la gravedad del trastorno, el niño puede tener problemas de rendimiento en el colegio y sufrir el aislamiento social en los casos en los que las conductas de evitación impiden al paciente asistir normalmente a la escuela y relacionarse con los compañeros. Los niños con trastorno por separación suelen ser exigentes y entrometidos, y necesitan recibir atención de forma constante, pero también pueden ser conformistas y estar siempre dispuestos a complacer a los demás. Cuando son adultos, suelen tardar más tiempo de lo normal en irse de la casa de los padres. Cuando forman su propia familia, lo habitual es que sean muy protectores y estén siempre demasiado preocupados por la pareja y los hijos. Incluso ya adultos, es posible que sigan sintiendo un malestar psicológico muy intenso cuando se ven obligados a alejarse de casa o separarse de su familia. La información y educación de los padres y la terapia familiar son los dos componentes esenciales del tratamiento. En un estudio longitudinal realizado por Bernstein y Layne, el trastorno remitió a los 4 años de seguimiento en el 80 % de los niños (Bernstein y Layne, 2005).

### *Mutismo selectivo*

El mutismo selectivo se caracteriza por la incapacidad persistente de hablar en situaciones sociales en las que se espera que la persona hable (p. ej., en el colegio) (APA, 2000). Los niños con este trastorno suelen comunicarse haciendo gestos con las manos, moviendo la cabeza o, en ocasiones, con vocalizaciones monosilábicas con una voz diferente a su voz natural. Suele tratarse de niños excesivamente tímidos, socialmente distanciados, retraídos o aislados y muy apegados a la madre. Pueden presentar rabietas cada cierto tiempo. El mutismo selectivo es un trastorno mental muy poco frecuente y es algo más común en las niñas. Suele durar unos pocos meses, pero en algunos casos persiste durante años.

### *Trastorno reactivo de la vinculación*

El trastorno reactivo de la vinculación se caracteriza por una interacción social muy alterada e inapropiada en la mayoría de las situaciones teniendo en cuenta la edad del niño y la etapa del desarrollo psicoevolutivo en la que se encuentra. Suele comenzar antes de los 5 años y está asociado a unas condiciones de crianza y educación del niño muy inadecuadas (abandono, malos tratos, desatención o incapacidad de los padres de satisfacer las necesidades físicas y psicológicas del niño). Los cambios constantes en las personas que cuidan al niño (p. ej., varias familias de acogida o diferentes padres adoptivos) es otro factor que influye en la aparición de este trastorno, ya que los cambios continuos impiden que se creen vínculos estables entre el niño y las personas que lo cuidan (APA, 2000). Las disfunciones sociales se manifiestan por la incapacidad del niño de iniciar o responder a la interacción social (tipo inhibido) o por la sociabilidad indiscriminada y la falta de selectividad a la hora de elegir las figuras de apego (tipo desinhibido). En el tipo inhibido, el niño no abraza a la gente ni quiere estar cerca de nadie, mientras que en el tipo desinhibido, la respuesta del niño es la misma con un extraño que con sus padres.

Inicialmente, el tratamiento se centra en garantizar la seguridad del niño, incluyendo la separación de la casa si se demuestra el abandono, la desatención o los malos tratos. Después, la modalidad de tratamiento más eficaz es la combinación de psicoterapia individual y de terapia de familia (ya sea con los padres biológicos o con los padres de acogida o adoptivos). Cuando el trastorno se diagnostica de forma precoz y la intervención es eficaz, puede lograrse la remisión o, al menos, una mejoría considerable. En caso contrario, el trastorno sigue un curso continuo, y las disfunciones de la interacción social persisten en la edad adulta.

### *Trastorno de movimientos estereotipados*

El trastorno de movimientos estereotipados está asociado con numerosas alteraciones genéticas, metabólicas y neurológicas, y, en muchos casos, con retraso mental, si bien no se conoce la causa precisa. El niño presenta una conducta motora repetitiva que no es funcional (no tiene finalidad aparente). Esta conducta afecta a las actividades de la vida diaria o provoca autolesiones que precisan tratamiento médico (APA, 2000). Los **movimientos estereotipados** más frecuentes son balancear el tronco, acunarse, manipular objetos de forma monótona y repetitiva, morderse las uñas (onicofagia) u otras partes del cuerpo, golpearse la cabeza u otras partes del cuerpo y hurgarse en la piel o en los orificios corporales. En el caso de los niños con retraso mental, por lo general, cuanto más grave es el retraso mayor es el riesgo de conductas autolesivas. El trastorno de movimientos estereotipados se mantiene relativamente estable con el transcurso del tiempo, pero la frecuencia e intensidad de las estereotipias pueden disminuir con la edad (Shah, 2005).

Ningún tratamiento ha demostrado ser eficaz. La clomipramina y la desipramina han obtenido ciertos resultados para el tratamiento de los casos graves de onicofagia; el haloperidol y la clorpromazina han demostrado cierta eficacia en el tratamiento del trastorno de movimientos estereotipados asociado con el retraso mental o el trastorno autista.

## TEMAS DE AUTOCONCIENCIA



Trabajar con niños y adolescentes puede ser gratificante, pero también difícil. Muchos trastornos mentales de la infancia, como los trastornos generalizados del desarrollo, limitan enormemente las capacidades del niño. En muchas ocasiones, al profesional le resulta difícil mantener una actitud positiva ante el niño y los padres cuando las perspectivas de mejoría son escasas. Sin embargo, incluso en las situaciones más graves y deprimentes, el profesional puede influir positivamente en el niño o adolescente, que todavía se encuentran en fases cruciales del desarrollo psicoevolutivo. En muchos casos, el profesional puede ayudar a estos pacientes a adquirir y poner en práctica estrategias de afrontamiento que utilizarán durante toda su vida adulta.

El trabajo con los padres es un aspecto básico del proceso de tratamiento de los niños

y adolescentes con trastorno mental. En la mayoría de los casos, los padres son los que más influyen en la forma en que estos niños aprenden a hacer frente al trastorno que padecen. Las creencias, los valores y las actitudes del profesional sobre la crianza y educación de los niños influyen en la manera de tratar al paciente y a los padres. El profesional no se mostrará abiertamente crítico con la forma en que los padres afrontan los problemas de sus hijos hasta no conocer la situación en detalle. Hay que tener siempre presente que atender a un niño en calidad de profesional sanitario es muy diferente a tener que atenderlo todo el día. Los padres tienen sus propios problemas y limitaciones, y en la mayoría de los casos, hacen todo lo que pueden. Si se les brinda la oportunidad, el apoyo, la formación, la educación y los recursos necesarios, muchos pueden mejorar sus conductas parentales y las estrategias de afrontamiento con respecto a sus hijos.

### **Consideraciones a tener en cuenta cuando se trabaja con niños, adolescentes y sus padres**

- Recuerde que debe centrarse en los puntos fuertes y en las cualidades del paciente y de los padres, no sólo en los problemas.
- Apoye los esfuerzos de los padres para que mantengan la esperanza cuando tienen que hacer frente a la realidad de la situación de su hijo.
- Pregunte a los padres cómo se sienten. Interésese por sus problemas y dificultades, responda a sus preguntas y apóyeles en todo momento o dévalos a los servicios y recursos adecuados para satisfacer sus necesidades y las del paciente.

### **PUNTOS CLAVE**



- Los trastornos mentales son más difíciles de diagnosticar en los niños que en los adultos, porque el desarrollo psicoevolutivo de los niños es incompleto y es posible que carezcan de la capacidad de reconocer o describir lo que les pasa.
- Los niños y los adolescentes pueden sufrir algunos de los trastornos mentales que se observan en los adultos, como la depresión, el trastorno bipolar y la ansiedad.
- Los trastornos de la infancia y de la adolescencia que se observan con más frecuencia en la práctica clínica son los trastornos generalizados del desarrollo, el TDAH y el trastorno disocial.
- En el retraso mental, el funcionamiento intelectual es inferior a la media (CI inferior a 70); produce limitaciones importantes en el funcionamiento adaptativo, como la comunicación, el autocuidado, la vida en el hogar, las habilidades sociales y las relaciones interpersonales, el uso de los recursos para la comunicación, la toma de decisiones, las aptitudes escolares, el trabajo, el ocio, la salud y la seguridad. El grado



de afectación está directamente relacionado con el CI.

### *Preguntas de razonamiento crítico*

1. En Internet hay muchos sitios dedicados a los trastornos del espectro autista (trastornos generalizados del desarrollo). Algunos son sitios adecuados que ofrecen información precisa y veraz; sin embargo, otros contienen información imprecisa, especulaciones y conjeturas que se presentan como hechos demostrados. Estos sitios pueden confundir y desorientar a los padres. ¿Cómo puede ayudarse a los padres para que aprendan a evaluar la calidad de la información que se ofrece en Internet?
  2. ¿Qué valores, creencias y actitudes tiene usted sobre la crianza y educación de los niños como consecuencia de su propia experiencia durante la infancia? ¿Han cambiado con el tiempo estos valores, creencias y actitudes? Si es así, ¿de qué forma han cambiado?
- Los trastornos del aprendizaje se caracterizan porque el niño obtiene unos resultados escolares inferiores al promedio en las áreas de lectura, cálculo y escritura. Estos trastornos se tratan en el colegio mediante programas de educación especial o compensatoria.
  - Los trastornos de la comunicación pueden ser expresivos o receptivo-expresivos. Los principales son los que afectan a la articulación y a la temporalización-secuenciación del habla (tartamudeo), y son tratados por los logopedas.
  - Los trastornos generalizados del desarrollo se denominan también trastornos del espectro autista y se caracterizan por una afectación grave de las habilidades para la interacción social recíproca, así como por anomalías de la comunicación y del comportamiento (comportamiento restringido y conductas estereotipadas).
  - El trastorno generalizado del desarrollo mejor conocido es el autismo. Los niños autistas parecen estar abstraídos en sí mismos, apenas establecen contacto visual con otras personas y su expresión facial es limitada. No se relacionan con los compañeros ni con los padres, no disfrutan espontáneamente ni participan en juegos de fantasía y simulación. El autismo suele tratarse con terapia conductual (análisis y modificación de conducta) y, generalmente, se necesitan meses, incluso años, para obtener resultados positivos.
  - La característica principal del TDAH es un patrón persistente de falta de atención y/o de hiperactividad e impulsividad. El TDAH es el trastorno más frecuente en la infancia y da lugar a un rendimiento escolar deficiente, conflictos en las relaciones familiares y rechazo de los compañeros.
  - El tratamiento del TDAH consiste en una combinación de tratamiento farmacológico, intervenciones conductuales en casa y en el colegio y educación de los padres. En muchos casos, es necesario recurrir a las clases de apoyo o a los programas de

educación especial y compensatoria para mejorar el rendimiento escolar del paciente.

- El trastorno disocial es, junto con el TDAH, el trastorno de comportamiento perturbador más frecuente. Se caracteriza por la agresión a las personas y a los animales, la destrucción de bienes, engaño y robo, y trasgresión grave de las normas sociales y legales.
- Entre las intervenciones de enfermería para el tratamiento del trastorno disocial se encuentran la reducción de las conductas agresivas o violentas, el aumento del cumplimiento de las normas legales y sociales, la mejora de las estrategias de afrontamiento, la mejora de la autoestima, la promoción de la interacción social y la educación y el apoyo a los padres.
- Existen tres tipos de trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia: la pica, el trastorno de rumiación y el trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia. La pica y el trastorno de rumiación suelen mejorar con el tiempo, y la mayoría de los casos de trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia pueden tratarse satisfactoriamente.
- Los trastornos de tics consisten en diversas combinaciones de tics vocales o motores simples o complejos. El más frecuente es el síndrome de Gilles de la Tourette. Los trastornos de tics por lo general se tratan satisfactoriamente con neurolépticos atípicos.



## RECURSOS DE INTERNET

### RECURSOS

- Administration on Developmental Disabilities
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
- Center for the Study of Autism
- Niños y adolescentes con TDH
- Grupos de apoyo para padres y madres
- National Attention Deficit Disorder Association
- National Center for Learning Disabilities
- Tourette Syndrome Association, Inc.

### DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.acf.dhhs.gov/programs/add>

<http://www.aacap.org/>

<http://www.autism.com>

<http://www.chadd.org/>

<http://www.conductdisorders.com>

<http://www.add.org>

<http://www.nclid.org>

<http://www.tsa-usa.org>

- Las encopresis y la enuresis son trastornos de la eliminación. Su gravedad depende del grado en el que interfieren en la vida del niño y afectan a su autoestima, de la respuesta de los padres y de la frecuencia e intensidad de las burlas de los compañeros.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Antai-Otong, D. (2008). The art of prescribing pharmacological management of adult ADHD: Implications for care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(3), 196–201.
- Bernstein, G. A., & Layne, A. E. (2005). Separation anxiety disorder and other anxiety disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., pp. 3292–3302). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Cheng, J. Y., Chen, R. Y., Ko, J. S., & Ng, E. M. (2007). Efficacy and safety of atomoxetine for attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents—a meta-analysis and meta-regression analysis. *Psychopharmacology*, 194(4), 197–209.
- Cable News Network (CNN). 2009. Vaccines didn't cause autism, court rules. Retrieved March 10, 2009 at <http://www.cnn.com/2009/HEALTH/02/12/autism.vaccines>.
- Dang, M. T., Warrington, D., Tung, T., Baker, D., & Pan, R. J. (2007). A school-based approach to early identification and management of students with ADHD. *Journal of School Nursing*, 23(1), 2–12.
- Disney, E. R., Iacono, W., McGue, M., Tully, E., & Legrand, L. (2008). Strengthening the case: Prenatal alcohol exposure is associated with increased risk for conduct disorder. *Pediatrics*, 122(6), e1225–e1230.
- Eisen, A. R., Raleigh, H., & Neuhoff, C. C. (2008). The unique impact of parent training for separation anxiety in children. *Behavior Therapy*, 39(2), 195–206.
- Hechtman, L. (2005). Attention deficit disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., pp. 3183–3198). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hojman, H. (2008). The danger of shortcuts in diagnosing children and adolescents. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 24(7), 1–8.
- Johnson, C. J., & Beitchman, J. H. (2005). Communication disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., pp. 3136–3154). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- King, B. H., Hodapp, R. M., & Dykens, E. M. (2005). Mental retardation. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., pp. 3076–3106). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lehne, R. A. (2006). *Pharmacology for nursing care* (6th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- McGuinness, T. M. (2006). Update on conduct disorder. *Journal of Psychosocial Nursing*, 44(12), 21–25.

- Mikkelsen, E. J. (2005). Elimination disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., pp. 3237–3246). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Myers, S. M., & Johnson, C. P. (2007). Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, *120*(5), 1162–1182.
- National Institute of Child Health and Human Development. (2006). Available at <http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/autismfacts.pdf>.
- Pataki, C. S. (2005). Normal adolescence. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., pp. 3035–3043). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pataki, C. S., & Spence, S. J. (2005). Motor skills disorder: Developmental coordination disorder. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., pp. 3130–3135). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pierce, C. D., & Reid, R. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder: Assessment and treatment of children from culturally different groups. *Seminars in Speech and Language*, *25*(3), 233–240.
- Rowe, D. L., & Hermens, D. F. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder: Neurophysiology, information processing, arousal, and drug development. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *6*(11), 1721–1734.
- Scahill, L., & Leckman, J. F. (2005). Tic disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., pp. 3228–3236). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shah, B. G. (2005). Stereotypic movement disorder of infancy. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., pp. 3254–3257). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Swanson, J. M. (2000). The SNAP-IV Teacher and Parent Rating Scale. Available at <http://www.adhd.net/snap-iv-form.pdf>.
- Thomas, C. R. (2005). Disruptive behavior disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., pp. 3205–3216). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Turner, K. M., & Sanders, M. R. (2006). Help when it's needed first: A controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behavior Therapy*, *37*(2), 131–142.
- Volkmar, F. R., Klin, A., & Schultz, R. T. (2005). Pervasive developmental disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., pp. 3164–3182). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Yeh, M., Hough, R. L., McCabe, K., Lau, A., & Garland, A. (2004). Parental beliefs about the causes of child problems: Exploring racial/ ethnic patterns. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*(5), 605–612.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Boylen, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry, 16*(8), 484–494.
- Gordon, M. F. (2005). Normal child development. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., pp. 3018–3035). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kolar, K. R., & Davey, D. (2007). Silent victims: Children exposed to family violence. *Journal of School Nursing, 23*(2), 86–91.
- Pataki, C. S. (2005). Child psychiatry: Introduction and overview. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., pp. 3015–3017). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

## Autoevaluación

### PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. Un niño toma pemolina para el tratamiento de un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). ¿A cuál de los siguientes efectos secundarios debe prestar atención el profesional de la enfermería?
  - a. Disminución de la concentración de tiroestimulina.
  - b. Disminución de la cifra de eritrocitos.
  - c. Aumento de la cifra de leucocitos.
  - d. Aumento de la concentración de enzimas hepáticas.
2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta con respecto a la administración de metilfenidato?
  - a. Se administra después de las comidas.
  - b. Se administra cuando el niño se vuelva hiperactivo.
  - c. Se debe aumentar la ingesta de líquidos mientras el niño esté tomando este medicamento.
  - d. Se debe tomar la temperatura corporal del niño todos los días.
3. En un niño que padece un TDAH, el profesional de la enfermería debe prever que observará todos los síntomas que se enumeran a continuación excepto uno. ¿Cuál?
  - a. Se distrae y se olvida fácilmente de las cosas.
  - b. Corre, se sube a sitios elevados y se mueve constantemente de un lado para otro.
  - c. Comportamientos caprichosos, huraños y hace pucheros.
  - d. Interrumpe a los demás y no puede esperar a que le toque el turno.
4. ¿Cuál de los siguientes es un comportamiento normal de los adolescentes?

- a. Ser crítico consigo mismo y con los demás.
  - b. Comportamiento desafiante, negativo y con signos de depresión.
  - c. Quejas frecuentes de tipo hipocondríaco.
  - d. Reticencia a asumir una mayor autonomía personal.
5. ¿Cuál de los siguientes medicamentos se utiliza para tratar la enuresis?
- a. Imipramina.
  - b. Metilfenidato.
  - c. Olanzapina.
  - d. Risperidona.
6. ¿Cuál de las siguientes intervenciones de enfermería es eficaz para tratar los comportamientos impulsivos y agresivos que se observan en el trastorno disocial?
- a. Entrenamiento en asertividad.
  - b. Establecimiento coherente de los límites.
  - c. Negociación de las normas.
  - d. Expresión abierta de los sentimientos.
7. ¿Cuál de las siguientes conductas es un signo muy frecuente del autismo?
- a. Se aferra a los padres.
  - b. Juega de forma imaginativa y creativa con sus compañeros.
  - c. Muestra un desarrollo precoz del lenguaje.
  - d. Muestra indiferencia si se lo abraza o se lo coge en brazos.

---

## PREGUNTAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE

*Puede elegir más de una respuesta en cada pregunta.*

1. El profesional de enfermería debe saber que en el caso de los niños, el establecimiento eficaz de los límites implica:
  - a. Permitir que el niño participe en el establecimiento de los límites.
  - b. La participación de todos los miembros del equipo multidisciplinario en la aplicación coherente de los límites establecidos.
  - c. Explicar al niño las consecuencias que conlleva transgredir los límites que se han establecido.
  - d. Informar al niño de las normas y de los límites que se han establecido.
  - e. Negociar las peticiones razonables por parte del niño de que se cambien los límites.
  - f. Dar al niño tres o cuatro indicaciones o pautas para seguir la norma o límite establecido.
2. El plan de información y educación dirigido a los padres de un niño al que se le ha diagnosticado un TDAH debe incluir:



- a. Permitir al niño que emplee el tiempo necesario para terminar las tareas.
- b. Permitir que el niño decida cuándo hace los deberes del colegio.
- c. Dar siempre las instrucciones e indicaciones al niño divididas en pasos cortos y sencillos.
- d. Llevar un registro de las observaciones positivas que el niño recibe.
- e. Disponer de un sistema de recompensas para premiar al niño cuando haya terminado las tareas diarias.
- f. Dedicar un tiempo al final del día a examinar el comportamiento del niño.

---

## CASO CLÍNICO

Dixie tiene 7 años. Sus padres la han llevado a un centro de salud mental porque trata muy mal a su hermano, que tiene sólo 18 meses. En el colegio no consigue permanecer sentada ni durante las clases ni a la hora de comer. El rendimiento escolar es insatisfactorio y está empezando a quedarse muy atrasada respecto a sus compañeros. Los padres dicen que lo han «intentado todo», pero la niña no les hace caso. No obedece, no sigue las indicaciones que se le dan, no recoge los juguetes y llega tarde al colegio.

Después de realizar una evaluación pormenorizada a la niña y de mantener una larga conversación con los padres, el psiquiatra concluye que Dixie sufre un TDAH y le prescribe metilfenidato (10 mg por la mañana, 5 mg a mediodía y 5 mg por la noche). El profesional de enfermería se reúne con los padres para informarles y responder a sus preguntas antes de que vuelvan a casa.

1. ¿Qué información y educación debe darles el profesional sobre el metilfenidato?
2. ¿Qué información y educación debe darles sobre el TDAH?
3. ¿Qué sugerencias sobre las intervenciones en casa puede darles el profesional?
4. ¿Qué derivación o derivaciones podría hacer el profesional?

# 21

## Trastornos cognitivos

### Términos clave

- aceptación de las ideas delirantes
- afasia
- agnosia
- apraxia
- confabulación
- contacto físico (toque) de apoyo
- delirium
- demencia
- demencia vascular
- ecolalia
- enfermedad de Alzheimer
- enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
- enfermedad de Huntington
- enfermedad de Parkinson
- enfermedad de Pick
- funciones ejecutivas
- interrupción breve de la interacción con el paciente
- palilalia
- replanteamiento
- síndrome de Korsakoff
- técnicas de distracción
- terapia de reminiscencia
- trastorno amnésico

### Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, debe ser capaz de:

1. Describir las manifestaciones clínicas y los factores de riesgo de los trastornos cognitivos.
2. Distinguir el delirium de la demencia en términos de síntomas, curso, tratamiento y pronóstico.
3. Aplicar el proceso de enfermería a la atención de los pacientes que presenten un trastorno cognitivo.
4. Explicar los procedimientos que se utilizan para satisfacer las necesidades de los cuidadores de los pacientes con demencia.
5. Informar y educar al paciente, a la familia, a los cuidadores y a los miembros de la comunidad sobre los trastornos cognitivos.
6. Evaluar sus propios sentimientos, creencias y actitudes con respecto a los pacientes que padecen un trastorno cognitivo.

**LA COGNICIÓN CONSISTE EN LA CAPACIDAD DEL CEREBRO** de procesar, conservar y utilizar la información. Las habilidades o funciones cognitivas son el razonamiento, el juicio, la percepción, la atención, la comprensión y la memoria. Estas funciones son esenciales para llevar a cabo un gran número de tareas, como tomar decisiones, solucionar problemas, interpretar adecuadamente el entorno y aprender nueva información.

Un trastorno cognitivo consiste en una alteración o deterioro de las funciones cerebrales superiores. Estos trastornos pueden tener efectos muy perjudiciales sobre la capacidad del individuo de desenvolverse en la vida diaria. Pueden hacer que el paciente olvide cómo se llaman los miembros de su familia o impedirle realizar las tareas domésticas o llevar a cabo la higiene personal (Davis, 2005).

Los principales trastornos cognitivos son el delirium, la demencia y los trastornos amnésicos. Todos ellos tienen en común la alteración cognitiva, pero se distinguen por la causa que los produce, así como por el tratamiento, el pronóstico y los efectos que tienen en los pacientes, en la familia y en los cuidadores. Este capítulo trata del delirium y de la demencia, y se ocupa, no sólo de la atención al paciente, sino también de las necesidades de los cuidadores.

---

Para preguntas estilo NCLEX, artículos de revistas y otros recursos, entre en la página web <http://thepoint.lww.com/espanol-Videbeck5e>.

## **DELÍRIUM**

El **delirium** se caracteriza por una alteración del nivel de consciencia que se acompaña de un cambio en la cognición. Por lo general, se desarrolla durante un corto período de tiempo, a veces es cuestión de horas, y fluctúa o cambia durante el transcurso del día. A los pacientes con delirium les cuesta trabajo centrar la atención y concentrarse, se desorientan y se distraen fácilmente y pueden presentar alteraciones sensoriales, como ilusiones, interpretaciones erróneas de la realidad o alucinaciones de la realidad. El paciente puede creer que un cable eléctrico que ve sobre el suelo es una serpiente

(ilusiones), puede confundir el estrépito del carro de la lavandería del hospital con un disparo (interpretación errónea) ver ángeles levitando sobre su cabeza (alucinación). En algunos casos, aparecen también alteraciones del ciclo sueño-vigilia o de la actividad psicomotriz y problemas emocionales, como ansiedad, miedo sin razón alguna, irritabilidad, euforia o apatía ([American Psychiatric Association \[APA\], 2000](#)).

Se calcula que entre un 10 % y un 15 % de los pacientes ingresados en los hospitales debido a una enfermedad médica sufren un delirium en algún momento de la estancia hospitalaria. El delirium es frecuente en los pacientes con enfermedades agudas. Del 30 % al 50 % de las personas mayores hospitalizadas para el tratamiento de una enfermedad aguda sufren un delirium durante el ingreso hospitalario. Los factores de riesgo son: enfermedad médica grave, edad avanzada y deterioro cognitivo preexistente (p. ej., demencia incipiente) ([Samuels y Neugroschl, 2005](#)). Los niños pueden ser más susceptibles al delirium que los adultos, sobre todo cuando la causa es la fiebre o determinados fármacos, como los anticolinérgicos ([APA, 2000](#)).

## Etiología

Por lo general, el delirium casi siempre tiene su origen en una enfermedad o alteración fisiológica, metabólica o cerebral, pero puede deberse también al efecto de un fármaco, a una intoxicación o a un síndrome de abstinencia. En el [cuadro 21-1](#) se presentan las causas más frecuentes de delirium. En muchos casos, las causas son múltiples y se requieren pruebas de laboratorio y otras pruebas médicas para identificarlas.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR:

#### Signos y síntomas de delirium

- Dificultad para mantener la atención o concentrarse.
- Facilidad para distraerse.
- Desorientación.
- Presencia de alteraciones sensoriales, como ilusiones, interpretaciones erróneas de la realidad o alucinaciones.
- Alteraciones del ciclo sueño-vigilia.
- Alteraciones de la actividad psicomotriz.
- Ansiedad, miedo, irritabilidad, euforia o apatía.

Adaptado del *DSM-IV-TR*, 2000.

## Aspectos culturales

Hay personas de diferentes procedencias culturales que pueden desconocer la información que se pregunta en las pruebas que se realizan para evaluar la memoria (p. ej., el nombre del actual presidente de Estados Unidos). En algunas culturas distintas a la occidental, el sentido de la orientación y la forma de indicar la localización de los lugares

pueden ser diferentes. Algunas confesiones religiosas, como es el caso de los testigos de Jehová, no celebran el cumpleaños, por lo que a estas personas puede resultarles difícil de repente recordar la fecha de nacimiento, lo cual puede interpretarse erróneamente como un signo de desorientación (APA, 2000).

### Tratamiento y pronóstico

Los dos principales componentes del tratamiento del delirium son la identificación y el tratamiento de la alteración o enfermedad médica que lo causa o lo agrava. En muchos casos, el delirium es un trastorno que se resuelve simplemente instituyendo un tratamiento eficaz para la alteración o enfermedad que lo ha provocado. Sin embargo, algunas causas del delirium, como los traumatismos craneoencefálicos y la encefalitis, pueden provocar problemas cognitivos, conductuales o emocionales que persisten incluso después de haberse resuelto la alteración de base que dio lugar al delirium.



### CASO CLÍNICO: DELÍRIUM

**En una tarde calurosa** de agosto, se recibe una llamada en el centro de urgencias médicas solicitando una ambulancia medicalizada para una anciana que se ha desplomado en la calle. Según los vecinos que han presenciado la escena, la mujer ha estado andando sin rumbo fijo por el barrio durante toda la mañana. Allí nadie la conoce, aunque varias personas se acercaron a ella para ofrecerle ayuda porque parecía desorientada. La mujer no supo o no quiso decir su nombre ni dirección a quienes le preguntaron, y lo que decía era confuso y difícil de entender. Finalmente perdió la consciencia, por lo que los vecinos decidieron llamar a urgencias. Cuando llega la ambulancia, los profesionales sanitarios comprueban que no lleva ningún tipo de documentación. La introducen en la ambulancia y la trasladan a un hospital.

La paciente ingresa en el servicio de urgencias. Suda profusamente, la temperatura corporal es de 39,5°C y está muy deshidratada. Se inicia tratamiento intravenoso para la reposición de líquidos y electrolitos. Se la envuelve en una manta térmica enfriada para bajarle la temperatura y se la mantiene monitorizada durante las horas siguientes. Al recobrar la consciencia, ella habla pero sigue siendo confusa, por lo que apenas se consigue entender lo que dice. En varias ocasiones, intenta quitarse las vías intravenosas y bajarse de la cama, por lo que se decide proceder a la contención física para evitar que se lesione y poder seguir administrando el tratamiento intravenoso.

Al final del segundo día de la hospitalización, la paciente ya es capaz de decir su nombre y dirección y de explicar las circunstancias en las que tuvo lugar el incidente. Recuerda que estaba trabajando en el jardín de su casa bajo el sol, cuando de repente sintió mucho calor. Pensó que lo mejor era entrar en casa, tomar una bebida fría y descansar. Esto es lo último que recuerda.

### Cuadro 21-1. Causas más frecuentes de delirium

Hipoxemia, alteraciones electrolíticas, insuficiencia renal o hepática, hipoglucemia o hiperglucemia, deshidratación, privación del sueño, alteraciones

Fisiológicas metabólicas	o de la función tiroidea, alteraciones corticosteroideas, deficiencia de tiamina, vitamina B <sub>12</sub> , vitamina C, niacina o proteínas, colapso cardiovascular, tumor cerebral, traumatismo craneoencefálico, exposición a gasolina, disolventes de pintura, insecticidas y sustancias similares.
Infecciosas	Sistémicas: septicemia, infecciones del aparato urinario, neumonía. Cerebrales: meningitis, encefalitis, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis.
Relacionadas con fármacos y drogas	Intoxicaciones: anticolinérgicos, litio, alcohol, sedantes, hipnóticos. Síndromes de abstinencia: alcohol, sedantes, hipnóticos. Reacciones adversas: anestesia, medicamentos prescritos por el médico, drogas.

Adaptado de Samuels SC y Neugroschl JA (2005). Delirium. En BJ Sadock y VA Sadock (eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8.ª ed., pp. 10541068). Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins; Ribby KJ y Cox KR (1996). Development, implementation, and evaluation of a confusion protocol. *Clinical Nurse Specialist*, 10(5), 241247.

### Psicofarmacología

Los pacientes con delirium hipoactivo (es decir, aquél en el que no hay agitación) no necesitan un tratamiento específico aparte del que esté indicado para la causa que lo provocó. Sin embargo, muchos pacientes con delirium presentan agitación intermitente o persistente, en cuyo caso se habla de delirium hiperactivo. Este tipo de delirium puede poner en peligro la eficacia del tratamiento, incluso al paciente mismo, por lo que puede estar indicada la sedación para evitar que el paciente se autolesione. Se puede reducir la agitación con un neuroléptico, como el haloperidol a una dosis de 0,5-1 mg. No obstante, en la medida de lo posible, se evitarán los sedantes y las benzodiazepinas porque pueden agravar el delirium (Samuels y Neugroschl, 2005). Además, los pacientes con alteración de la función hepática o renal pueden tener dificultades para metabolizar o excretar los sedantes. La excepción es el delirium causado por el síndrome de abstinencia de alcohol, que suele tratarse con benzodiazepinas (v. cap. 17).

### Otros tratamientos médicos

A la vez que se trata la causa del delirium, hay que instituir medidas de apoyo destinadas a acelerar la recuperación del paciente, como la administración de líquidos y un aporte nutricional adecuado. Cuando el enfermo presenta un mal estado general de salud o no es capaz de alimentarse o hidratarse por sí mismo, puede ser necesario proceder a la



administración de líquidos intravenosos, incluso a la nutrición parenteral.

Si el paciente está agitado o alterado, y existe riesgo de que se arranque las vías, los catéteres y las sondas, puede ser necesario recurrir a la contención física para administrarle el tratamiento de forma adecuada; pero sólo se utilizará cuando sea estrictamente necesario, y se mantendrá el tiempo preciso, ya que puede aumentar su agitación.

## **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: DELÍRIUM**

La atención de enfermería a los pacientes con delirium tiene como objeto satisfacer las necesidades fisiológicas y psicológicas del paciente y garantizar su seguridad. La conducta, el estado de ánimo y el nivel de consciencia pueden fluctuar rápidamente durante el día. Por tanto, el profesional de enfermería debe evaluar al paciente continuamente con el fin de detectar los cambios que se vayan produciendo y adaptar en consecuencia la atención de enfermería.

### **Valoración**

#### ***Antecedentes***

Dado que las causas más frecuentes del delirium son las enfermedades médicas y el consumo de medicamentos, alcohol y otras drogas, el profesional tendrá que recoger información detallada sobre estos aspectos. Si el paciente no está en condiciones de proporcionar datos exactos, se recurrirá a los familiares o personas allegadas que acompañan al enfermo.

En lo que respecta a la valoración del consumo de fármacos y drogas, se recogerán datos sobre los medicamentos, tanto los adquiridos con receta médica como los comprados sin receta, que el paciente esté tomando o haya venido tomando recientemente, así como datos sobre el consumo de alcohol y otras drogas. Mucha gente piensa que los fármacos que se venden sin receta médica no producen ningún tipo de problemas, puesto que se venden en las farmacias; sin embargo, la dosis habitual de un determinado medicamento y la combinación de dos o más fármacos pueden dar lugar a delirium, especialmente en los ancianos. En el [cuadro 21-2](#) se presenta una lista de los fármacos que pueden provocar delirium. Las combinaciones de estos fármacos aumentan aún más el riesgo.

#### ***Aspecto general y comportamiento motor***

Los pacientes con delirium tienen a menudo una alteración del comportamiento psicomotor. Pueden estar inquietos o hiperactivos, por lo que no son infrecuentes las conductas como destaparse o realizar esfuerzos súbitos y descoordinados para intentar bajarse de la cama. Por el contrario, también pueden presentar un comportamiento motor lentificado y escasez de movimientos, acompañado de letargo y adinamia.

El habla también puede estar afectada. Suele ser incoherente y cada vez más difícil de entender a medida que el delirium se agrava. El paciente puede ser reiterativo e insistir en un mismo tema o detalle, puede divagar, lo cual hará que el profesional tenga dificultades para seguir el curso de lo que dice, o puede hablar apresuradamente, a mucha velocidad,

y con un volumen de voz mayor del habitual. A veces, el paciente llama al personal de enfermería a voces o grita de forma ininteligible, sobre todo por la noche.

Plan de atención de enfermería | Delirium

---

**Diagnóstico de enfermería**

**Confusión aguda:** inicio brusco de una serie de alteraciones generales de carácter transitorio y de alteraciones del nivel de consciencia, de las funciones cognitivas, de la actividad psicomotora y/o del ciclo sueño-vigilia.

DATOS DE LA VALORACIÓN	RESULTADOS ESPERABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta del sentido de la realidad.</li> <li>Alteración cognitiva.</li> <li>Alteraciones de la memoria.</li> <li>Ausencia o limitación de la capacidad de introspección.</li> <li>Pérdida del autocontrol.</li> <li>Incapacidad para percibir el peligro.</li> <li>Ilusiones.</li> <li>Alucinaciones.</li> <li>Cambios de humor.</li> </ul>	<p><b>Inmediatos</b></p> <p><i>El paciente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantendrá relaciones de confianza con el personal que le atiende y con sus cuidadores habituales.</li> <li>No sufrirá ninguna lesión.</li> <li>Mostrará que ha mejorado su contacto con la realidad.</li> <li>Cooperará en el tratamiento.</li> </ul> <p><b>Estabilización</b></p> <p><i>El paciente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Establecerá y pondrá en práctica una serie de hábitos en la vida diaria.</li> <li>Demostrará que el nivel de confusión ha mejorado y que tiene menos ilusiones o alucinaciones.</li> <li>El malestar psicológico provocado por la confusión será mínimo.</li> <li>Confirmará con el personal sanitario o con sus cuidadores habituales que sus percepciones e interpretaciones son correctas antes de reaccionar a tales percepciones.</li> </ul> <p><b>En la comunidad</b></p> <p><i>El paciente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recuperará el funcionamiento que tenía antes del delirium.</li> <li>Manejará con eficacia los problemas de salud.</li> <li>Solicitará tratamiento médico si es necesario.</li> </ul>
<p><b>PUESTA EN PRÁCTICA</b></p> <p><b>Intervenciones de enfermería</b></p> <p>No permita que el paciente se haga cargo de determinadas decisiones o responsabilidades si no se encuentra en condiciones de hacerlo.</p> <p>Si es necesario, restrinja las acciones del paciente y explíquelo con claridad cuáles son los límites y por qué se establecen, teniendo siempre en cuenta su capacidad de comprensión.</p> <p>Promueva que el paciente tome decisiones o haga planes, pero sólo hasta donde lo permita su estado.</p> <p>Valore el nivel de funcionamiento del paciente una vez al día o con más frecuencia si es necesario.</p> <p>Permita que el paciente tome decisiones si es capaz de hacerlo.</p> <p>Ayude al paciente a establecer una serie de hábitos diarios, como la higiene personal, las actividades de tiempo libre, etc.</p> <p>Responda a las interpretaciones erróneas, ilusiones y alucinaciones y delirios del paciente ofreciéndole información sobre cuestiones de hecho (p. ej., «Esto es una silla»), y hágale saber que las demás personas interpretan la realidad de forma distinta (p. ej., «yo no veo a nadie más en esta habitación, sólo estamos usted y yo»).</p> <p>Informe y eduque al paciente sobre las causas de la confusión y el delirium.</p>	<p><b>Justificación</b></p> <p>La seguridad del paciente es una prioridad. Debe tenerse en cuenta que en algunos casos el enfermo no es capaz tan siquiera de percibir las acciones y situaciones peligrosas.</p> <p>El paciente tiene derecho a recibir información sobre cualquier restricción que se aplique a su conducta o movimientos y a conocer la razón por la que se aplican tales restricciones.</p> <p>El cumplimiento terapéutico mejorará si el paciente se implica en el tratamiento.</p> <p>Las capacidades de los pacientes que presentan un problema orgánico tienden a variar considerablemente.</p> <p>Dar al paciente la posibilidad de tomar decisiones contribuye a incrementar su participación, independencia y autoestima.</p> <p>Disponer de un programa de hábitos y actividades hace que el paciente no tenga que estar constantemente decidiendo lo que debe hacer y si lo va a hacer o no.</p> <p>Cuando se ofrece al paciente información sobre los hechos sin emitir juicios de valor, se da cuenta de que el profesional de la enfermería acepta y respeta sus sentimientos, y, al mismo tiempo, tiene la oportunidad de comprobar que otras personas no coinciden con sus percepciones e interpretaciones de la realidad.</p> <p>Cuando el paciente conoce las causas del delirium, es más probable que busque ayuda cuando la necesite.</p>

Adaptado de Schultz JM y Videbeck SL (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8.ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

### Estado de ánimo y afectos

Los pacientes con delirium suelen presentar cambios súbitos e impredecibles del estado de ánimo. Puede aparecer una gran variedad de síntomas emocionales, como ansiedad, miedo, irritabilidad, enfado, euforia y apatía. Esta sucesión de estados de ánimo y de alteraciones emocionales no suele estar relacionada con el entorno en el que se encuentra el paciente. En ocasiones, puede ponerse agresivo para defenderse de lo que él percibe como una amenaza debido a las ilusiones y alucinaciones.

### **Proceso y contenido del pensamiento**

Para el personal de enfermería resulta difícil evaluar en detalle y con exactitud las alteraciones cognitivas de los pacientes que sufren un delirium. La acusada incapacidad del paciente para mantener la atención hace que sea difícil evaluar el proceso y contenido del pensamiento. Éste no suele guardar relación con la situación en la que se encuentra el paciente, y, por lo general, lo que dice es ilógico y difícil de entender. El profesional puede preguntarle cómo se siente y obtener una respuesta mascullada entre dientes sobre el tiempo que hace en el exterior. Los procesos de pensamiento suelen estar desorganizados y resultan incomprensibles. Los pensamientos suelen ser incompletos y pueden estar fragmentados de forma inconexa. Puede presentar ideas delirantes, en la creencia de que sus percepciones sensoriales alteradas son reales.

#### **Cuadro 21-2. Fármacos que pueden dar lugar a un delirium**

Ácido acetilsalicílico  
Analgésicos opioides  
Anestésicos  
Anticolinérgicos  
Anticonvulsivos  
Antidepresivos  
Antihipertensores  
Antihistamínicos  
Antineoplásicos  
Barbitúricos  
Benzodiazepinas  
Cimetidina  
Corticoesteroides  
Glucósidos cardíacos  
Hipoglucémicos  
Insulina  
Neurolepticos  
Propranolol  
Reserpina  
Tiazidas

---

Adaptado de Samuels SC y Neugroschl JA (2005). Delirium. En BJ Sadock y VA Sadock (eds.).

*Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8.<sup>a</sup> ed., pp. 1054-1068). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

### **Nivel de consciencia y procesos cognitivos**

El signo patognomónico, y muchas veces también el inicial, es la alteración del nivel de consciencia, que rara vez se mantiene estable y suele fluctuar durante el día. El paciente suele estar orientado con respecto a las personas, pero presenta desorientación temporoespacial. Además, la percepción del entorno y de la situación es muy limitada, y

es habitual que se centre en estímulos irrelevantes, como el color de la funda de la almohada o algún detalle de las paredes de la habitación. Las personas, los ruidos y otros estímulos sensoriales distraen al paciente con suma facilidad.

Para los pacientes que sufren delirium, centrar la atención, mantenerla o cambiarla de forma voluntaria resulta prácticamente imposible. Se observa también alteración de la memoria reciente e inmediata (APA, 2000). Esto puede suponer que el profesional tenga que formular las preguntas o dar las indicaciones al paciente una y otra vez. Incluso con la repetición, es posible que sea incapaz de hacer lo que se le pide.

Son frecuentes las interpretaciones erróneas de la realidad, las ilusiones y alucinaciones. Las interpretaciones erróneas de la realidad y las ilusiones se producen a partir de algún estímulo real del entorno; por ejemplo, el paciente puede oír un portazo y creer que es un disparo o ver al profesional alargar la mano para coger una bolsa de líquidos para administración intravenosa y creer que va a darle un golpe en la cabeza. Algunos ejemplos de ilusiones son confundir una vía intravenosa o un cable eléctrico con una serpiente o confundir al profesional de la enfermería con un familiar. Las alucinaciones suelen ser visuales: el paciente «ve» cosas que no existen en la realidad. Cuando recobra cierta lucidez, puede darse cuenta de que está sufriendo alteraciones perceptivas y de que, en consecuencia, está haciendo una interpretación errónea del entorno; sin embargo, en otros casos está convencido de que las interpretaciones son correctas y no se le puede convencer de lo contrario.

### *Sentido de la realidad y capacidad de introspección*

El sentido de la realidad está alterado. Muchas veces, el paciente no puede tan siquiera darse cuenta de que una determinada conducta o situación es peligrosa, por lo que no puede tomar las medidas pertinentes para protegerse. Por ejemplo, puede intentar quitarse las vías intravenosas o la sonda vesical una y otra vez, provocándose de esta forma dolor y dificultando el tratamiento médico.

La capacidad de introspección depende de la gravedad del delirium. Los pacientes con delirium leve pueden darse cuenta de que están desorientados y confusos, de que están recibiendo tratamiento en un hospital y de que cabe la posibilidad de que su estado mejore. Sin embargo, en el delirium grave el paciente no suele ser consciente del estado en el que se encuentra.

### *Roles y relaciones interpersonales*

Es muy poco probable que el paciente pueda desempeñar los roles que le corresponden durante el curso del delirium. Sin embargo, la mayoría de los pacientes recuperan el nivel de funcionamiento anterior, y no suele haber secuelas de carácter permanente que impidan el desempeño correcto de los roles y el mantenimiento de las relaciones interpersonales.

### *Concepto de sí mismo*

Si bien el delirium no tiene ningún efecto directo sobre el concepto de sí mismo, el paciente suele sentirse asustado o amenazado. Los pacientes que tienen algún grado de consciencia sobre el estado en el que se encuentran pueden sentirse impotentes e

incapaces de hacer algo para mejorar su situación. Si el delirium es resultado del consumo de alcohol o de otra droga o del aumento indebido de la dosis de un medicamento prescrito por el médico, puede tener sentimientos de culpabilidad o sentirse avergonzado o humillado, o pensar que es una mala persona y que se merece el daño que él mismo se ha provocado. Esto puede provocar problemas de autoconcepto a largo plazo.

### ***Problemas fisiológicos y autocuidado***

En el delirium son frecuentes las alteraciones del ciclo sueño-vigilia, por lo que pueden aparecer dificultades para conciliar el sueño, somnolencia diurna, agitación nocturna o, incluso, una inversión total del patrón del sueño (APA, 2000). En algunos casos, el paciente no percibe los estímulos más básicos provenientes del organismo, como el hambre, la sed y la necesidad de orinar y defecar.

### **Análisis de los datos**

Los siguientes diagnósticos de enfermería suelen aplicarse a los pacientes que sufren delirium:

- Riesgo de lesiones.
- Confusión aguda. Otros diagnósticos de enfermería son los siguientes:
- Alteración de la percepción.
- Alteración de los procesos de pensamiento.
- Alteración del patrón del sueño.
- Riesgo de deshidratación e hipovolemia.
- Riesgo de desequilibrio nutricional debido a que no se satisfacen los requerimientos nutricionales mínimos.





**Ilusión.**

### **Resultados esperables**

Los resultados que cabe esperar después del tratamiento en el caso de los pacientes que sufren un delirium son:

- El paciente no sufrirá ninguna lesión.
- El paciente mostrará una mejora de la orientación y del contacto con la realidad.
- El paciente mantendrá un equilibrio adecuado entre actividad y descanso.
- El paciente mantendrá un equilibrio hídrico y nutricional adecuado.
- El paciente recuperará el nivel de funcionamiento que tenía antes del delirium.

### **Intervención**

#### ***Promoción de la seguridad del paciente***

El objetivo prioritario de las intervenciones de enfermería es mantener la seguridad del



paciente. Hay que administrar el tratamiento farmacológico con precaución porque los sedantes pueden aumentar el riesgo de caídas y de otras lesiones (Samuels y Neugroschl, 2005).

El profesional de la enfermería dará indicaciones al paciente para que pida ayuda antes de intentar bajarse de la cama o de utilizar el baño. Si no es capaz de pedir ayuda, puede que sea necesario proceder a una supervisión constante para impedir que realice actividades que no puede realizar solo con seguridad. El profesional responderá con prontitud a las llamadas del paciente e irá a visitarlo a intervalos regulares.

Si el paciente está agitado o intenta quitarse las vías intravenosas, sondas o catéteres, puede ser necesario proceder a la contención física. No obstante, debe tenerse en cuenta que puede aumentar el miedo del paciente, por lo que se utilizará sólo como último recurso. Antes de proceder a la contención física, se probará con otras medidas (p. ej., un familiar puede quedarse con el enfermo para que se sienta más tranquilo).

### ***Manejar la confusión del paciente***

Siempre hay que dirigirse a él con calma y hablarle con una voz clara y en un tono bajo. Es importante tranquilizarle intentando que mejore su contacto con la realidad; por ejemplo:



*«Sé que ahora mismo todo le parece raro y confuso, pero esta sensación irá desapareciendo a medida que su estado vaya mejorando» (técnicas de comunicación verbal: aceptación y ofrecer información).*

Para captar su atención, es útil situarse enfrente del paciente cuando se le habla. El profesional le dará información que pueda entender y evitará alargarse y dar demasiados detalles. Las preguntas, instrucciones e indicaciones serán breves, sencillas y fáciles de entender, y se le dará tiempo suficiente para entender lo que se le dice y responder a las preguntas. Se le debe permitir que tome decisiones en la medida en la que su estado lo permita y se procurará no frustrarlo ni abrumarlo.

El profesional orientará al paciente mediante estímulos, como llamarle por su nombre y mencionar el momento del día en el que se encuentra (por la mañana temprano, a última hora de la tarde, por la noche, etc.) y la actividad que se está realizando o la que se va a realizar a continuación. Por ejemplo, el profesional puede decir:



*«Buenos días, Sr. Jones. Veo que ya está despierto y preparado para desayunar» (técnica de comunicación verbal: ofrecer información).*

Puede ser necesario repetirle al paciente el nombre del profesional y el objeto de su presencia, por ejemplo:



*«Me llamo Sheila Jones y hoy seré su enfermera. He venido para acompañarle a dar un paseo» (técnica de comunicación verbal: informar sobre la realidad).*

Algunos objetos, como un calendario y un reloj, colocados en la habitación pueden ser útiles para que el paciente se oriente.

A menudo, emplear el contacto físico tranquiliza a los pacientes y mejora su contacto con la realidad. Sin embargo, hay que evaluar las posibles respuestas al contacto físico antes de suponer que la persona reaccionará positivamente. Un paciente que sonríe o se acerca al profesional cuando éste le toca muestra una respuesta positiva. En cambio, si está asustado puede percibir el contacto físico como amenazante en lugar de reconfortante, y reaccionar asustándose y retirándose.

Los pacientes con delirium pueden sufrir sobrecarga sensorial, es decir, estar sometidos a una situación en la que el cerebro recibe más estímulos de los que puede procesar. Para controlar esta tendencia a la sobrecarga y a la distracción, es conveniente reducir los estímulos (p. ej., el ruido proveniente de la televisión o de la radio). Se trata de una intervención sencilla que puede resultar muy útil. También es importante observar la reacción del paciente a las visitas. Demasiadas visitas o la presencia de más de una persona hablando a la vez puede contribuir a aumentar la confusión. El profesional debe explicar a los familiares y amigos del paciente que lo mejor es que entre en la habitación sólo una persona cada vez y que se hable al enfermo de forma tranquila y sosegada.

## EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA

### *Delirium*

Vigile atentamente las alteraciones crónicas de la salud.

Visite al médico con regularidad.

Informe a todos los médicos y profesionales de la salud acerca de los medicamentos que toma, incluyendo los que compra sin receta médica, complementos dietéticos y preparaciones de herboristería.

Hable con el médico antes de tomar cualquier medicamento sin receta.

Evite el alcohol y las drogas.

Mantenga una dieta equilibrada.

Duerma lo suficiente.

Tenga en cuenta las instrucciones de seguridad cuando trabaje con disolventes para pinturas, insecticidas y productos similares.

La habitación del paciente debe estar bien iluminada para evitar las percepciones e interpretaciones erróneas de los objetos del entorno. Si el paciente sufre ilusiones, alucinaciones o hace interpretaciones erróneas sobre el entorno, el profesional le corregirá con toda naturalidad. Es importante hacer saber al paciente que aceptamos y comprendemos su ansiedad y su miedo a las ilusiones o alucinaciones, pero en ningún momento fomentaremos las interpretaciones erróneas que tienen su origen en estas alteraciones sensoriales. Por ejemplo, el paciente oye un estrépito y pregunta al profesional «¿Qué ha sido esa explosión?». El profesional puede responder:



*«No, no ha habido ninguna explosión. El carrito de la comida ha chocado con una pared del pasillo. Esto es lo que ha pasado. ¿Ha sonado fuerte, verdad? Yo también me ha sobresaltado» (técnicas de comunicación verbal: informar sobre la realidad y aceptación de los sentimientos del paciente).*

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

## ***Delirium***

---

- **Promover la seguridad del paciente**

Enseñe al paciente a pedir ayuda para llevar a cabo algunas actividades (p. ej., bajar de la cama, ir al baño).

Supervise al paciente constantemente para garantizar su seguridad mientras realiza esas actividades.

Responda con prontitud a las llamadas del paciente.

- **Manejar la confusión del paciente**

Háblele con calma, con un tono de voz bajo y con voz clara; utilice frases sencillas.

Déle tiempo suficiente para que comprenda lo que se le dice y para que responda.

Permítale que tome decisiones en la medida en la que lo permita su estado.

Proporcione al paciente indicaciones verbales para orientarle.

Si es necesario, utilice el contacto físico.

- **Controlar el entorno para reducir la sobreestimulación sensorial**

Mantenga el nivel más bajo posible de ruido (televisión, radio, aparatos médicos).

Observe y evalúe la reacción del paciente a las visitas; explique a los familiares y amigos que lo mejor es que sólo venga a visitarlo una persona cada vez y que la visita se desarrolle en orden y con tranquilidad.

Haga saber al paciente que entiende sus miedos y ansiedades, pero corrija sus interpretaciones erróneas.

- **Promover un descanso y una nutrición adecuados**

Controle los patrones del sueño, la micción y la defecación.

Controle la ingesta de alimentos y de líquidos; proporcione estímulos o ayuda para que el paciente ingiera una cantidad suficiente de alimentos y líquidos.

Si el paciente no pide ayuda para ir al baño de forma espontánea, recuérdesele periódicamente.

Evite que el paciente duerma por el día para que pueda conciliar el sueño por la noche.

Motive, anime y ayude al paciente a realizar algún tipo de actividad física durante el día (salir de la cama, sentarse, pasear por la habitación y otras actividades que sean compatibles con el estado en el que se encuentra).

### ***Promover el sueño y una nutrición adecuada***

El profesional controlará los patrones del sueño y de la alimentación, así como la ingesta de líquidos. Algunos pacientes pueden necesitar estimulación o ayuda para comer adecuadamente y para tomar líquidos. Puede ser útil sentarse con el paciente durante las comidas y ofrecerle líquidos con frecuencia. Los familiares también pueden ayudar a mejorar la ingesta. Asimismo, si no pide ayuda para ir al baño, puede que sea necesario recordárselo cada cierto tiempo o estimular la eliminación.

Cuando el paciente sufre alteraciones del patrón del sueño, es importante promover el equilibrio entre el descanso y la actividad. Evitar o limitar la duración de las siestas diurnas puede ayudar a conciliar el sueño por la noche. También es importante que el paciente realice algún tipo de actividad física, como sentarse, caminar por la habitación o participar en actividades de entretenimiento si su estado lo permite.

### **Valoración**

Por lo general, el tratamiento eficaz de la causa o causas del delirium permite al paciente recuperar el funcionamiento normal. Sin embargo, es necesario que el paciente, la familia

y los cuidadores habituales conozcan las prácticas de atención a la salud que hay que seguir para evitar la recidiva (p. ej., prestar atención a las enfermedades crónicas, tener precaución al administrar los medicamentos y suprimir el consumo de alcohol y otras drogas).

## ATENCIÓN COMUNITARIA

Puede que el paciente no recobre todas sus funciones cognitivas ni se recupere totalmente del episodio, incluso si se identifica y se trata el desencadenante del delirium. En algunos casos, una vez resuelto el delirium, la evaluación médica descubre que el paciente padece demencia, y en estos casos es necesario tomar de inmediato las medidas adecuadas para el tratamiento y la atención al paciente (v. el apartado «Demencia» en este capítulo).

Cuando el delirium se ha resuelto y se ha descartado que el paciente sufra otra enfermedad médica o trastorno mental, y si sigue presentando alteraciones cognitivas, es el momento de que el profesional de la enfermería u otros profesionales sanitarios recomienden al paciente y a la familia recibir servicios de apoyo en casa para la realización de las tareas de la vida diaria y visitas de enfermería domiciliaria. También se le puede recomendar que participe en algún programa de rehabilitación. Diversos programas comunitarios proporcionan diferentes tipos de asistencia, como los centros de día o los centros residenciales. Los pacientes con déficits cognitivos después de un episodio de delirium pueden tener dificultades similares a las de los pacientes que han sufrido un traumatismo craneoencefálico o padecen demencia leve. Los grupos de ayuda pueden ser útiles para los pacientes, familiares y cuidadores que tienen que hacer frente a los cambios en la personalidad del paciente y a las secuelas en forma de déficits motores y cognitivos.

## DEMENCIA

La **demencia** es un trastorno mental que se caracteriza por numerosos déficits cognitivos, principalmente deterioro de la memoria, y al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas (APA, 2000):

- **Afasia:** es el deterioro de la función del lenguaje.
- **Apraxia:** lo que se ve afectado es la ejecución de las funciones motoras a pesar de que las capacidades motoras se mantienen intactas.
- **Agnosia:** incapacidad para reconocer o nombrar los objetos a pesar de que las capacidades sensoriales se mantienen intactas.
- **Alteraciones de la función ejecutiva:** incapacidad de utilizar el pensamiento abstracto y de planificar, iniciar, secuenciar, supervisar e inhibir las conductas complejas.

Los déficits cognitivos deben ser suficientemente graves para producir una alteración significativa del funcionamiento social o laboral del paciente, y deben representar un empeoramiento con respecto al nivel de funcionamiento anterior.

Es importante no confundir la demencia con el delirium. Cuando ambos diagnósticos coexisten, los signos y síntomas de la demencia persisten, incluso después de que el

delirium se haya resuelto. En la [tabla 21-1](#) se compara el delirium con la demencia.

La alteración de la memoria es un signo precoz indicativo de demencia. Al paciente le cuesta trabajo incorporar nueva información y se olvida de lo que ya había aprendido. En un primer momento, se deteriora la memoria reciente (p. ej., el paciente olvida dónde ha dejado algún objeto o que tiene la comida en el fuego). En etapas más avanzadas, la demencia afecta también a la memoria remota, y el paciente puede olvidar el nombre de sus hijos, la profesión a la que ha dedicado toda su vida o, incluso, su propio nombre.

La afasia suele empezar con la incapacidad para nombrar objetos o personas con las que el paciente está familiarizado, y acaba afectando al lenguaje, que se vuelve vago y vacío. El empobrecimiento del lenguaje obliga al paciente a hacer un uso excesivo de términos como *eso* o *cosa*. También puede aparecer **ecolalia** (repetir lo que ha dicho otra persona) o **palilalia** (repetir las mismas palabras o frases una y otra vez) ([APA, 2000](#)). La apraxia puede hacer que el paciente no sea capaz de realizar tareas que antes realizaba sin ninguna dificultad, y puede afectar a la higiene personal ( ducharse, afeitarse) o a actividades tan básicas como vestirse o cocinar. La agnosia resulta muy frustrante para el paciente; por ejemplo, mirar una mesa y una silla y ser incapaz de nombrar estos objetos. Por su parte, las alteraciones de las funciones ejecutivas hacen que el paciente pierda la capacidad de incorporar nueva información, de solucionar problemas, de tomar decisiones y de realizar las actividades de la vida diaria, como planificar las comidas o administrar el dinero.

Los pacientes con demencia pueden subestimar los riesgos asociados con algunas actividades o sobreestimar su capacidad para funcionar en determinadas situaciones. Por ejemplo, cuando conducen pueden invadir el carril de otros conductores, rozar los vehículos aparcados al lado de la acera o no darse cuenta de que tienen que reducir la velocidad cuando está indicado hacerlo.

### Inicio y curso clínico

Cuando la causa de la demencia no es tratable, el curso suele ser crónico y progresivo. Por lo general, pasa por las siguientes etapas:

- *Leve*: el signo de inicio es, en la mayoría de los casos, los olvidos. Estos olvidos son más graves que los olvidos ocasionales que se producen durante el proceso normal de envejecimiento. Al paciente le cuesta encontrar la palabra que quiere decir, a menudo pierde objetos y comienza a padecer ansiedad, fundamentalmente debido a estas pérdidas. Las actividades profesionales y sociales empiezan a resultarle menos gratificantes, por lo que no es infrecuente que el paciente haga todo lo posible para evitar determinadas tareas, personas y situaciones. La mayoría de los pacientes pueden seguir viviendo en casa durante esta etapa.
- *Moderada*: el estado de confusión es evidente, y se acompaña de una pérdida progresiva de memoria. El paciente no es capaz de realizar tareas complejas, pero conserva la orientación espacial y con respecto a las personas, por lo que sigue reconociendo a los familiares y amigos. Hacia el final de esta etapa, ya no es capaz de vivir en casa de forma independiente y necesita asistencia constante debido a la

desorientación temporal y al olvido de algunos datos fundamentales para manejarse en el día a día, como la dirección y el número de teléfono. No obstante, algunos pacientes pueden seguir viviendo en casa, siempre y cuando se les proporcione ayuda domiciliaria, pero en esta etapa muchos otros viven ya en entornos asistenciales en los que reciben atención permanente.

- *Grave*: aparecen cambios emocionales y de la personalidad. El paciente puede tener ideas delirantes, generalmente de tipo paranoide (ideas de persecución, perjuicio y referencia) y alucinaciones. No es infrecuente encontrarlo vagando solo por la noche. Olvida el nombre de su pareja e hijos, y requiere ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Durante esta etapa, la mayoría de los pacientes viven en entornos asistenciales con supervisión permanente, a no ser que dispongan de atención domiciliaria continua.

## **Etiología**

Aunque existen muchas causas, el cuadro clínico de la demencia es muy similar en la mayoría de los casos. En algunos tipos de demencia, no es posible hacer un diagnóstico concluyente hasta que el paciente muere y se realiza la autopsia.

La actividad metabólica disminuye en el cerebro de los pacientes con demencia, pero no se sabe si esta disminución de la actividad metabólica es la causa de la demencia o, por el contrario, es la demencia la que produce esta disminución. En algunas demencias (p. ej., en la enfermedad de Huntington) se ha identificado un componente genético. Se sabe que una anomalía del gen *APOE* está asociada con la enfermedad de Alzheimer. Algunas demencias se deben a infecciones, como la asociada con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. A continuación se enumeran los tipos más comunes de demencia y la causa, conocida o posible, de cada una de ellas (APA, 2000; Neugroschl et al., 2005):





Déficits cognitivos que se observan en la demencia.

**Tabla 21-1. Diferencias entre el delirium y la demencia**

Indicador	Delirium	Demencia
Inicio	Rápido	Gradual e insidioso
Duración	Breve (de horas a días)	Deterioro progresivo
Nivel de consciencia	Alterado, fluctuante	No está afectado
Memoria	Alteración de la memoria a corto plazo	Se ve afectada primero la memoria a corto plazo, luego la memoria a largo plazo, y finalmente se produce un deterioro mnésico generalizado
Habla/lenguaje	El habla puede ser farfullante o apresurada, el lenguaje es incoherente, irrelevante, tangencial o inconexo	El habla y el lenguaje son normales durante las primeras etapas; después, la afasia se va agravando progresivamente
Proceso del pensamiento	Desorganizado mientras dura el delirium	Deterioro progresivo del pensamiento; en las etapas finales el paciente no es capaz de pensar
Alteraciones de la percepción	Alucinaciones visuales o táctiles, ilusiones	En muchos casos, no se observan alteraciones de la percepción, pero puede haber ideas delirantes de referencia, perjuicio o persecución, ilusiones y alucinaciones
Alteraciones del estado de ánimo y otros síntomas psicopatológicos	Ansiedad y miedo provocados por las alucinaciones; irritabilidad, tendencia al llanto	Depresión y ansiedad en las primeras etapas; agitación y estallidos de rabia o agresividad en las últimas etapas

Adaptado de la American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.ª ed., texto revisado). Washington, DC: APA; Ribby KJ y Cox KR (1996). Development, implementation, and evaluation of a confusion protocol. *Clinical Nurse Specialist*, 10(5), 241-247.



## CASO CLÍNICO: DELÍRIUM

Jack Smith, de 74 años, y su esposa Marion, de 69, viven en su propia casa, y hasta ahora se han apañado bastante bien. Tienen dos hijos que viven en otra ciudad. Vienen a visitar a sus padres cada 2 meses, durante las vacaciones de verano y para los cumpleaños. Hace poco, Jack sufrió un accidente cerebrovascular, y ahora se encuentra ingresado en un centro de rehabilitación con el objetivo de que aprenda a andar y a hablar de nuevo. Marion quiere quedarse en casa hasta que le den el alta a su marido. Cuando sus hijos la llaman por teléfono, suele ponerse a llorar, y da la sensación de que está confusa y asustada. Cuando los hijos van a visitarla, la encuentran muy cansada y con el vestido sucio y arrugado. Parece haber perdido peso, y no se acuerda de lo que ha desayunado ni de lo que cenó la noche anterior.

La hija dice que le había llamado la atención de que su padre, antes de sufrir el accidente cerebrovascular, se había hecho cargo de algunas de las tareas domésticas que antes siempre hacía su madre, como hacer la lista de la compra y planificar y preparar las comidas. La hija recuerda también que a Marion se la veía olvidadiza y hacía las mismas preguntas una y otra vez. Además, solía contar siempre las mismas historias cuando la hija venía a visitarla.

Unas semanas después de que Jack ingresase en el centro de rehabilitación y de que Marion se quedase sola en la casa, los vecinos la encuentran vagando por el vecindario, perdida y confusa. Un vecino llamó por teléfono a sus hijos, y es en ese momento cuando comprenden que Marion no puede seguir viviendo sola porque no está en condiciones de cuidar de sí misma. No saben cuánto tiempo estará su padre en el centro de rehabilitación ni qué secuelas le quedarán cuando vuelva a casa.

La hija decide que Marion, y más adelante Jack, se trasladen a vivir con ella. Así se hace, pero incluso una vez instalada en la casa de su hija, Marion sigue estando confusa, y muchas veces no sabe dónde se encuentra. Pregunta constantemente dónde está su marido y ha olvidado el nombre de sus nietos. A veces está agitada, y acusa a la hija, al marido de ésta o a los nietos de haberle robado el bolso u otras pertenencias, pero, finalmente siempre encuentra estos objetos en el lugar en el que los había dejado. A veces, cuando necesita ir al baño se olvida de hacerlo, y se ensucia la ropa. Olvida cepillarse el pelo, limpiarse los dientes y bañarse, y, cuando se le dice que debe ocuparse de su higiene personal, necesita

ayuda para realizar estas tareas. Cuando vuelve del trabajo, la hija suele encontrarse intacta en la nevera la comida que ha dejado preparada para su madre por la mañana. Marion pasa la mayor parte del tiempo preparando el equipaje para volver a casa y «ver a Jack».

- La **enfermedad de Alzheimer** consiste en una alteración crónica y progresiva del encéfalo de inicio gradual que causa un deterioro progresivo en el funcionamiento del paciente. Afecta a la memoria, al habla, al lenguaje y a otras funciones cognitivas, incluidas las funciones ejecutivas, y, además, provoca alteraciones psicopatológicas importantes (alteraciones de la personalidad, ansiedad, agresividad, depresión, alucinaciones e ideas delirantes de tipo paranoide, con ideas de perjuicio, persecución o referencia). El paciente descuida la higiene personal y no es capaz de cuidar de sí mismo ni de realizar las tareas de la vida diaria sin ayuda. Cursa con atrofia neuronal, depósitos en forma de placas seniles y engrosamiento del tercer y cuarto ventrículo cerebral. El riesgo de sufrir la enfermedad de Alzheimer aumenta con la edad, y, por término medio, el período que transcurre entre el inicio de los síntomas y el fallecimiento del paciente es de 8 a 10 años. La demencia de tipo Alzheimer, especialmente la de inicio tardío (después de los 65 años), puede tener un componente genético. Los estudios realizados muestran una relación de la enfermedad con los cromosomas 21, 14 y 19 (APA, 2000).

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR:

### Signos y síntomas de la demencia

- Pérdida de memoria (etapas iniciales: pérdida de la memoria reciente; p. ej., olvidar que la comida está en el fuego; en las etapas más avanzadas: pérdida de la memoria remota; por ejemplo, olvidar el nombre de los hijos o la profesión).
- Deterioro del lenguaje (p. ej., olvidar los nombres de objetos con los que el paciente está familiarizado como una silla o una mesa; palilalia [repetir lo que uno mismo ha dicho] y ecolalia [repetir lo que ha dicho otra persona]).
- Pérdida de la capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, supervisar e inhibir comportamientos complejos (pérdida de las funciones ejecutivas): el paciente pierde la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria y de cuidar de sí mismo.

Adaptado del *DSM-IV-TR*, 2000.

- La **demencia vascular** cursa con signos y síntomas muy similares a los de la enfermedad de Alzheimer, pero su inicio no es insidioso. El cuadro clínico se instaura con rapidez y afecta gravemente al funcionamiento del paciente. Después del inicio súbito de la sintomatología, se observa una fase de meseta (fase de estabilización), que se sigue de una reagudización y después de una nueva estabilización, y así sucesivamente. Las imágenes de tomografía computarizada (TC) y de resonancia magnética (RM) suelen mostrar múltiples lesiones vasculares de la corteza cerebral y de las estructuras subcorticales secundarias a una irrigación sanguínea cerebral

insuficiente.

- La **enfermedad de Pick** es una enfermedad neurodegenerativa que afecta a los lóbulos temporal y frontal. El cuadro clínico es similar al de la enfermedad de Alzheimer. Los signos precoces son las alteraciones de la personalidad, la pérdida de las habilidades sociales y de las inhibiciones, el entumecimiento emocional y las alteraciones del lenguaje. Suele iniciarse entre los 50 y 60 años de edad y el fallecimiento se produce a los 2-5 años del inicio.
- La **enfermedad de Creutzfeldt-Jakob** es una alteración neurodegenerativa del encéfalo que se observa en personas con edades comprendidas entre 40 y 60 años. Cursa con alteraciones de la visión, pérdida de la coordinación, movimientos anormales y demencia de progresión rápida (en unos meses). La causa de esta encefalopatía es una partícula infecciosa resistente al calor, a algunos desinfectantes (p. ej., el formol y el alcohol) y a la radiación ultravioleta. La partícula se neutraliza con hipoclorito de sodio (lejía) o con tratamiento en autoclave (vapor de agua a alta presión).
- Uno de los síntomas de la infección por VIH pueden ser la demencia y otros síntomas neurológicos. Se cree que puede ser el resultado de la invasión del sistema nervioso por el VIH o de la acción de algunas enfermedades relacionadas con el síndrome de la inmunodeficiencia humana (sida), como la toxoplasmosis o la infección por el citomegalovirus. La demencia asociada con la infección por el VIH puede dar lugar a una gran variedad de síntomas, como deterioro sensorial leve, déficits cognitivos y mnésicos importantes y disfunción muscular grave.
- La **enfermedad de Parkinson** es una afección neurológica de progreso lento que se manifiesta con temblor, rigidez, retraso psicomotor e inestabilidad postural. Se debe a la pérdida de neuronas en los ganglios basales. Se observa demencia en un 20 % al 60 % de los pacientes con enfermedad de Parkinson. Este tipo de demencia se caracteriza por lentificación cognitiva y motora y deterioro de la memoria y de las funciones ejecutivas.
- La **enfermedad de Huntington** es una enfermedad autosómica dominante, cuyas características principales son la atrofia cerebral, la desmielinización y el aumento del tamaño de los ventrículos cerebrales. Al principio, se observan movimientos coreicos constantes durante el día (gestualidad facial, movimientos espasmódicos, torsiones y movimientos de la lengua, etc.). Se producen alteraciones en la personalidad del paciente, y, luego, pérdida de memoria, afectación generalizada del funcionamiento intelectual y otros signos indicativos de demencia. La enfermedad se diagnostica entre los 30 y 40 años de edad, y el fallecimiento se produce entre 10 y 20 años después del inicio.

La demencia puede aparecer como consecuencia etiopatogénica directa de un traumatismo craneoencefálico. El grado y tipo del deterioro cognitivo y de las alteraciones conductuales dependen de la localización y extensión de la lesión cerebral. Cuando se produce una única lesión, la demencia no suele ser progresiva sino estable. En cambio, los traumatismos craneoencefálicos repetidos, como los que sufren los

boxeadores, pueden provocar demencia progresiva.

Se calcula que en Estados Unidos, 5 millones de personas sufren demencia de diferentes causas de naturaleza leve, moderada o grave, y se calcula que la tasa de incidencia en todo el mundo es de 4,6 millones de nuevos casos cada año (Smith, 2008). La prevalencia va creciendo con la edad: se calcula que la prevalencia de la demencia de moderada a grave en las personas mayores de 65 años es de aproximadamente un 5 %, y de un 20 % al 40 % en la población de más de 85 años. Se prevé que en 2050 habrá 18 millones de estadounidenses con demencia (Neugroschl et al., 2005) y 114 millones en el mundo (Smith, 2008). La demencia asociada con la enfermedad de Alzheimer es la más frecuente en Norteamérica (60 % de los casos) y en Europa, mientras que la demencia vascular es más prevalente en Rusia y Japón. La enfermedad de Alzheimer es más frecuente en las mujeres, mientras que la demencia vascular se observa con más frecuencia en los hombres.

### Aspectos culturales

Los pacientes de culturas distintas a la mayoritaria pueden encontrar difícil o imposible responder a las preguntas que figuran en muchos de los instrumentos psicométricos que se utilizan para la evaluación de la demencia (p. ej., ¿puede usted decirme el nombre de los últimos cuatro presidentes de Estados Unidos?). Para evitar extraer conclusiones erróneas, el profesional de la enfermería debe tener en cuenta el nivel educativo y el origen cultural del paciente.

Asimismo, el profesional debe conocer y tener en cuenta la forma en la que las distintas culturas consideran a los ancianos. En muchos países orientales y en las culturas nativas de Estados Unidos (aborígenes de Norteamérica) a los ancianos se les atribuye en la familia una posición de autoridad, respeto, poder y capacidad de decisión, y esta consideración no cambia cuando el anciano presenta confusión o pérdida de memoria. Los otros miembros de la familia pueden ser reticentes a tomar decisiones o hacer planes para un anciano con demencia por miedo a actuar de forma irrespetuosa. En estos casos, el profesional debe trabajar con la familia para consensuar los objetivos y el plan de tratamiento de forma que no sientan que están traicionando al miembro más respetado de la familia.

### Tratamiento y pronóstico

Siempre que sea posible, se identificará la causa de la demencia con el fin de iniciar el tratamiento. Por ejemplo, el progreso de demencia vascular, el segundo tipo de demencia más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer, puede detenerse si se consigue instaurar un tratamiento eficaz de la afectación vascular de base (p. ej., cambios dietéticos, ejercicio físico, control de la hipertensión arterial o de la diabetes). En algunos pacientes, la mejora de la irrigación sanguínea cerebral puede detener el progreso de la demencia vascular (Neugroschl et al., 2005).

Como ya hemos dicho, el pronóstico de las demencias progresivas es muy variable, pero en todos los casos cabe esperar un deterioro progresivo de las capacidades físicas y



mentales del paciente hasta el momento del fallecimiento. Por lo general, en la última etapa de la demencia las funciones cognitivas y motoras se han reducido al mínimo, el paciente depende por completo de las personas que lo cuidan y no es consciente del entorno ni de las personas que lo rodean. Generalmente, no puede comunicarse e intenta hacerlo emitiendo sonidos ininteligibles.

Actualmente, no existe ningún tratamiento para las demencias neurodegenerativas que sea capaz de retrasar o revertir los principales procesos fisiopatológicos. Los niveles de algunos neurotransmisores, como la acetilcolina, la dopamina, la noradrenalina y la serotonina, disminuyen en la demencia. Esto ha llevado a los investigadores a estudiar la posibilidad de proceder al tratamiento de reposición de estos neurotransmisores mediante precursores de la acetilcolina, agonistas colinérgicos e inhibidores de la colinesterasa. Algunos inhibidores de la colinesterasa, como el donepezilo, la rivastigmina y la galantamina han tenido cierto efecto terapéutico, aunque muy limitado, y se ha conseguido en algunos casos retrasar durante algún tiempo el progreso de la demencia (tabla 21-2), sin afectar al curso general de la enfermedad. La tacrina es también un inhibidor de la colinesterasa, pero provoca un aumento de las enzimas hepáticas en el 50 % de los pacientes, razón por la cual es necesario realizar pruebas de función hepática cada 1 o 2 semanas, por lo que no suele prescribirse a los pacientes con demencia. La memantina es un antagonista del receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) que puede retrasar la progresión de la enfermedad de Alzheimer en las fases moderada y grave (Facts and Comparisons, 2009).

Muchas de las conductas inadecuadas de los pacientes con demencia pueden controlarse tratando los síntomas. Debe recordarse que en las personas mayores las dosis de los psicofármacos son sólo la mitad o dos terceras partes de las que se prescriben habitualmente. Los antidepresivos son eficaces para tratar los síntomas depresivos importantes; sin embargo, pueden provocar delirium. Suelen preferirse los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) porque provocan menos efectos secundarios. Los neurolépticos como el haloperidol, la olanzapina, la risperidona y la quetiapina, pueden utilizarse para controlar los síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones o ideas delirantes de tipo paranoide), además de algunas conductas problemáticas, como la agitación y la agresividad. Hay que sopesar los beneficios y riesgos de la administración de neurolépticos. Se sabe que estos psicofármacos provocan un aumento de la tasa de mortalidad, especialmente debido a las complicaciones cardiovasculares. Por esta razón, la Food and Drug Administration (FDA) no ha autorizado el uso de neurolépticos para el tratamiento de la demencia, y obliga a los fabricantes de estos medicamentos a incluir en el prospecto una advertencia sobre los posibles efectos negativos (cuadro 21-3). El litio, la carbamazepina y el ácido valproico contribuyen a estabilizar la labilidad emocional y del estado de ánimo y a controlar los episodios de agresividad. Las benzodiazepinas deben utilizarse con precaución porque pueden provocar delirium y deteriorar aún más las capacidades cognitivas del paciente (Neugroschl et al., 2005). Para una explicación detallada sobre todos estos fármacos, véase el capítulo 2.



### Cuadro 21-3. Precaución

Los neurolépticos convencionales y atípicos, cuando se utilizan para el tratamiento de los síntomas psicóticos relacionados con la demencia, provocan un aumento de la tasa de mortalidad en los pacientes ancianos.

### APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: DEMENCIA

Este apartado trata de la atención a los pacientes con demencia progresiva, que es el tipo más frecuente de demencia. No obstante, el profesional de la enfermería puede usar las mismas indicaciones para la atención a los pacientes con demencia no progresiva.

#### Valoración

El proceso de valoración puede resultarle confuso y complejo al paciente con demencia, hasta el punto de que tal vez no entienda ni recuerde el objetivo de la entrevista. Por esta razón, el profesional proporcionará explicaciones sencillas tantas veces como sea necesario (p. ej., «le hago estas preguntas para que los médicos que le atienden puedan saber cuál es su estado de salud»). La confusión y el cansancio del paciente se pueden mitigar haciendo pausas durante la entrevista de evaluación. Asimismo, es conveniente formular las preguntas de una en una y dar al paciente tiempo suficiente para responder.

El examen del estado mental puede proporcionar información sobre las capacidades cognitivas del paciente (memoria, atención, concentración y procesamiento de la información abstracta). Por lo general, se le pide que interprete el significado de un refrán, que reste mentalmente algunas cifras, que recuerde nombres de objetos, que enuncie una frase completa y haga un dibujo copiando dos pentágonos en intersección. Estas pruebas sencillas no pueden sustituir a la valoración exhaustiva, pero proporcionan información, aunque superficial, sobre las capacidades cognitivas del paciente. Debe tener en cuenta que los pacientes que padecen una psicosis o una depresión grave también pueden ser incapaces de realizar algunas de estas tareas correctamente.

#### Antecedentes

Dado que el paciente sufre un deterioro de la memoria reciente, es de esperar que no pueda proporcionar datos precisos y exhaustivos sobre el inicio de los síntomas, por lo que probablemente será necesario entrevistar a la familia, a los amigos o a los cuidadores para obtener estos datos.

**Tabla 21-2. Fármacos que se utilizan en el tratamiento de la demencia**

Nombre	Dosis y vía de administración	Observaciones para el personal de enfermería
Donepezilo	5-10 mg/día por vía oral	Atención a la aparición de náuseas, diarrea e insomnio. Realizar pruebas de sangre oculta en heces periódicamente para detectar una posible hemorragia digestiva
Galantamina	16-32 mg/día por vía oral administrados en dos dosis	Atención a la aparición de náuseas, vómitos, anorexia, mareos y síncope
Memantina	10-20 mg/día administrados en dos dosis	Atención a la aparición de hipertensión arterial, dolor, cefalea, vómitos, estreñimiento y cansancio
Rivastigmina	3-12 mg/día por vía oral administrados en dos dosis	Atención a la aparición de náuseas, vómitos, dolor abdominal y anorexia

Adaptado de Facts and Comparisons (2009). *Drug facts and comparisons* (63.ª ed.). St. Louis: Wolters Kluwer.

### *Aspecto general y comportamiento motor*

La demencia produce un deterioro progresivo de la capacidad del paciente para mantener una conversación coherente. El enfermo puede presentar afasia, es decir, incapacidad de nombrar objetos o personas conocidos. Además, en muchos casos, la conversación se vuelve repetitiva porque el paciente insiste una y otra vez en la misma idea. Por otro lado, el habla puede ser farfullante y, por tanto, difícil de entender. En la última etapa de la demencia, el enfermo pierde totalmente la capacidad de hablar.

La pérdida de la habilidad para realizar tareas habituales que antes el paciente podía llevar a cabo sin dificultad (apraxia) es el signo indicativo de deterioro del comportamiento motor que aparece en primer lugar. Por ejemplo, el paciente no puede vestirse o peinarse, aunque conserva intactas el resto de las capacidades motoras. Tampoco es capaz de imitar una tarea cuando se le muestra cómo debe realizarla. En la etapa grave de la demencia, puede aparecer una alteración de la deambulación de suficiente importancia como para poner en riesgo al paciente si no utiliza alguna ayuda para caminar. En algunos casos, esta alteración de la deambulación puede hacer que el enfermo sea incapaz de andar.

A veces, los pacientes que padecen demencia presentan conductas inapropiadas, como gastar bromas inoportunas, descuidar la higiene personal, mostrar excesiva familiaridad con los extraños o pasar por alto las normas que indican qué comportamientos son aceptables desde el punto de vista social. Por ejemplo, pueden utilizar palabras malsonantes o realizar comentarios despectivos sobre otras personas, lo cual llama poderosamente la atención de los familiares y de los amigos porque el paciente nunca antes se había comportado de esta forma.

### *Estado de ánimo y afectos*

Al principio del proceso, los pacientes con demencia sufren ansiedad y temor debido a la pérdida incipiente de memoria y, en general, de las funciones cognitivas, aunque puede que no le digan a nadie cómo se sienten. El estado de ánimo se vuelve lábil, y conforme la demencia avanza, puede presentar fluctuaciones bruscas sin razón aparente. Las crisis emocionales son frecuentes, pero se resuelven con rapidez. El paciente también puede

mostrar enfado, irritabilidad y hostilidad, a veces dirigida hacia otras personas. Con el tiempo, puede presentar reacciones emocionales catastróficas en respuesta a algún cambio que se ha producido en el entorno. Esto se debe a que el enfermo no comprende el cambio que ha tenido lugar o no es capaz de responder al mismo de forma adaptativa. Estas reacciones pueden incluir agresiones físicas o verbales, deambulación nocturna si propósito aparente, agitación y otras conductas indicativas de pérdida del autocontrol.

En algunos casos, el paciente se retrae en sí mismo y se retira de un mundo que ya no entiende. En tales casos, aparece letargo y apatía, y el enfermo no presta atención al entorno físico ni a las personas que le rodean. Como consecuencia, aparece aturdimiento emocional y afectivo e indiferencia hacia todos y todo.

### *Proceso y contenido del pensamiento*

En la primera etapa de la demencia, se deteriora la capacidad de pensamiento abstracto, lo que, a su vez, da lugar a la pérdida de las funciones ejecutivas (planificación, secuenciación, supervisión, inicio e inhibición de las conductas complejas) (APA, 2000). El enfermo pierde la capacidad de solucionar problemas, de tomar decisiones y de tomar medidas para hacer frente a nuevas situaciones porque no es capaz de pensar sobre lo que debe hacer. La capacidad de generalizar lo aprendido desde una situación a otra se pierde también debido a que el paciente no es capaz de reconocer las diferencias y semejanzas que existen entre dos situaciones distintas. Estas alteraciones cognitivas impiden a los pacientes que se mantienen profesionalmente activos continuar trabajando. Asimismo, pierde capacidades, como planificar las actividades, gestionar el dinero o pensar qué va a comprar en el supermercado para las comidas de la semana.

A medida que la demencia avanza, es frecuente que aparezcan ideas delirantes de persecución. El paciente puede acusar a otras personas de hurtarle dinero u otras pertenencias personales que en realidad ha perdido o no sabe dónde ha guardado. También puede creer que se le engaña o que alguien le espía, le vigila o le persigue.

### *Nivel de consciencia y procesos cognitivos*

El paciente pierde la función intelectual en general, y, al final, todas las capacidades que permiten a los seres humanos relacionarse con el entorno y consigo mismo. Los déficits mnésicos son la manifestación clínica más precoz y esencial de la demencia. Primero se alteran la memoria reciente e inmediata, y a continuación, el paciente pierde la capacidad para reconocer a sus familiares más próximos, incluso a sí mismo. En las etapas leve y moderada, el paciente puede inventarse historias con el fin de rellenar las lagunas mnésicas (**confabulación**). La agnosia es otra característica distintiva de la demencia. La agnosia espacial consiste en la pérdida de la capacidad de reconocer las relaciones espaciales visuales, lo que hace que el paciente no pueda escribir ni dibujar objetos sencillos.

La capacidad de concentración y de atención se va deteriorando progresivamente, hasta que estas habilidades se pierden por completo. Los enfermos que padecen demencia están permanentemente confusos sobre el entorno físico y las personas y, finalmente, sobre ellos mismos. Durante la etapa leve, se observa desorientación

temporal; en la etapa moderada, desorientación temporoespacial; y en la etapa grave, desorientación con respecto a las personas y a sí mismos.

Las alucinaciones son una manifestación clínica frecuente. Suelen ser visuales y muy desagradables para el paciente. En la mayoría de los casos, el enfermo cree que la alucinación es real.

### *Sentido de la realidad y capacidad de introspección*

A resultas del deterioro cognitivo, se produce una alteración muy acusada del sentido de la realidad. Por lo general, el paciente con demencia menosprecia los riesgos y peligros, y no es capaz de evaluar de forma realista sus propias capacidades. Como consecuencia, se encuentra siempre en riesgo de sufrir algún percance o lesión. Por ejemplo, puede salir de casa y andar vagando sin rumbo fijo en una noche de invierno llevando como única prenda de vestir el pijama, sin que sea consciente del riesgo que conlleva actuar de esta manera.

La capacidad de introspección es limitada. Al principio, puede que el paciente sea consciente de sus problemas de memoria, lo cual puede llevarle a pensar que «está perdiendo la cabeza». Estas preocupaciones desaparecen pronto, y el paciente deja de tener consciencia de las deficiencias que han ido apareciendo. Así, puede acusar a su mujer de haberle hurtado pertenencias que en realidad ha perdido o se ha olvidado de dónde las ha puesto.

### *Concepto de sí mismo*

Al principio, puede que el paciente se sienta frustrado y enfado consigo mismo por perder objetos o por sufrir olvidos importantes. Otras veces se siente triste porque ve que su cuerpo envejece y que va perdiendo capacidad y funciones. Sin embargo, pronto comienza el proceso de pérdida del yo (de sí mismo). La consciencia de sí mismo va deteriorándose gradualmente, hasta que un día el paciente se mira en un espejo y es incapaz de reconocerse.

### *Roles y relaciones interpersonales*

La demencia afecta gravemente al desempeño de los roles y a las relaciones interpersonales. Si el paciente aún trabaja, el rendimiento laboral se ve afectado, incluso en la etapa leve de la enfermedad. Más adelante, los déficits mnésicos y cognitivos le impiden seguir trabajando. Los roles de cónyuge, pareja o padre se van deteriorando a medida que el paciente va perdiendo la capacidad de realizar las tareas asociadas a los roles y de reconocer a las personas más cercanas. Al final, el enfermo no es capaz ni siquiera de satisfacer las necesidades más básicas por sí mismo.

Los pacientes que padecen demencia tienen dificultades para mantener una conversación coherente en los acontecimientos sociales, lo que limita considerablemente la posibilidad de establecer y mantener las relaciones interpersonales. Pronto acaban encerrados en casa porque no se atreven a salir sin alguien que les ayude. Los familiares más cercanos empiezan a asumir el rol de cuidador, lo que puede cambiar el sistema de roles y de relaciones interpersonales que existía hasta ese momento. Se produce una inversión de los roles porque los hijos adultos pasan a cuidar al padre o a la madre. El

cónyuge o la pareja pueden tener la sensación de que ha cambiado la relación que hasta ese momento mantenían con el paciente, porque ahora ha pasado a ser simplemente el cuidador del compañero enfermo.



**Deterioro del sentido de la realidad.**

### *Problemas fisiológicos y autocuidado*

Una manifestación clínica habitual de la demencia es la alteración de los patrones del sueño-vigilia: el paciente duerme durante el día en períodos breves y pasa la noche despierto. Algunos pacientes pasan por alto los estímulos que indican hambre y sed, pero otros no tienen ningún problema importante con la alimentación y la ingesta de líquidos hasta que la demencia alcanza una fase avanzada. Pueden sufrir incontinencia vesical y fecal, y les puede resultar difícil limpiarse después de defecar. Muchas veces, descuidan



la higiene personal, el acicalamiento y la ropa. En algún momento del curso clínico de la demencia, lo más probable es que el paciente necesite que una persona se ocupe a tiempo total de sus necesidades fisiológicas básicas.

### **Análisis de los datos**

Hay un gran número de diagnósticos de enfermería que pueden ser apropiados en estos pacientes debido a que los efectos de la demencia son muy profundos y afectan prácticamente a todos los aspectos de la vida del enfermo. Algunos de los diagnósticos de enfermería que se aplican con más frecuencia a la demencia son los siguientes:

- Riesgo de lesión.
- Alteración de los patrones del sueño.
- Riesgo de deshidratación y de hipovolemia.
- Riesgo de desequilibrio nutricional porque el paciente no satisface los requerimientos nutricionales mínimos.
- Confusión crónica.
- Síndrome de interpretación alterada del entorno.
- Deterioro de la memoria.
- Deterioro de la interacción social.
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Desempeño ineficaz del rol.

Además, los diagnósticos de enfermería «alteración del proceso del pensamiento» y «alteración de la percepción sensorial» son pertinentes cuando el paciente presenta síntomas psicóticos. Los diferentes diagnósticos de enfermería relacionados con las funciones fisiológicas también pueden estar indicados en función de los resultados de la evaluación (p. ej., «alteraciones de la nutrición», «alteraciones de la hidratación», «alteraciones de la eliminación» y «alteraciones de la movilidad y de la tolerancia a la actividad»).

### **Resultados esperables**

El objetivo del tratamiento en el caso de los pacientes que padecen demencia progresiva no es recobrar ni mantener las habilidades necesarias para un funcionamiento adecuado en la vida diaria. El profesional debe reevaluar el estado general de salud del paciente y revisar los resultados del tratamiento periódicamente según vaya progresando la demencia. La atención de enfermería se centra en los déficits que presenta el paciente y en las complicaciones médicas de la demencia. En la bibliografía actual se propone centrarse en los aspectos psicosociales con el fin de promover las habilidades y puntos fuertes del paciente durante todo el tiempo que sea posible. Esto incluye la aceptación de los sentimientos del enfermo, la promoción de las interacciones con el entorno y la intervención en las alteraciones conductuales (McCabe, 2008; Oulred y Bryant, 2008; Yuhas et al., 2006). Los resultados que cabe esperar después del tratamiento pueden ser los siguientes:



**Diagnóstico de enfermería**

**Confusión aguda:** inicio brusco de una serie de alteraciones generales de carácter transitorio y de alteraciones del nivel de consciencia, de las funciones cognitivas, de la actividad psicomotora y/o del ciclo sueño-vigilia.

**DATOS DE LA VALORACIÓN**

- Falta del sentido de la realidad.
- Alteración cognitiva.
- Alteraciones de la memoria.
- Ausencia o limitación de la capacidad de introspección.
- Pérdida del autocontrol.
- Incapacidad para percibir el peligro.
- Ilusiones.
- Alucinaciones.
- Cambios de humor.

**RESULTADOS ESPERABLES****Inmediatos**

El paciente

- Mantendrá relaciones de confianza con el personal que le atiende y con sus cuidadores habituales.
- No sufrirá ninguna lesión.
- Mostrará que ha mejorado su contacto con la realidad.
- Cooperará en el tratamiento.

**Estabilización**

El paciente

- Establecerá y pondrá en práctica una serie de hábitos en la vida diaria.
- Demostrará que el nivel de confusión ha mejorado y que tiene menos ilusiones o alucinaciones.
- El malestar psicológico provocado por la confusión será mínimo.
- Confirmará con el personal sanitario o con sus cuidadores habituales que sus percepciones e interpretaciones son correctas antes de reaccionar a tales percepciones.

**En la comunidad**

El paciente

- Recuperará el funcionamiento que tenía antes del delirium.
- Manejará con eficacia los problemas de salud.
- Solicitará tratamiento médico si es necesario.

**PUESTA EN PRÁCTICA****Intervenciones de enfermería**

- No permita que el paciente se haga cargo de determinadas decisiones o responsabilidades si no se encuentra en condiciones de hacerlo.
- Si es necesario, restrinja las acciones del paciente y explíquelo con claridad cuáles son los límites y por qué se establecen, teniendo siempre en cuenta su capacidad de comprensión.
- Promueva que el paciente tome decisiones o haga planes, pero solo hasta donde lo permita su estado.
- Valore el nivel de funcionamiento del paciente una vez al día o con más frecuencia si es necesario.
- Permita que el paciente tome decisiones si es capaz de hacerlo.
- Ayude al paciente a establecer una serie de hábitos diarios, como la higiene personal, las actividades de tiempo libre, etc.
- Responda a las interpretaciones erróneas, ilusiones y alucinaciones y delirios del paciente ofreciéndole información sobre cuestiones de hecho (p. ej., «Esto es una silla»), y hágale saber que las demás personas interpretan la realidad de forma distinta (p. ej., «yo no veo a nadie más en esta habitación, sólo estamos usted y yo»).
- Informe y eduque al paciente sobre las causas de la confusión y el delirium.

**Justificación**

- La seguridad del paciente es una prioridad. Debe tenerse en cuenta que en algunos casos el enfermo no es capaz tan siquiera de percibir las acciones y situaciones peligrosas.
- El paciente tiene derecho a recibir información sobre cualquier restricción que se aplique a su conducta o movimientos y a conocer la razón por la que se aplican tales restricciones.
- El cumplimiento terapéutico mejorará si el paciente se implica en el tratamiento.
- Las capacidades de los pacientes que presentan un problema orgánico tienden a variar considerablemente.
- Dar al paciente la posibilidad de tomar decisiones contribuye a incrementar su participación, independencia y autoestima.
- Disponer de un programa de hábitos y actividades hace que el paciente no tenga que estar constantemente decidiendo lo que debe hacer y si lo va a hacer o no.
- Cuando se ofrece al paciente información sobre los hechos sin emitir juicios de valor, se da cuenta de que el profesional de la enfermería acepta y respeta sus sentimientos, y, al mismo tiempo, tiene la oportunidad de comprobar que otras personas no coinciden con sus percepciones e interpretaciones de la realidad.
- Cuando el paciente conoce las causas del delirium, es más probable que busque ayuda cuando la necesite.

Adaptado de Schultz JM y Videbeck SL (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8.ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- El paciente no sufrirá lesiones.
- El paciente mantendrá un equilibrio adecuado entre la actividad y el descanso, y se conseguirá estabilizar y equilibrar la nutrición, la hidratación y la eliminación.
- El paciente funcionará de la forma más independiente posible, teniendo siempre en cuenta sus limitaciones.
- El paciente se sentirá respetado y apoyado.
- El paciente participará en las actividades del entorno, siempre en función de sus limitaciones
- El paciente interactuará con las personas de su entorno.

**Intervención**

Los modelos psicosociales de atención a los pacientes con demencia parten de la premisa de que cada paciente es una persona única e irrepetible durante toda su vida, incluso cuando la progresión de la demencia le impide expresarse y afirmar su personalidad. Las intervenciones de enfermería parten del supuesto de que, a pesar de la demencia, todos los pacientes tienen sus propias capacidades y puntos fuertes. Los objetivos de la intervención son: proporcionar al paciente la atención que necesita, promover su implicación en el entorno y la interacción con los demás, reconocer y aceptar sus sentimientos y dignidad como persona, ofrecerle receptividad y alternativas a sus problemas y ayudarle en el proceso de **replanteamiento** (proceso por el cual se le ofrecen al paciente puntos de vista alternativos para explicar los hechos y acontecimientos). Este enfoque terapéutico difiere del modelo de atención médica, que se centra únicamente en la pérdida progresiva de las funciones y de la identidad personal (McCabe, 2008).

El profesional de la enfermería puede utilizar las intervenciones que se explican a continuación en cualquier entorno asistencial. Los aspectos esenciales de la estrategia de intervención en enfermería son la seguridad, la atención, el apoyo, la información y la educación de los familiares que cuidan al paciente en casa y de los cuidadores profesionales que trabajan con el paciente en entornos asistenciales residenciales o especializados. Las siguientes intervenciones son aplicables a los distintos entornos asistenciales.

### *Promover la seguridad del paciente*

Los aspectos relativos a la seguridad del paciente incluyen la protección frente a las lesiones, la satisfacción de las necesidades fisiológicas y la gestión de los riesgos presentes en el entorno, incluyendo los estímulos internos como los delirios y las alucinaciones. El paciente puede juzgar erróneamente su capacidad o la naturaleza y características del entorno, y, si es así, no podrá tomar las medidas normales de precaución en su vida diaria. Por ejemplo, el paciente que vive en su casa puede olvidar la comida en el fuego, el que vive en una residencia (entorno asistencial residencial) puede marcharse a dar un paseo en pleno invierno sin ponerse el abrigo antes de salir. La atención discreta, sin entrometerse demasiado en la vida del paciente, protege al enfermo frente a los accidentes y, al mismo tiempo, sirve para proteger y promover su dignidad.

Un familiar del paciente podría decirle:



*«Me sentaré aquí en la cocina y hablaremos un rato mientras preparas la comida» (lo que sugiere colaboración).*

En lugar de decir «No puedes cocinar. ¿No ves que podrías prender fuego a la casa?»

De este modo, el profesional o el cuidador no profesional acepta y promueve el deseo del paciente de cocinar, y por tanto, su capacidad de participar o colaborar en determinadas tareas, a la vez que le protege de posibles daños.

Los pacientes con demencia pueden creer que su seguridad física está amenazada o

sentirse amenazados por otras personas. Pueden ser también demasiado suspicaces y desconfiados, incluso pueden presentar ideas paranoides. Estos sentimientos pueden provocar agitación o conductas de vagabundeo, lo que puede poner en peligro la seguridad física del enfermo. Es importante evitar la confrontación directa de los miedos del paciente. Los pacientes con demencia pueden tener problemas con los temores y sospechas durante todo el curso de la enfermedad. Algunos factores que pueden desencadenar o mantener la suspicacia y la desconfianza son la presencia de extraños, los cambios en los hábitos diarios y el deterioro mnésico. El profesional debe detectar y tratar estos factores desencadenantes presentes en el entorno en lugar de enfrentarse a las ideas paranoides.

Por ejemplo, un paciente dice que le han hurtado sus pertenencias. El profesional puede decirle:



*«Vamos a su habitación a echar un vistazo para ver qué hay allí».*

Una vez en la habitación, el profesional ayudará al paciente a encontrar los objetos ocultos o perdidos (lo que sugiere colaboración). Si el enfermo se encuentra en una sala en la que hay personas que le resultan desconocidas, se asusta y dice «han venido a por mí, me van a llevar con ellos», el profesional puede decir:



*«Estas personas han venido a visitar a un familiar. Vamos a dar un paseo y dejémosles tranquilos para que puedan charlar un rato» (informar sobre la realidad/distracción).*

A continuación, el profesional acompañará al paciente a un lugar más tranquilo, en el que el nivel de actividad sea menor y, por tanto, haya menos estímulos procedentes del entorno.

### ***Promover un descanso y una nutrición adecuados y ocuparse de la higiene y de la actividad del paciente***

Los pacientes que padecen demencia necesitan la ayuda de otras personas para satisfacer sus necesidades fisiológicas básicas. El profesional debe supervisar la ingesta de alimentos y líquidos, que debe ser la adecuada en todo momento. La alimentación puede ser inadecuada porque el paciente ha perdido el apetito o porque se distrae durante las comidas y no presta atención a lo que come. Por tanto, la alimentación puede mejorarse ofreciendo al enfermo alimentos que sean de su agrado, sentándose con él a la hora de las comidas para animarle y motivarle, teniendo siempre a mano alimentos nutritivos y fáciles de digerir para dárselos cuando tenga hambre, y minimizando los ruidos y otros estímulos que puedan distraer al enfermo a la hora de comer. Es posible que los pacientes que tienen dificultades para manejar los cubiertos no sean capaces de cortar la carne y otros alimentos en trozos de tamaño adecuado para introducirlos en la boca. La comida debe ser cortada cuando está preparada, no delante del paciente, para desviar la atención de su incapacidad para hacerlo. Los alimentos que puedan comerse sin cubiertos o con las manos, como bocadillos o fruta fresca, son una buena alternativa. No obstante,

hay pacientes con demencia que presentan el problema contrario: comen en exceso. Incluso, pueden llegar a ingerir alimentos en mal estado o sustancias no comestibles. Para satisfacer la necesidad de masticar y de comer sin que ello conlleve aumento de peso, se puede ofrecer al paciente algún refrigerio con bajo contenido calórico, como un apio o una zanahoria cruda. Cuando la demencia se agrava, en algunos casos hay que proceder a la nutrición enteral, aunque no todas las familias aceptan esta opción.

La ingesta correcta de alimentos y líquidos es necesaria también para conseguir una micción y una defecación adecuadas. El paciente puede presentar estreñimiento, por lo que el profesional, o el cuidador no profesional, deben supervisar los hábitos intestinales e intervenir cuando sea necesario. El mejor remedio para el estreñimiento consiste en aumentar la ingesta de fibra dietética y de líquidos. La micción puede convertirse en un problema si el paciente no reacciona ante la necesidad de vaciar la vejiga o es incontinente. Recordar al paciente cada cierto tiempo que debe ir al cuarto de baño a orinar puede dar resultado, siempre y cuando se trate de un enfermo que aún es continente, pero no tiene la iniciativa de ir al baño sin que se lo digan. Los compresas pueden resolver el problema de la pérdida de orina, como la que tiene su origen en la incontinencia de esfuerzo, y los pañales para adultos están indicados en caso de incontinencia franca, y son preferibles a los catéteres urinarios fijos. El profesional comprobará con frecuencia el estado de las compresas y pañales, y los cambiará en cuanto estén sucios para evitar las infecciones, las irritaciones de la piel y los olores desagradables. Además, es importante mantener una higiene adecuada para evitar estas complicaciones.

El equilibrio entre el descanso y la actividad es un aspecto esencial de los hábitos diarios. Una actividad física suave (p. ej., andar) mejora la salud física y es factible en el caso de los pacientes que presentan deterioro cognitivo. La actividad física diaria, además, ayuda a dormir bien por la noche. El profesional debe ocuparse de que el paciente tenga períodos de descanso que le permitan conservar y recuperar la energía; sin embargo, debe tenerse en cuenta que las siestas diurnas prolongadas pueden afectar al sueño nocturno. Hay que motivar y animar al paciente para que realice ejercicio físico. Si no se le motiva, es muy improbable que realice ejercicio por iniciativa propia, ya que en la demencia, lo habitual es que el paciente se vaya volviendo cada vez más sedentario conforme las capacidades cognitivas disminuyen. En muchos casos, el paciente está dispuesto a realizar algún tipo de actividad física, pero carece del impulso necesario para planificarla, iniciarla o realizarla sin ayuda.

### ***Organizar los hábitos de la vida diaria y el entorno***

Un entorno organizado y unos hábitos diarios bien establecidos pueden servir para tranquilizar a los pacientes que padecen demencia, porque contribuyen a disminuir la confusión y la frustración asociadas con el deterioro mnésico. Sin embargo, esto no significa que haya que obligar al paciente a adaptarse a un entorno y a unos hábitos impuestos por otra persona. En lugar de imponerle al paciente la organización de su día a día, el profesional de la enfermería debe motivar y animar al enfermo a seguir con constancia y coherencia los hábitos con los que se sienta más cómodo (Yuhás et al.,

2006). Por ejemplo, es importante saber si el paciente prefiere ducharse o bañarse, si le gusta ducharse o bañarse por la mañana al levantarse o por la noche antes de acostarse, etc. Una vez que el profesional conoce los gustos y preferencias del paciente, debe incluirlos en un programa diario coherente y bien estructurado. La investigación ha demostrado que, en algunos casos, el intento de cambiar los hábitos y las preferencias del paciente con respecto a la ropa puede dar lugar a agresiones físicas por parte del enfermo cuando intenta resistirse a unos cambios que no le gustan. Por tanto, observar las reacciones del paciente a los hábitos diarios y hacer los ajustes pertinentes son aspectos importantes de la atención a los enfermos que padecen demencia.

Es asimismo importante que el profesional supervise la tolerancia del paciente a los estímulos del entorno. Por lo general, las personas con demencia toleran peor los estímulos cuando tienen hambre o están cansadas o estresadas. Además, la tolerancia a los estímulos del entorno va disminuyendo conforme progresa la demencia, por lo que el paciente va a necesitar un entorno cada vez más sencillo y mejor estructurado a medida que avanza la enfermedad. Por un entorno más sencillo se entiende aquél en el que hay menos ruido, menos personas y, en general, menos estímulos que actúen como distractores.

### *Proporcionar apoyo emocional*

La relación entre el paciente y el personal de enfermería debe basarse en la «atención empática», lo que significa ofrecer al paciente amabilidad, respeto y calma, y tranquilizarle cuando sea necesario. En la atención empática, el profesional se vale de las mismas habilidades, con independencia del trastorno mental que padezca el enfermo y del entorno de tratamiento. En muchos casos, los pacientes pueden hacer comentarios positivos al profesional o al cuidador no profesional, pero los pacientes con demencia generalmente dan la impresión de que no son conscientes del esfuerzo del profesional por atenderles de la mejor forma posible. Incluso pueden responder a la atención del profesional o del cuidador de forma negativa (p. ej., con suspicacia, desconfianza o enfado). Esto constituye un desafío para el cuidador y el profesional, ya que, a pesar de la reacción negativa del paciente, deben en todo momento mantener una actitud comprensiva y empática. El reto consiste en establecer y mantener una buena relación con el paciente, incluso en los casos en los que da la impresión de que el enfermo no responde a la relación.

Debido a la desorientación y al deterioro mnésico que padecen los pacientes con demencia, no es infrecuente que sufran ansiedad y miedo, por lo que necesitan que se les trate con mucha paciencia y se les tranquilice. El profesional puede transmitir tranquilidad al paciente abordándole con calma y amabilidad. Debe asimismo transmitirle la sensación de que forma con el paciente un equipo de trabajo («juntos, podemos hacerlo»). El profesional transmite al paciente la idea de que él (el profesional) conoce perfectamente lo que está pasando y de que puede encargarse de todo cuando el paciente está confuso y no puede hacer las cosas por sí mismo. Por ejemplo, si observa que el enfermo está confuso en el momento de vestirse, el profesional puede decirle:





«Si quiere, puedo ayudarle a ponerse la camisa. La sujetaré mientras usted mete los brazos en (ofrecerse uno mismo/lo que sugiere colaboración).

El **contacto físico (toque)** de apoyo es útil en la atención a muchos tipos de pacientes. En el caso de los enfermos que padecen demencia, este contacto puede transmitir tranquilidad y comunicar empatía cuando el paciente no puede entender lo que se le dice. Cogerle la mano al paciente cuando está triste y se ha puesto a llorar o arroparle cuando acaba de meterse en la cama son ejemplos de contacto físico de apoyo. Como ocurre con cualquier otro tipo de contacto físico, el profesional debe evaluar la respuesta de cada paciente. Cuando la respuesta al contacto físico es positiva, el enfermo sonreirá o se aproximará al profesional. Por el contrario, si la respuesta es negativa, se apartará del profesional, especialmente si se le toca de forma súbita o inesperada, malinterpreta la intención del profesional, está asustado o se siente amenazado.

### *Promover la interacción y la participación*

En el modelo psicosocial de atención a los pacientes con demencia, el profesional o el cuidador no profesional debe planificar y preparar actividades que refuercen la identidad del paciente y lo mantengan comprometido con su proyecto vital (Yuhás et al., 2006). El profesional o cuidador deberá adaptar estas actividades a los intereses y capacidades del paciente. No deben ser actividades de grupo convencionales, en las que todo el mundo tiene que participar. Por ejemplo, si al paciente le interesa la historia, es posible que le agrade ver documentales sobre temas históricos en la televisión. Si lo que le interesa es la música, puede que disfrute cantando. Lo habitual es que el enfermo necesite que otra persona participe también para poder mantener la atención en la actividad y disfrutarla. Cuando el paciente pasa un período de tiempo prolongado sin interesarse en nada y sin participar en actividades que le resulten gratificantes, es más propenso a estar inquieto o agitado, mientras que, si participa en actividades, la probabilidad de que esté tranquilo es mayor. Hay un gran número de actividades que han demostrado ser beneficiosas para los pacientes que sufren demencia. La música, el baile, la terapia con animales de compañía u otros animales, la aromaterapia y la estimulación multisensorial son algunas de las actividades a las que puede recurrir el profesional o el cuidador para hacer que el paciente se implique en la interacción con el entorno, lo cual, a su vez, influirá positivamente en su calidad de vida (Milev, 2008; Ouldred y Bryant, 2008; Raglio et al., 2008).

La **terapia de reminiscencia** consiste en pensar en experiencias personales que han sido importantes para el paciente. Se trata de una modalidad eficaz de interacción con los enfermos que padecen demencia. No se trata de que el paciente viva centrado en el pasado, sino de animar al cuidador y a la familia a recordar con el paciente. En esta técnica se recurre a la memoria remota del paciente, que no se ve afectada de forma tan grave ni tan rápidamente como la memoria reciente e inmediata (McCabe, 2008). Los álbumes de fotografías pueden ser útiles para estimular la memoria remota y pueden ayudar al paciente a centrar los recuerdos en determinados hechos del pasado. A algunos



enfermos les gusta recordar acontecimientos locales, nacionales o internacionales y hablar de lo que estaban haciendo cuando ocurrió tal o cual cosa. Además de mantener al paciente involucrado en su proyecto vital, la terapia de reminiscencia puede contribuir a reforzar su autoestima, ya que le permite comentar las cosas valiosas que ha hecho durante su vida. Para aplicar con eficacia esta técnica, hay que practicar la escucha activa, hacer preguntas y proporcionar al paciente los estímulos necesarios para conseguir los objetivos de esta modalidad terapéutica. Esta terapia también puede ser eficaz cuando se aplica en grupos pequeños de pacientes que recuerdan juntos actividades y acontecimientos de épocas pasadas (Wang, 2007).

A medida que la demencia progresa, al paciente le cuesta cada vez más trabajo interactuar con otras personas. Al principio, conserva la capacidad de expresarse verbalmente, pero a lo largo del curso de la enfermedad, va omitiendo cada vez más palabras y el discurso se vuelve vago y confuso. El profesional debe escuchar al paciente con atención e intentar determinar el significado de lo que está diciendo. El profesional puede decir:



*«¿Me está intentando decir que quiere ir al baño?» o «¿le he entendido bien? o ¿tiene hambre?»* (técnica de comunicación verbal: buscar aclaraciones).

Es importante no interrumpir al paciente y no completar sus frases. Si el paciente se siente frustrado cuando el profesional no le entiende, éste puede decirle:



*«¿Puede explicarme lo que quiere decir? o ¿puede decirme a dónde quiere ir?»* (ayuda para iniciar la acción).

Cuando el lenguaje verbal del paciente pierde coherencia, el profesional debe prestar atención al lenguaje no verbal.

Cuando el profesional de enfermería o el cuidador trabajan continuamente con un paciente, acaba aprendiendo a interpretar su lenguaje no verbal. Por ejemplo, aprende que la agitación del paciente quiere decir que tiene hambre, si es la hora de comer, o que está cansado si está anocheciendo. Sin embargo, en algunos casos, resulta imposible saber exactamente qué está tratando de decir el paciente, pero incluso en estos casos el profesional debe mantenerse receptivo. Por ejemplo, si el enfermo camina de un lado a otro de la habitación y parece estar preocupado, pero no es capaz de decir qué le pasa, el profesional puede decir:



*«Parece preocupado. No sé qué le ocurre, pero vamos a dar un paseo para que nos dé el aire un rato»* (ofrecerse uno mismo; técnica de comunicación verbal: hacer observaciones).

La interacción con los pacientes que padecen demencia obliga muchas veces al profesional o al cuidador a tratar con pensamientos y sentimientos que no tienen ningún fundamento en la realidad, es decir pensamientos y sentimientos que son producto de la desconfianza, la desorientación y la

confusión crónicas del paciente. En lugar de intentar confrontar al paciente con la realidad o disminuir su desconfianza o enfado, para tranquilizarlo suele ser más útil utilizar las técnicas de distracción, la interrupción breve de la interacción con el paciente o la aceptación de las ideas delirantes.

Con las **técnicas de distracción** se busca desplazar la atención y la energía del enfermo hacia un estímulo más neutro. Por ejemplo, si muestra una reacción catastrófica a una situación, como apartar con violencia la comida y decir: ¡Esta comida sabe a veneno!», el profesional puede redirigir la atención del paciente diciendo:



*«¿Por qué no viene conmigo a la cocina y vemos si hay algo que le guste?» o «no tiene que comérsela si no le gusta. ¿Por qué no miramos a ver si ponen algo interesante en la televisión?» (redirección/distracción).*

Por lo general, el paciente se calma cuando se distrae su atención de la situación que provocó la reacción.

La **interrupción breve** de la interacción con el paciente consiste en dejarlo solo durante un período breve y volver después para retomar la interacción. Por ejemplo, el enfermo puede enfadarse y gritar al profesional sin razón aparente. En un caso así, se puede dejar al paciente 5 min o 10 min solo y volver después sin hacer ninguna referencia al incidente. Es posible que el paciente se alegre de que el profesional vuelva y ni siquiera recuerde que le gritó hace unos minutos.

Con la **aceptación de las ideas delirantes** del paciente se pretende tranquilizarle sin corregir las ideas delirantes y las percepciones e interpretaciones erróneas. El profesional no se muestra de acuerdo con estas ideas ni tampoco las refuerza, pero no las niega ni se enfrenta con ellas. Por ejemplo, el enfermo está inquieto y repite una y otra vez: «Estoy muy preocupado por los niños. Espero que no les pase nada» (refiriéndose a sus hijos que ya están casados y tienen sus propios hijos), el profesional puede tranquilizar al enfermo diciéndole:



*«No tiene por qué preocuparse. Seguro que sus hijos están bien» (aceptación de las ideas delirantes del paciente).*

Es probable que de esta forma el enfermo se calme, pues el profesional ha respondido a su preocupación sin entrar a valorar el grado de correspondencia con la realidad de dicha preocupación. Esta intervención es específica para los pacientes con demencia y no está indicada en el caso de los pacientes que presentan ideas delirantes relacionadas con trastornos mentales para los que existe un tratamiento eficaz.

Asimismo, el profesional puede utilizar las técnicas de **replanteamiento** para ofrecer al paciente puntos de vista o explicaciones alternativos sobre determinadas situaciones o acontecimientos. Es frecuente que los enfermos que padecen demencia se sientan amenazados por algunos estímulos procedentes del entorno debido al deterioro de la percepción y del sentido de la realidad. Muchas veces se asustan de los ruidos o se alteran por cualquier detalle sin importancia. El paciente, por ejemplo, puede interpretar

los gritos de alguien como una amenaza para su persona. El profesional puede proporcionar explicaciones alternativas como:



*«Esta señora tiene problemas familiares y a veces grita porque se siente frustrada» (replanteamiento).*

Las explicaciones alternativas suelen tranquilizar al enfermo y contribuyen a reducir el temor y la agitación.

### **Evaluación de los resultados del tratamiento**

Los resultados que van obteniéndose con el tratamiento cambian constantemente a medida que la enfermedad progresa. Por ejemplo, en la etapa inicial de la demencia, mantener la independencia puede significar que el paciente se vista con la menor ayuda posible. Más adelante, puede decirse que el paciente mantiene algún grado de independencia si es capaz de elegir los alimentos que come. En las últimas fases, el paciente puede mantener la independencia si es capaz de llevar su propia ropa en vez del pijama o la bata del centro en el que está ingresado.

El profesional debe valorar los cambios a medida que se van produciendo y revisará los resultados y las intervenciones necesarias en cada etapa del curso de la enfermedad. Cuando el paciente recibe atención domiciliaria de enfermería, es necesario ir actualizando la información y la educación que se da a la familia y los cuidadores, así como la atención que recibe el enfermo en función de las necesidades que van apareciendo conforme la enfermedad progresa. Estos aspectos se explicarán con detalle en los apartados que siguen sobre el papel del cuidador y la atención basada en la comunidad.

### **ATENCIÓN COMUNITARIA**

Aproximadamente la mitad de las personas ingresadas en una residencia padecen la enfermedad de Alzheimer u otras enfermedades que producen demencia. Además, por cada persona con demencia que vive en una residencia, hay dos o tres con problemas similares que están recibiendo la asistencia en la comunidad mediante una combinación de familiares, amigos y cuidadores remunerados.

Los programas y servicios destinados a las personas con demencia y su familia se han incrementado gracias al mejor conocimiento y a la mayor concienciación por parte de la sociedad sobre la enfermedad de Alzheimer. También ha influido el hecho de que en la población de Estados Unidos cada vez hay más ancianos y el esfuerzo realizado por personas famosas por recaudar fondos (p. ej., la familia del ex presidente de Estados Unidos Ronald Reagan). Existen empresas privadas y organismos públicos que ofrecen asistencia domiciliaria a los pacientes y a la familia. Algunos de los servicios que se ofrecen son: la atención a la higiene personal, la preparación de las comidas y el transporte del enfermo. La valoración periódica de enfermería sirve para confirmar que la atención que está recibiendo el paciente es suficiente para satisfacer sus necesidades.

En los centros de día se supervisa al enfermo, se le prepara la comida, se le da apoyo

emocional y se le hace participar en actividades recreativas grupales. El paciente puede asistir al centro algunas horas a la semana o a jornada completa durante los días laborables. Otra opción son los servicios de sustitución del cuidador, que consisten en quedarse en casa para supervisar al paciente con el fin de que el cuidador habitual y los familiares tengan tiempo para hacer gestiones fuera de casa o disponer de unas horas para disfrutar del tiempo libre.

Las residencias están pensadas para los pacientes que no disponen de una persona que los cuide en casa o presentan necesidades que exceden las posibilidades de los familiares y de otros cuidadores. Generalmente, se trata de pacientes que requieren atención permanente para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria, tales como comer y tomar la medicación. A medida que la demencia avanza, los pacientes ingresados en residencias suelen ser trasladados a centros sociosanitarios para la atención a ancianos que disponen de personal de enfermería especializado.

El médico, el profesional de la enfermería o la familia del paciente pueden solicitar los servicios de atención comunitaria. Para ello, deben ponerse en contacto con los servicios sanitarios o sociales de su localidad. Si el paciente se encuentra ingresado en el hospital, lo mejor es ponerse en contacto con los servicios sociales del hospital para informarse de cuáles son los servicios más adecuados de los que se dispone para cuando el enfermo reciba el alta hospitalaria.

## **PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL**

Aún no se conoce con certeza cuáles son los factores de riesgo de la demencia. Se sabe que las personas que tienen concentraciones plasmáticas elevadas de homocisteína tienen un riesgo más elevado de sufrir demencia. El riesgo se incrementa conforme aumenta la concentración de homocisteína (Selhub, 2008). El folato, la vitamina B<sub>12</sub> y la betaína provocan una disminución de las concentraciones plasmáticas de homocisteína, por lo que se cree que el tratamiento con estas sustancias podría modificar o disminuir el riesgo de demencia. Actualmente, están realizándose estudios para comprobar si la reducción de las concentraciones de homocisteína disminuye el riesgo de sufrir demencia y si los complementos de vitamina B sirven para ralentizar el progreso de la enfermedad de Alzheimer.

Las personas que realizan actividades mentalmente estimulantes, como leer o hacer crucigramas, tienen menos riesgo de sufrir la enfermedad de Alzheimer. La actividad física en la madurez y una red amplia de relaciones sociales también se asocian con un menor riesgo de sufrir esta enfermedad (Coley et al., 2008).

## **PAPEL DEL CUIDADOR**

La mayoría de los cuidadores de los enfermos que padecen demencia son mujeres (72 %), y suelen ser la hija (29 %) o la esposa (23 %) del paciente. Los maridos representan el 13 % de los cuidadores. La atención al paciente en casa por parte de los familiares se debe al elevado coste económico de las residencias, a la insatisfacción con la atención que los enfermos reciben en dichos centros y a la dificultad para encontrar un centro

adecuado para el enfermo, especialmente cuando presenta conductas perturbadoras o difíciles de controlar. Sin embargo, cuando se les pregunta, los familiares refieren otras razones para no llevar al paciente a una residencia, y las principales son el deseo de corresponder a los cuidados que ellos mismos recibieron en el pasado por parte del enfermo, el deseo de proporcionar amor y afecto al paciente, el deseo de mantener los valores familiares y la lealtad al familiar enfermo, el deseo de cumplir con lo que se percibe como obligaciones ineludibles y la necesidad de evitar los sentimientos de culpabilidad.

El cuidador debe tener conocimientos sobre la demencia y los cuidados que estos pacientes necesitan. Asimismo, debe estar informado sobre los cambios que el enfermo irá experimentando a medida que la enfermedad avance. En algunos casos, el cuidador tiene que enfrentarse con otros miembros de la familia que no le prestan apoyo, generalmente debido a que tienen ideas distintas sobre la atención que debe recibir el paciente. En otros, el cuidador tiene otras obligaciones que atender como su propia familia, su profesión o su vida personal. Por otro lado, es frecuente que el cuidador experimente sentimientos de pérdida y aflicción a medida que ve cómo se va deteriorando de forma continua la salud del ser querido (Ouldred y Bryant, 2008).

Cuidar a una persona con demencia puede ser agotador física y emocionalmente, y estresante. Muchas veces el cuidador se ve obligado a realizar cambios drásticos en su vida para poder cuidar al enfermo, como dejar el trabajo. A veces, tiene que atender además a sus hijos pequeños. No es infrecuente que se sienta agotado, con la sensación de que tiene que estar «de servicio» durante las 24 h del día. En algunos casos, al cuidador puede resultarle difícil la inversión de papeles que representa cuidar del padre o de la madre, y puede sentirse incómodo o deprimido por tener que bañar, dar de comer o cambiar los pañales a sus padres.

El síndrome de agotamiento del cuidador aparece cuando las demandas relacionadas con la atención al enfermo sobrepasan su capacidad. Las manifestaciones de este síndrome son: cansancio constante que no se resuelve con el descanso, aumento del consumo de alcohol y otras drogas, retraimiento social, descuido de las necesidades personales y negativa a aceptar la ayuda de otras personas para cuidar al enfermo. El cuidador puede sentirse poco valorado por los otros miembros de la familia, y quejarse con frases como «¡Nadie me pregunta cómo estoy yo!». En algunos casos, el síndrome de agotamiento del cuidador puede ser un factor de riesgo de maltrato o de trato negligente a los pacientes con demencia (v. [cap. 11](#)).

Un aspecto fundamental de la atención domiciliar de enfermería a los pacientes que padecen demencia es el apoyo al cuidador. Por lo general, éste está en contacto con un profesional de la salud conocedor del tema, y el médico del paciente puede derivar al cuidador a otro profesional sanitario. Según lo requiera la situación, el profesional que está en contacto con el cuidador puede ser un profesional de enfermería, el gestor del caso o un trabajador social. Estos profesionales pueden proporcionar al cuidador información, apoyo y ayuda. El cuidador necesita información y educación sobre la demencia y los cuidados que el paciente necesita. Asimismo, debe aplicar las

intervenciones que se han explicado en este capítulo para promover al máximo el bienestar del paciente, hacer frente a las carencias y limitaciones y maximizar su calidad de vida. Puesto que la atención que el paciente requiere va cambiando a medida que la enfermedad avanza, el profesional de enfermería, el gestor del caso o el trabajador social deben actualizar continuamente la información y educación que proporciona al cuidador.

El cuidador necesita apoyo para afrontar sus propios sentimientos. Los grupos de apoyo y de autoayuda pueden ayudarle a expresar verbalmente los sentimientos de frustración, tristeza, enfado, culpabilidad y ambivalencia, sentimientos que son muy habituales cuando tenemos que hacernos cargo de un familiar enfermo o gravemente discapacitado. Asistir de forma habitual a las reuniones de uno de estos grupos permite además al cuidador pasar parte del tiempo con personas que conocen y comprendan las numerosas dificultades a las que hay que hacer frente cuando un familiar padece demencia. El médico del paciente puede proporcionar al cuidador información sobre grupos de apoyo y de autoayuda, y en la guía telefónica suele figurar el número de teléfono de la Asociación de enfermos de Alzheimer, o de otras asociaciones similares, de cada localidad. El hospital de referencia y los organismos de la sanidad pública también disponen de información sobre estos grupos.

Es necesario que el cuidador busque y acepte la ayuda de otras personas y organismos. Es frecuente encontrarse con cuidadores que están convencidos de que los demás no pueden cuidar al enfermo tan bien como lo hace él. Otras veces el cuidador responde a la ayuda que se le ofrece con la frase «ya buscaré ayuda cuando la necesite de verdad». Lo ideal es que el cuidador se ocupe de su propia salud y bienestar y no espere a estar agotado para ponerse a buscar ayuda. Hay casos en los que los otros miembros de la familia no están de acuerdo con cuidar al paciente en casa. A veces, el cuidador cree que los otros miembros de la familia deberían ofrecerse a ayudar sin necesidad de pedirles que lo hagan, pero hay familiares que consideran que el cuidador ha elegido voluntariamente hacerse cargo del enfermo, y no se sienten obligados a ayudar, al menos no de forma habitual. Con independencia de cuáles sean las creencias y sentimientos del cuidador y de los demás miembros de la familia, lo importante es que todos puedan expresar sus ideas y sentimientos, y que cada uno participe en la atención al enfermo de acuerdo a sus posibilidades y sin violentar su punto de vista sobre la situación. Sin embargo, a veces no es fácil ponerse de acuerdo y muchas familias necesitan ayuda por parte de los profesionales para poder alcanzar un consenso que sea satisfactorio para todas las partes implicadas.

Por último, no debe olvidarse que el cuidador debe seguir viviendo su propia vida. Necesita seguir manteniendo el contacto con sus amigos y participar en actividades de ocio y tiempo libre para que toda su existencia no gire en torno al enfermo y a las muchas atenciones que éste requiere. Cuando el cuidador está descansado y feliz, y es capaz de satisfacer sus propias necesidades, está en mejor disposición para cumplir las exigentes demandas asociadas con su función. En muchos casos, hay que recordar al cuidador que cuidar de sí mismo no es un acto de egoísmo, sino algo que redundará en beneficio del enfermo.



## TRASTORNOS RELACIONADOS

Los **trastornos amnésicos** se caracterizan por alteraciones de la memoria causadas por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica o de un traumatismo o por los efectos persistentes del consumo de sustancias tóxicas, como el alcohol y otras drogas (APA, 2000). La alteración de la memoria es suficientemente grave para causar un deterioro importante del funcionamiento social o laboral del paciente, y representa una disminución significativa de su funcionamiento en comparación con el que venía presentando hasta ese momento. En estos trastornos, son habituales la confusión, la desorientación y los déficits de atención. El enfermo presenta déficits mnésicos, confusión y problemas de atención similares a los que se observan en los pacientes que padecen demencia. Sin embargo, a diferencia de la demencia, las demás funciones cognitivas quedan intactas, por lo que no se observa afasia, apraxia, agnosia ni deterioro de las funciones ejecutivas.

Hay múltiples enfermedades médicas y traumatismos que pueden causar daño cerebral y provocar un trastorno amnésico; por ejemplo, los accidentes cerebrovasculares, los traumatismos craneoencefálicos y la exposición a neurotóxicos (envenenamiento por monóxido de carbono, consumo crónico de alcohol, etc.) y la deficiencia de vitamina B<sub>12</sub> o de tiamina. El trastorno amnésico provocado por el consumo de alcohol se debe a una deficiencia crónica de tiamina o de vitamina B, y se denomina **síndrome de Korsakoff**.

La principal diferencia entre la demencia y los trastornos amnésicos es que, una vez estos últimos se tratan o se revierte la causa, el estado del paciente no se deteriora. El tratamiento de los trastornos amnésicos consiste en la eliminación de la causa de base y en la rehabilitación del paciente. Además, se toman medidas de prevención secundaria para evitar que el trastorno vuelva a presentarse. Algunos trastornos amnésicos mejoran con el tiempo cuando se estabiliza la causa de base; sin embargo, algunos pacientes sufren una alteración persistente de la memoria y de la atención y apenas mejoran, lo cual suele ser la norma en los casos de consumo crónico de alcohol y de malnutrición (Grossman, 2005). Los diagnósticos de enfermería y las intervenciones son similares a los que se aplican en el caso de los pacientes que presentan pérdida de memoria, confusión y deterioro de la capacidad de atención y de concentración, que suelen ser, en la mayoría de los casos, pacientes con delirium o demencia (v. «Intervenciones de enfermería en la demencia» en este capítulo).

### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

#### *Demencia*

- **Promover la seguridad del paciente y protegerlo de posibles lesiones**

Ofrezca ayuda y supervisión discretas para la comida, el baño y otras tareas de autocuidado.

Identifique y controle los desencadenantes del entorno que empeoran el estado del paciente o reagudizan los síntomas.

- **Promover el descanso, la nutrición, la actividad y la higiene adecuados**

Prepare comidas apetitosas que el paciente sea capaz de comer por sí mismo; acompañele mientras come.

Supervise la micción y la defecación; si es preciso, administre líquidos y fibra dietética o tome otras medidas para estimular la eliminación.

Recuerde al paciente cada cierto tiempo que debe ir al baño a orinar; si es necesario, utilice compresas o pañales para adultos; revise y cambie con frecuencia las compresas o pañales para prevenir las infecciones, las irritaciones cutáneas y los olores desagradables.

Promueva la actividad física suave (p. ej., andar).

- **Organizar el entorno y los hábitos diarios**

Motive y anime al paciente a seguir un programa diario bien estructurado; siga los hábitos y las preferencias de enfermo con respecto a la higiene y a la ropa, en vez de intentar imponerle hábitos nuevos.

Controle el nivel de estímulos procedentes del entorno y ajústelo si es necesario.

- **Proporcionar apoyo emocional al paciente**

Muestre al paciente amabilidad y respeto, y tranquilícelo si es necesario.

Emplee el contacto físico de apoyo si está indicado.

- **Promover la interacción del paciente con otras personas y su participación en actividades**

Organice actividades que se adaptan a las capacidades e intereses del paciente.

Ayude al paciente a recordar acontecimientos agradables del pasado.

Si el paciente no puede hablar, preste atención al lenguaje no verbal.

Utilice la interrupción breve de la interacción con el paciente, la aceptación de las ideas delirantes y las técnicas de replanteamiento y de distracción cuando el enfermo se muestre confuso, agitado o excesivamente desconfiado o suspicaz.



## TEMAS DE AUTOCONCIENCIA

Trabajar con pacientes con demencia y prestarles la atención que requieren puede resultar agotador y frustrante tanto para el profesional de enfermería como para el cuidador no profesional. La educación y la información al paciente son dos de los aspectos más importantes de la atención de enfermería, pero informar y educar a los pacientes con demencia puede ser especialmente complicado y frustrante. Debido a su enfermedad, estos pacientes no recuerdan las explicaciones, indicaciones e instrucciones del personal de enfermería, por lo que el profesional se ve obligado a repetir las mismas cosas una y otra vez. Por tanto, hay que armarse de paciencia y no tirar la toalla. El profesional puede empezar a pensar que repetir continuamente las mismas cosas no hace ningún bien al paciente ya que no entiende ni recuerda lo que se le dice. Comentar estas frustraciones con los compañeros de trabajo puede ayudarle a controlar el mal humor, y por tanto, a evitar transmitir sentimientos negativos a los pacientes y a los familiares. Además, sirve para prevenir el síndrome de agotamiento del personal sanitario y evitar que las frustraciones del trabajo afecten negativamente a la vida personal.

Puede que el profesional no obtenga nunca una respuesta o un comentario positivo de los pacientes con demencia. Asimismo, al profesional le puede resultar difícil afrontar los

sentimientos que depara el tener que trabajar con pacientes que nunca «se recuperarán ni volverán a casa». A medida que la demencia avanza, los pacientes parecen no responder a las intervenciones de los profesionales sanitarios. Es triste y frustrante para el profesional de enfermería presenciar el deterioro progresivo del paciente y ver cómo finalmente no es capaz de relacionarse con los demás y pierde la capacidad para realizar las tareas más básicas del autocuidado. Puede resultar difícil mantener una actitud positiva y de apoyo hacia los pacientes y la familia ante expectativas tan poco favorables. Además, el deterioro del paciente puede ser lento y durar varios años, un hecho que añade aún más frustración y tristeza. El profesional puede verse obligado a afrontar sus sentimientos de depresión y aflicción a medida que la demencia avanza. Para ello, puede serle útil comentar la situación con los compañeros de trabajo, incluso con un psicólogo.

### Consideraciones a tener en cuenta cuando se trabaja con pacientes con demencia

- Es importante para la familia y para el paciente que veamos por su dignidad a medida que se acerca el final de la vida del enfermo.
- Recuerde que la muerte forma parte de la vida. El profesional de enfermería puede dar apoyo emocional al paciente y a la familia para ayudarles a afrontar esta parte tan difícil de nuestra existencia.
- Aunque, debido a su enfermedad, el paciente no pueda apreciar las atenciones, la paciencia y el apoyo del profesional de la enfermería, la familia sí lo tendrá en cuenta y lo recordará vivamente durante mucho tiempo.

### PUNTOS CLAVE



- Los trastornos cognitivos se caracterizan por la alteración o el deterioro de las funciones cerebrales superiores. Existen tres tipos de trastornos cognitivos: el delirium, la demencia y los trastornos amnésicos.

## Preguntas de razonamiento crítico

1. Un profesional de enfermería trabaja en un entorno asistencial donde están ingresados pacientes con demencia. Un día, un auxiliar de enfermería se pone a bromear sobre un paciente en su presencia. El profesional le hace saber que un comportamiento de este tipo es inaceptable. El auxiliar de clínica le responde: «¡Venga ya!, si no entiende lo que he dicho, y además se está riendo. ¿Cuál es el problema?» ¿Qué debe responder el profesional de la enfermería?
2. A un paciente se le acaba de diagnosticar demencia en fase inicial. ¿Puede este paciente decidir sobre las voluntades anticipadas (testamento vital)? ¿Por qué? ¿En qué etapa del curso de la enfermedad el paciente no debería tomar decisiones que pueden afectar a su calidad de vida?

- El delirium es un síndrome que cursa con alteración del nivel de consciencia y alteraciones de las funciones cognitivas. Generalmente, se debe a una enfermedad médica de base tratable, como desequilibrios fisiológicos o metabólicos, infecciones y deficiencias nutricionales. Puede deberse también a un traumatismo, a una reacción adversa a un medicamento, al efecto de una interacción farmacológica, a la intoxicación por una droga o al síndrome de abstinencia de alcohol.
- Los objetivos principales de la atención de enfermería en el caso de los pacientes con delirium son: proteger al enfermo frente a posibles lesiones, controlar la confusión y satisfacer sus necesidades fisiológicas y psicológicas.
- La demencia consiste en el deterioro de las funciones motoras (apraxia), de la memoria, del lenguaje (afasia) y de la capacidad de reconocer y nombrar objetos (agnosia).
- La demencia suele ser de carácter progresivo, y se inicia con un deterioro mnésico importante (etapa leve), que se sigue de confusión, pérdida de la capacidad de valerse por sí mismo (etapa moderada), desorientación completa e incapacidad de realizar las funciones más básicas (etapa grave).
- Los fármacos que se utilizan para tratar la demencia (rivastigmina, galantamina y donepezilo) retrasan la progresión de la enfermedad unos 6 meses. Otros fármacos, como los neurolépticos, los antidepresivos y las benzodiazepinas, ayudan a controlar los síntomas, pero no tienen ninguna influencia sobre el curso de la enfermedad.
- El modelo psicosocial de atención al paciente con demencia tiene como objetivo satisfacer las necesidades de seguridad, de organización, de apoyo y de interacción social del paciente.
- Muchos pacientes que padecen demencia reciben atención en casa en vez de en un entorno asistencial institucional (p. ej., una residencia). En estos casos el cuidador suele ser el cónyuge o un hijo adulto del enfermo. La tarea del cuidador puede ser física y emocionalmente agotadora y estresante, por lo que puede aparecer el llamado síndrome de agotamiento de cuidador. Para hacer frente a estas demandas tan exigentes y complejas, el cuidador no profesional debe recibir de forma continua información y educación sobre la demencia, así como apoyo constante por parte de un profesional (profesional de la enfermería, trabajador social o un gestor del caso).



## RECURSOS DE INTERNET

### RECURSOS

- Alzheimer's Association
- Alzheimer's Disease Education and Referral
- Direcciones de información sobre la enfermedad de Alzheimer
- Alzheimer's Disease International
- Alzheimer Society of Canada
- Apoyo y educación para el cuidador

## DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.alz.org>

<http://www.alzheimers.org>

[http://www.alzheimer-info.com/links\\_info.html](http://www.alzheimer-info.com/links_info.html)

<http://www.alz.co.uk>

<http://www.alzheimer.ca>

[www.nia.nih.gov/Alzheimers/Publications/caregiverguide.htm](http://www.nia.nih.gov/Alzheimers/Publications/caregiverguide.htm)

- El cuidador no profesional debe aprender a satisfacer las necesidades fisiológicas y psicológicas del enfermo y a protegerle de posibles lesiones. Por ejemplo, debe aprender a supervisar la salud del paciente, a evitar el consumo de alcohol y otras drogas, a proporcionarle una nutrición y un descanso adecuados, a programar las oportunas revisiones médicas, a promover las actividades y la socialización del enfermo y a ayudarle a mantenerse independiente en la medida de lo posible.
- El profesional de la enfermería debe proporcionar a los pacientes que padecen demencia apoyo y protección, así como reconocimiento de su individualidad y dignidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Coley, N., Andrieu, S., Gardette, V., Gillette-Guyonnet, S., Sanz, C., Vellas, B., et al. (2008). Dementia prevention: Methodological explanations for inconsistent results. *Epidemiologic Reviews*, 30, 35–66.
- Davis, K. L. (2005). Cognitive disorders: Introduction and overview. In B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1053–1054). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Facts and Comparisons. (2009). *Drug facts and comparisons* (63rd ed.). St. Louis: Wolters Kluwer.
- Grossman, H. (2005). Amnestic disorders. In B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1093–1106). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McCabe, L. (2008). A holistic approach to caring for people with Alzheimer's disease. *Nursing Standard*, 22(42), 50–56.
- Milev, R. V. (2008). Multisensory stimulation for elderly with dementia: A 24-week single-blind randomized controlled pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23 (4), 372–376.
- Neugroschl, J. A., Kolevzon, A., Samuels, S. C., et al. (2005). Dementia. In B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1068–1093). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ouldred, E., & Bryant, C. (2008). Dementia care. Part 2: Understanding and managing behavioural challenges. *British Journal of Nursing*, 17 (4), 242–247.
- Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, M. C., Villani, D., et al. (2008). Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 22 (2), 158–162.
- Samuels, S. C., & Neugroschl, J. A. (2005). Delirium. In B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8th ed., pp. 1054–1068). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2009). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Selhub, J. (2008). Public health significance of elevated homocysteine. *Food and Nutrition Bulletin*, 29 (2

Suppl.), S116–S125.

Smith, A. D. (2008). The worldwide challenge of the dementias: A role for B vitamins and homocysteine? *Food and Nutrition Bulletin*, 29 (2 Suppl.), S143–S172.

Wang, J. J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (12), 1235–1240.

Yuhas, N., McGowan, B., Fintaine, T., et al. (2006). Psychosocial interventions for disruptive symptoms of dementia. *Journal of Psychosocial Nursing*, 44 (11), 34–42.

## LECTURAS RECOMENDADAS

**Bennett, D. A., Schneider, J. A., Tang, Y., Arnold, S. E., & Wilson, R. S. (2006). The effect of social networks on the relation between Alzheimer's disease pathology and level of cognitive function in old people: A longitudinal cohort study. *Lancet Neurology*, 5 (5), 406–412.**

**Ouldred, E., & Bryant, C. (2008). Dementia care. Part 1: Guidance and the assessment process. *British Journal of Nursing*, 17 (3), 138– 145.**

**Sorensen, S., Duberstein, P., Gill, D., & Pinquart, M. (2006). Dementia care: Mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *Lancet Neurology*, 5 (11), 961–973.**

**Vellas, B., Gillette-Guyonnet, S., Andriey, S. (2008). Memory health clinics—A first step to prevention. *Alzheimer's & Dementia*, 4 (1 Suppl.), S144–S149.**

**Whitlatch, C. J., Judge, K., Zarit, S. H., & Femia, E. (2006). Dyadic intervention for family caregivers and care receivers in early-stage dementia. *Gerontologist*, 46 (5), 688–694.**

# Autoevaluación

## PREGUNTAS DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

*Elija la mejor respuesta para cada una de las preguntas siguientes:*

1. Un profesional de enfermería está hablando con una mujer que está preocupada porque su madre podría sufrir la enfermedad de Alzheimer. El profesional sabe que el primer síntoma de esta enfermedad es:
  - a. La desorientación temporoespacial y con respecto a las personas.
  - b. La pérdida de memoria que supera los olvidos habituales normales durante el proceso de envejecimiento.



- c. La incapacidad para realizar las actividades de autocuidado sin la ayuda de otra persona.
  - d. Depende de cada paciente.
2. El profesional de la enfermería ha estado dando instrucciones a un cuidador no profesional sobre el donepezilo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones indica que el aprendizaje del cuidador ha sido eficaz?
- a. «Esperemos que esta medicación impida que el Alzheimer avance más».
  - b. «Es importante que se tome este medicamento con el estómago vacío».
  - c. «Estoy impaciente por comprobar si este medicamento mejora la concentración de mi madre».
  - d. «Este medicamento reducirá el avance del Alzheimer de forma temporal».
3. Cuando se trata a un paciente con memantina, el profesional de la enfermería debe tener en cuenta que:
- a. Se tendrán que hacer pruebas de laboratorio para controlar la función hepática.
  - b. Este fármaco puede provocar un aumento de la presión arterial.
  - c. Este fármaco mejora las funciones cognitivas del paciente.
  - d. El efecto secundario más frecuente de este fármaco es la hemorragia digestiva.
4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones del cuidador no profesional de una paciente recién diagnosticada de demencia demuestra que necesita más información por parte del profesional de la enfermería?
- a. «Le recordaré a mamá las cosas que vaya olvidando».
  - b. «Mantendré a mamá ocupada en sus actividades favoritas mientras sea capaz de hacerlas».
  - c. «Intentaré encontrar cosas nuevas y diferentes para hacer cada día».
  - d. «Animaré a mamá a hablar de sus padres, hijos y amigos».
5. Un paciente con delirium está intentado quitarse las vías intravenosas del brazo y le dice a la enfermera: «¡Quiero quitarme esto! ¡No se acerque!». El paciente sufre:
- a. Ideas delirantes.
  - b. Alucinaciones.
  - c. Ilusiones.
  - d. Desorientación.
6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones indica que el cuidador no profesional conoce con exactitud las necesidades de su padre, que se encuentra en la etapa moderada de la demencia?
- a. «Tengo que bañar a mi padre a la misma hora cada día».
  - b. «Durante 5 años no podré irme de vacaciones».
  - c. «Necesito pasar tiempo haciendo cosas con mi padre que nos gusten a los dos».
  - d. «Tengo que estar con mi padre las 24 horas del día para vigilarlo».

7. ¿Cuál de las siguientes intervenciones es más apropiada para ayudar a un paciente a realizar las actividades de la vida diaria en la etapa inicial de la demencia?
  - a. Dejarle tiempo suficiente para que realice las tareas y actividades de la vida diaria de la forma más independiente posible.
  - b. Darle una lista en la que figuren todos los pasos necesarios para realizar las tareas y actividades de la vida diaria.
  - c. Proporcionarle estímulos en cada una de las fases necesarias para realizar las tareas y actividades de la vida diaria.
  - d. Decirle que tiene que realizar las tareas y actividades de la vida diaria antes del desayuno o, de lo contrario, las hará el auxiliar de enfermería.
8. Un paciente que se encuentra al final de la etapa moderada de la demencia ha ingresado en una residencia de atención a largo plazo. ¿Cuál de las siguientes intervenciones de enfermería ayudará al paciente a mantener las funciones cognitivas en el mejor nivel posible?
  - a. Mostrarle imágenes de niños jugando con sus abuelos y comentarlas.
  - b. Hacer crucigramas u otros pasatiempos similares con el paciente.
  - c. Darle al paciente una lista en la que figuren las tareas y actividades de la vida diaria que debe realizar.
  - d. Ver y comentar las noticias del telediario de la noche con el paciente.

## PREGUNTAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE

*Puede elegir más de una respuesta en cada pregunta.*

1. Cuando valora a un paciente con delirium, el profesional de enfermería encontrará:
  - a. Afasia.
  - b. Confusión.
  - c. Alteración del nivel de consciencia.
  - d. Deterioro de la memoria a largo plazo.
  - e. Fluctuaciones del estado de ánimo.
  - f. Inicio rápido de la sintomatología.
2. Según el modelo de atención psicosocial, las intervenciones de enfermería para los pacientes con demencia son:
  - a. Preguntar al paciente dónde nació.
  - b. Corregir las ideas delirantes y las interpretaciones erróneas del paciente.
  - c. Encontrar actividades que atraigan la atención del paciente.
  - d. Comentar temas nuevos a la hora de comer. e. Tratar los problemas de conducta para mejorar las estrategias de afrontamiento del paciente.
  - f. Recurrir a las distracciones cuando el paciente está agitado.

## CASO CLÍNICO

La Sra. Smith es una viuda de 79 años con enfermedad de Alzheimer que ha ingresado en una residencia de ancianos. Durante los 4 últimos años, la enfermedad ha avanzado hasta tal punto que ya no puede vivir sola en su casa. Sufre un deterioro del sentido de la realidad muy acusado y ha perdido completamente la memoria a corto plazo. Ha dejado de pagar las facturas, de preparar la comida y de limpiar la casa. Cada vez se muestra más suspicaz con la enfermera de atención domiciliaria y su ayudante, hasta el punto de que un día no les dejó entrar en su casa.

Desde que ha llegado a la residencia, la paciente apenas duerme y muchas veces el personal de noche se la encuentra vagando sola por los pasillos. En el comedor, a la hora de la comida, se la ve nerviosa y asustada. Come muy poco y ha perdido peso. Si por ella fuera, llevaría siempre la misma ropa, por el día y por la noche, y no prestaría ninguna atención a la higiene personal.

1. ¿Qué otras valoraciones debe llevar a cabo el profesional en esta paciente para planificar la atención de enfermería?
2. ¿Qué diagnósticos de enfermería debe aplicar el profesional a esta paciente?
3. Indique un resultado esperable y al menos dos intervenciones de enfermería para cada uno de estos diagnósticos.

# Respuestas a los ejercicios de autoevaluación

## RESPUESTA CLAVE

### Capítulo 1

#### Preguntas de selección múltiple

1. C
2. B
3. A
4. D
5. C

#### Rellene los espacios en blanco

Eje I: todos los trastornos mentales, excepto el retraso mental (trastornos del aprendizaje) y los trastornos de la personalidad.

Eje II: retraso mental, trastornos de la personalidad, rasgos desadaptativos de la personalidad, mecanismos de defensa.

Eje III: enfermedades y alteraciones médicas actuales que pueden ser importantes para entender y tratar el trastorno mental. Eje IV: problemas psicosociales y del entorno.

Eje V: Escala de evaluación de la actividad global.

#### Preguntas de respuesta breve

1. Aumento del número de centros dedicados a la atención comunitaria; aumento de la utilización de las pruebas de detección sistemática de los problemas de salud mental en los centros de atención primaria; identificación de las poblaciones de alto riesgo mediante pruebas de detección sistemática; mejora de la cobertura a la salud mental en los seguros médicos privados; aumento de los programas de atención a la salud mental en las cárceles, reformatorios y en otros contextos institucionales.
2. Contención del gasto y gestión de la asistencia, diversificación de la población, atención comunitaria.
3. Ejemplos de este tipo de miedos son: decir algo equivocado, no saber qué hacer, ser rechazado por el paciente, la conducta extravagante o inadecuada de los pacientes, ser objeto de amenazas o de violencia física y encontrarse con una persona conocida que está siendo tratada en el servicio o departamento en el que trabaja el profesional.

### Capítulo 2

#### Preguntas de selección múltiple

1. A

2. B
3. D
4. C
5. B
6. B
7. C
8. B

### **Rellene los espacios en blanco**

1. Neuroléptico atípico
2. Antidepresivo ISRS
3. Antidepresivo tricíclico
4. Anticolinérgico
5. Estimulante del sistema nervioso central
6. Anticonvulsivo que se utiliza como estabilizador del estado de ánimo
7. Benzodiazepina
8. Neuroléptico atípico

### **Preguntas de respuesta breve**

1. La suspensión brusca provoca efectos de rebote (reaparición de los síntomas), recaída de los síntomas para los que se prescribió el fármaco o aparición de los síntomas del síndrome de abstinencia. La reducción progresiva de la dosis antes de suspender la administración del fármaco alivia o minimiza todos estos problemas.
2. Se inyecta una sustancia radioactiva en el torrente sanguíneo. Se pide al paciente que realice tareas de «pensar» mientras la cámara va tomando imágenes del cerebro en funcionamiento. El procedimiento dura entre 2 h y 3 h.
3. De la misma forma que el proceso de facilitación (*kindling*) da lugar a un aumento de la actividad convulsiva (crisis convulsivas), los cambios del estado de ánimo maníacos leves o de poca duración pueden provocar finalmente un episodio agudo maníaco.

## **Capítulo 3**

### **Preguntas de selección múltiple**

1. D
2. D
3. C
4. B
5. A
6. C
7. A
8. A
9. A

### **Rellene los espacios en blanco**

1. Carl Rogers
2. Erik Erikson
3. Ivan Pavlov
4. Albert Ellis
5. B.F. Skinner
6. Carl Rogers
7. Frederick Perls
8. Abraham Maslow
9. Viktor Frankl
10. Albert Ellis
11. William Glasser

### **Preguntas de respuesta breve**

1. El paciente participa en sesiones de grupo con otros pacientes. Todos tienen el mismo propósito: beneficiarse de las aportaciones de los demás para conseguir el cambio que se desea. Un ejemplo es el de la terapia de familia cuando se utiliza para aprender a resolver los conflictos familiares.
2. Los miembros del grupo se reúnen para aprender sobre un tema determinado con la ayuda de una persona que tiene conocimientos y experiencia sobre el tema. Un ejemplo son los grupos de entrenamiento en comunicación asertiva.
3. Los miembros del grupo se ayudan a sí mismos y, al mismo tiempo, ayudan a los demás a hacer frente a los factores y acontecimientos estresantes, a la enfermedad y a los problemas que van surgiendo. En Estados Unidos, un ejemplo es la organización Survivors of Suicide (supervivientes del suicidio), formada por los familiares de personas que se han suicidado.
4. Este grupo se estructura en torno a una experiencia común (experiencia compartida por todos los miembros del grupo) y lo dirigen los propios miembros. En Estados Unidos, un ejemplo es Alcohólicos Anónimos.

## **Capítulo 4**

### **Preguntas de selección múltiple**

1. B
2. B
3. C
4. B
5. C
6. C
7. C
8. D



## **Rellene los espacios en blanco**

Asistente social

Terapeuta ocupacional

Psiquiatra

Especialista en rehabilitación laboral

## **Preguntas de respuesta breve**

1. Doble estigmatización, no tener familia o apoyo social, comorbilidad, problemas de adaptación, problemas referidos a los límites.
2. Los hogares para pacientes en recuperación que padecen un trastorno mental pretenden convertirse en un entorno residencial en el que las personas que viven en él asuman sus propias responsabilidades y funcionen sin necesidad de supervisión por parte de un profesional al que se le paga para realizar tal tarea. Se pretende que sea el lugar de residencia permanente del paciente.
3. La desinstitucionalización, la existencia de criterios más rígidos para poder reinsertarse en la sociedad, la falta de un apoyo social adecuado y la actitud de la policía y de la sociedad en su conjunto.

## **Capítulo 5**

### **Preguntas de selección múltiple**

1. A
2. A
3. C
4. B

### **Preguntas de respuesta múltiple**

1. C, E, F
2. A, C, D

### **Caso clínico**

Sr. Johnson: «Me gusta elegir a los estudiantes de enfermería, porque, si no los elijo yo, ellos nunca me eligen a mí».

Profesional: «Para mi es un honor que me haya elegido, Sr. Johnson. Me llamo Sandy Moore, y seré su enfermera en prácticas durante las próximas seis semanas. Parece que usted ya tiene experiencia con otros grupos de enfermeras en prácticas». (El profesional proporciona información al paciente sobre su persona y la función que va a desempeñar y reconoce la experiencia anterior del paciente.)

Sr. Johnson: «Sí claro, los he visto ir y venir, pero nunca me eligen como paciente. ¡Se ve que estoy demasiado loco para ellos!» (ríe nervioso).

Profesional: «Bien, estoy encantada de que me haya elegido. Es un honor para mí». (El profesional deja claro que está contenta por tener la oportunidad de trabajar con el paciente.)

Sr. Johnson: «¿Está usted segura?»

Profesional: «Claro que sí. Estaré aquí los martes de 10 de la mañana a 3 de la tarde durante las próximas 6 semanas. Espero que podamos identificar algunos temas importantes y trabajar conjuntamente con ellos». (El profesional establece claramente los parámetros de la relación.)

## Capítulo 6

### Preguntas de selección múltiple

1. C
2. A
3. B
4. B
5. B
6. C
7. A

### Preguntas de respuesta múltiple

1. A, C, D, E
2. D, F

## Capítulo 7

### Preguntas de respuesta múltiple

1. A
2. B
3. A
4. B
5. C
6. B

### Preguntas de respuesta múltiple

1. B, C, F
2. C, E, F

### Preguntas de respuesta breve

1. Atención de enfermería culturalmente competente significa ser sensible a los aspectos relacionados con la cultura, la procedencia étnica, la religión, el sexo, la orientación sexual, la clase social, la situación económica y otros factores que afectan al paciente. Significa, además, que el profesional de la enfermería se encarga de promover las prácticas del paciente que tienen que ver con sus creencias (p. ej., las prácticas espirituales), utiliza el estilo de comunicación verbal que mejor se adapta a las características del paciente, etc.
2. No completar con éxito las tareas correspondientes a una etapa determinada del

desarrollo psicosocial da lugar a un desenlace negativo de tal etapa (p. ej., desconfianza hacia los demás) e impide completar con éxito las siguientes etapas. Por el contrario, completar con éxito una de estas etapas da lugar a un aumento de las posibilidades de que el sujeto complete con éxito las siguientes.

## Capítulo 8

### Preguntas de selección múltiple

1. B
2. D
3. B
4. B
5. C
6. A
7. C

### Preguntas de respuesta múltiple

1. A, C, E
2. A, D, E, F

### Preguntas de respuesta breve

1. ¿Qué significa el refrán: «no por mucho madrugar amanece más temprano»?
2. ¿Por qué ha venido a la clínica?
3. ¿Cómo se describiría a usted mismo como persona?
4. Si se perdiese en el centro de la ciudad y no conociese a nadie, ¿qué haría?
5. En general, ¿cómo se siente?
6. ¿Puede decirme que día es hoy (la fecha)? (tiempo) ¿Puede decirme dónde se encuentra Usted en estos momentos? (espacio) ¿Puede decirme cómo se llama? (personas).

### Caso clínico

1. Proporcionar *feedback* positivo por haber venido al centro de salud mental a buscar ayuda. Decirle que no hay ningún problema en que llore. Decirle que el profesional se sentará con ella hasta que la paciente esté preparada para hablar. Reconocer y aceptar los sentimientos de la paciente (p. ej., «me doy cuenta de que está usted muy afectada»).
2. ¿Cuál es el problema según el punto de vista de la paciente? (averiguar cuál es la percepción que tiene la paciente de la situación en la que se encuentra) ¿Se ha sentido la paciente de esta forma antes alguna vez? (determinar si se trata de una situación nueva o de una recidiva de una situación anterior) ¿Tiene la paciente pensamientos de hacerse daño a sí misma o a otras personas? (determinar la seguridad de la paciente y de los demás) ¿Ha estado la paciente tomando alcohol u otra droga o algún medicamento? (evaluar la capacidad de la paciente de pensar claramente o ver si hay

deterioro de las funciones cognitivas). ¿Qué tipo de ayuda necesita la paciente? (determinar qué tipo de ayuda quiere la paciente; p. ej., disponer de una persona con la que poder hablar, ayuda para solucionar un problema concreto o derivación a otro centro o profesional).

3. La paciente está en crisis. La paciente está buscando ayuda/tratamiento. En estos momentos, la paciente no está estabilizada.
4. Decir a la paciente que el profesional de enfermería necesita reunir datos para evaluar su seguridad (ideación suicida e impulsos de autolesionarse). En el caso de que no haya problemas de seguridad, puede abandonar el centro de salud mental. De lo contrario, el profesional debe pedirle que se quede o, si es necesario, que llame al número de emergencias.

## Capítulo 9

### Preguntas de selección múltiple

1. A
2. A
3. B
4. D
5. D

### Preguntas de respuesta múltiple

1. A, C, F
2. A, B, C, F

## Capítulo 10

### Preguntas de selección múltiple

1. B
2. B
3. B
4. C
5. B

### Preguntas de respuesta múltiple

1. D, E, F
2. B, C, E

## Capítulo 11

### Preguntas de selección múltiple

1. B
2. C
3. C

4. C
5. D
6. B
7. A
8. A

#### **Preguntas de respuesta múltiple**

1. A, B, C, D
2. A, B, F

### **Capítulo 12**

#### **Preguntas de selección múltiple**

1. B
2. C
3. D
4. A

#### **Preguntas de respuesta múltiple**

1. A, C, E
2. A, C, E, F

### **Capítulo 13**

#### **Preguntas de selección múltiple**

1. C
2. D
3. D
4. B
5. D
6. C
7. C
8. D

#### **Preguntas de respuesta múltiple**

1. A, D, E
2. C, D, E, F

#### **Caso clínico**

1. El profesional llevaría a cabo una valoración psicosocial exhaustiva, y evaluaría las capacidades funcionales y el deterioro que presenta Susan. También evaluaría la percepción que Susan tiene de la situación, la seguridad, las estrategias de afrontamiento y su disposición a aceptar el tratamiento.
2. Susan podría ser tratada con antidepresivos ISRS y con desensibilización sistemática y

otros métodos terapéuticos no farmacológicos, tales como relajación muscular progresiva, creación de imágenes mentales y técnicas de reestructuración cognitiva, para mejorar la respuesta a la ansiedad.

3. En este momento, la disposición total de Martha a ayudar a su hija con la compra y otras tareas de la vida diaria está permitiendo que Susan se quede en el apartamento y que no haga nada por buscar ayuda profesional y tratamiento. El profesional debería aconsejar a Martha que hable con los profesionales sanitarios que van a tratar a su hija sobre la forma en la que puede ayudarla y apoyarla, pero sin que esta ayuda permita que Susan se quede todo el día encerrada en el apartamento. Si Susan rechaza el tratamiento, Martha podría buscar un psicoterapeuta para sí misma para que la ayude y la oriente sobre lo que debe hacer.

## Capítulo 14

### Preguntas de elección múltiple

1. D
2. B
3. D
4. C
5. A
6. B
7. D

### Preguntas de respuesta múltiple

1. A, B, D
2. B, C, D

### Caso clínico

1. Más datos para la evaluación (ejemplos): determinar el contenido del delirio que da órdenes al paciente, preguntar al paciente sobre sus preferencias con respecto a la higiene personal (p. ej., ducha o baño) y determinar si hay algo o algún lugar que le hace sentirse más cómodo y seguro.
2. Alteración de los procesos del pensamiento: el paciente participará en interacciones de 5 min, cada una de ellas basadas en la realidad; el paciente expresará verbalmente sus sentimientos y emociones. Cumplimiento ineficaz del tratamiento (el paciente se niega a tomar la medicación): tomará la medicación tal como se le ha prescrito; el paciente expresará verbalmente las dificultades que tiene para seguir el tratamiento. Déficit de autocuidado: el paciente se duchará o se bañará, se lavará el pelo y se pondrá ropa limpia en días alternos; el paciente se pondrá la ropa adecuada en función del tiempo (atmosférico) y de la actividad.
3. Alteración del contenido del pensamiento: implicar al paciente en el presente y en los temas del aquí y el ahora que no estén relacionados con las ideas delirantes; centrarse en los sentimientos y emociones del paciente. Cumplimiento ineficaz del tratamiento:



presentar el régimen de tratamiento como una cuestión de hecho (sin hacer juicios de valor); permitir al paciente que abra el envoltorio de tipo monodosis; evaluar los efectos secundarios y administrar la medicación o poner en marcha intervenciones de enfermería para mejorar los efectos secundarios; proporcionar al paciente información sobre la medicación basada en hechos: «este medicamento disminuirá las voces que oye». Déficit de autocuidado: proporcionar al paciente intimidad y productos adecuados para la higiene personal; proporcionar al paciente *feedbacks* sobre el olor corporal, sobre la suciedad de la ropa, etc.; ayudar al paciente a colocar la ropa limpia en un lugar al que pueda tener fácil acceso y el paciente considere que es seguro y que no se la van a robar otras personas.

4. John podría beneficiarse de un gestor del caso fuera del hospital y de un programa de apoyo comunitario o de una clínica en la que pudieran inyectarle las inyecciones de la medicación de liberación sostenida.

## Capítulo 15

### Preguntas de selección múltiple

1. D
2. A
3. A
4. C
5. A
6. D
7. B
8. D
9. A

### Preguntas de respuesta múltiple

1. A, B, F
2. A, B, E

### Caso clínico

*(Los siguientes son ejemplos de respuestas correctas, pero hay otras respuestas posibles).*

1. Es esencial que el profesional de la enfermería pregunte a June si tiene algún tipo de ideación suicida. Si es así, el profesional debe evaluar la letalidad de la ideación suicida de la paciente: ¿Tiene algún plan concreto? ¿Dispone de los medios para llevar a cabo el plan? ¿Cuáles son los detalles del plan (día, hora, lugar, procedimiento, etc.)?
2. Estrategias de afrontamiento ineficaces; desempeño ineficaz del rol y deterioro de la función social.

*Nota:* el riesgo de suicidio debe ser la máxima prioridad si el profesional averigua que June tiene algún tipo de ideación suicida.

3. La paciente será capaz de identificar las estrategias de afrontamiento que han resultado eficaces en el pasado; la paciente llevará a cabo las actividades normales de la vida diaria; la paciente expresará verbalmente los sentimientos y las emociones.
4. Interactuar cara a cara con June para hablar de los sentimientos, de las emociones y de las estrategias de afrontamiento que la paciente ha utilizado hasta ahora, así como para motivarla, animarla y ayudarla para levantarse por la mañana, ducharse, vestirse, desayunar, etc.; informar y educar a June sobre la depresión y su tratamiento y ayudarla a identificar los estresores y los posibles sistemas de apoyo de los que podría disponer.

## Capítulo 16

### Preguntas de selección múltiple

1. C
2. A
3. D
4. B
5. D
6. C
7. A
8. A

### Preguntas de respuesta múltiple

1. B, C, D
2. B, C, D

### Caso clínico

*(Los siguientes son ejemplos de respuestas correctas, pero hay otras respuestas posibles).*

1. Riesgo de autolesiones, estrategias de afrontamiento ineficaces.
2. Riesgo de autolesiones: la paciente estará segura y se abstendrá de causarse lesiones importantes. Estrategias de afrontamiento ineficaces: la paciente demostrará que tiene un mayor control de las conductas impulsivas.
3. Riesgo de autolesiones: hablar con la paciente sobre la presencia e intensidad de los impulsos a autolesionarse; negociar con la paciente un contrato por escrito mediante el cual se compromete a no autolesionarse; ayudar a la paciente a identificar los factores que actúan como activadores de las conductas autolesivas. Estrategias de afrontamiento ineficaces: ayudar a la paciente a identificar los sentimientos y emociones mediante un diario; hablar con la paciente sobre las técnicas de distracción que puede utilizar cuando es necesario retrasar la gratificación; hablar con la paciente sobre formas alternativas de expresar los sentimientos y emociones sin recurrir a la exageración.
4. Psicoterapeuta comunitario, servicios de apoyo comunitarios, orientación laboral y

educativa, grupos de autoayuda.

## Capítulo 17

### Preguntas de selección múltiple

1. B
2. A
3. B
4. D
5. C
6. A
7. C

### Preguntas de respuesta múltiple

1. B, C, E, F
2. B, E, F

### Caso clínico

1. Renuncia ineficaz, estrategias de afrontamiento ineficaces
2. Renuncia ineficaz: la paciente se abstendrá de consumir alcohol u otras drogas. Estrategias de afrontamiento ineficaces: la paciente identificará dos estrategias de afrontamiento para hacer frente a los estresores que no tengan nada que ver con el alcohol y otras drogas.
3. Renuncia ineficaz: informe y eduque a la paciente sobre el alcoholismo; destruya los mitos sobre el alcoholismo; pregunte a la paciente sobre los acontecimientos más importantes que se han producido recientemente en su vida (fracasos, separaciones, detenciones por parte de la policía, etc.) y hable con ella sobre el papel que ha desempeñado la bebida en estos acontecimientos. Estrategias de afrontamiento ineficaces: motive y anime a la paciente a expresar verbalmente, de forma directa y abierta, los sentimientos y emociones; enseñe a la paciente técnicas de relajación y la práctica del rol (*roleplaying*) (deje que la paciente elija las situaciones) para teatralizar acontecimientos o situaciones que le han resultado o le resultan difíciles de manejar.

## Capítulo 18

### Preguntas de selección múltiple

1. B
2. C
3. A
4. B
5. A
6. B
7. D
8. A

### **Preguntas de respuesta múltiple (varias respuestas para cada pregunta)**

1. A, C, D, F
2. B, C, D, F

### **Caso clínico**

*(Los siguientes son ejemplos de respuestas correctas, pero hay otras respuestas posibles).*

1. Alimentación desequilibrada: el paciente no recibe el aporte nutricional mínimo y estrategias de afrontamiento ineficaces.
2. (Alimentación) La paciente tomará todas las comidas y aperitivos del día sin comportamientos purgativos. (Estrategias de afrontamiento) La paciente identificará dos estrategias de afrontamiento que no estén relacionadas con la comida.
3. (Alimentación) Siéntese con la paciente mientras come; supervise a la paciente entre 1 h y 2 h después de cada comida y aperitivo; supervise el uso que hace la paciente del cuarto de baño. (Estrategias de afrontamiento) Pregunte a la paciente cómo se siente; continúe centrándose en los sentimientos y emociones de la paciente si, cuando le pregunta cómo se siente, da respuestas sólo de tipo somático; haga que la paciente utilice un diario para hablar de las emociones, de los sentimientos y de lo que ha comido; enseñe a la paciente a utilizar las técnicas de relajación y de distracción, tales como escuchar música o realizar cualquier otra actividad gratificante que no tenga nada que ver con la comida.

## **Capítulo 19**

### **Preguntas de selección múltiple**

1. B
2. C
3. D
4. B
5. A
6. A
7. A
8. C

### **Preguntas de respuesta múltiple**

1. B, C, F
2. A, B, C, D

### **Caso clínico**

*(Los siguientes son ejemplos de respuestas correctas, pero hay otras respuestas posibles).*

1. Estrategias de afrontamiento ineficaces, dolor, ansiedad.
2. La paciente identificará la relación que existe entre el estrés y la reagudización del

dolor; la paciente será capaz de llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

3. Haga que la paciente utilice un diario para anotar los sentimientos y las emociones y la intensidad y características del dolor; ayude a la paciente a hacer una programación clara y concreta de las actividades y tareas diarias, empezando con las tareas más fáciles; motive y anime a la paciente a escuchar música o a realizar otras actividades que le sirvan de distracción (deben ser actividades que le gusten y le resulten gratificantes); hable con la paciente sobre sus sentimientos de frustración y sobre la ansiedad con sensibilidad, escucha atenta y empática.
4. Fisioterapia, orientación laboral o terapia ocupacional, orientación por parte de un nutricionista.
5. Grupos de apoyo o de autoayuda para personas que sufren dolores crónicos o un trastorno por dolor, grupos para hacer ejercicio físico conjuntamente o trabajo como voluntaria (ONG, grupos de voluntariado).

## Capítulo 20

### Preguntas de selección múltiple

1. D
2. A
3. C
4. A
5. A
6. B
7. D

### Preguntas de respuesta múltiple

1. B, C, D
2. C, D, E

### Caso clínico

*(Los siguientes son ejemplos de respuestas correctas, pero hay otras respuestas posibles).*

1. El metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso que es eficaz en el 70 % al 80 % de los niños con TDAH. Disminuye la hiperactividad y la impulsividad y mejora la atención. Puede provocar pérdida del apetito, y debe administrarse después de la comidas. Es conveniente dar al niño un refrigerio (aperitivo) nutritivo entre las comidas. Administrar el fármaco durante el día ayuda a prevenir el insomnio, que es un efecto secundario bastante frecuente del metilfenidato. Los padres deben notar la mejoría en 1 o 2 días. Si no se observa mejoría en el comportamiento del niño, se debe consultar al médico que prescribió el fármaco.
2. No se conoce con exactitud la causa del TDAH, pero no es culpa de los padres ni se debe a nada que los padres hayan hecho. La medicación mejora los síntomas conductuales, pero es necesario tomar también otras medidas. La medicación

mejorará los síntomas, por lo que Dixie podrá participar en las actividades del colegio, seguir las clases con normalidad, hacer amigos, etc.

3. Supervisar a Dixie cuando está con su hermano pequeño y ayudarla a que aprenda a jugar con él con tranquilidad. No se debe prohibir a Dixie que le toque, pero hay que enseñarle cuál es la forma correcta de hacerlo. Dar a Dixie instrucciones e indicaciones claras y concretas y paso a paso, y supervisarla para que termine las tareas. Para realizar las tareas que requieren concentración (p. ej., deberes del colegio), la niña debe disponer de un lugar tranquilo en el que las distracciones sean las mínimas posibles. Establecer una rutina diaria clara y bien estructurada: levantarse por la mañana, vestirse, ir al colegio, hacer los deberes, jugar, etc. No se debe cambiar la rutina diaria a no ser que sea estrictamente necesario. Si Dixie tiene claro lo que se espera de ella en cada momento, hará más caso. Tener en cuenta las cualidades y puntos fuertes de la niña, y proporcionar un *feedback* positivo con frecuencia para reforzar los progresos y mejorar su autoestima.
4. Los padres deben hablar con el profesor de Dixie, con el director y con el psicólogo del colegio para informarles de que se la ha diagnosticado un TDAH. De esta forma se puede estudiar la posibilidad de que Dixie reciba clases de apoyo u otras medidas de educación especial o compensatoria. Si el colegio dispone de un profesional de la enfermería, los padres deben también ponerse en contacto con él para que se encargue de administrar a Dixie la medicación a medio día durante los días lectivos. El profesional puede referir a los padres a un grupo de ayuda o de autoayuda para padres de niños con TDAH, y puede darles folletos, libros u otros materiales impresos sobre el TDAH, así como direcciones de Internet, si los padres tienen un ordenador en casa.

## Capítulo 21

### Preguntas de selección múltiple

1. B
2. D
3. B
4. C
5. B
6. C
7. A
8. A

### Preguntas de respuesta múltiple

1. B, C, F
2. A, C, F

### Caso clínico

*(Los siguientes son ejemplos de respuestas correctas, pero hay otras respuestas posibles).*



1. ¿Qué le gusta comer? ¿Cuáles son las prácticas habituales de higiene personal de la paciente? ¿Qué actividades le gustan más? ¿A qué objetos personales les tiene más cariño?
2. Confusión crónica, deterioro de la socialización, alteración del patrón del sueño, déficits de autocuidado, riesgo de desequilibrio nutricional: el paciente no recibe el aporte nutricional mínimo.
3. La paciente experimentará la menor frustración posible. *Intervenciones de enfermería:* indique a la paciente el nombre de las personas y de los objetos y la hora del día para mejorar la interacción con ella y disminuir la confusión. No pida a la paciente que tome decisiones si no es capaz de hacerlo; ofrézcale diferentes opciones sólo cuando sea capaz de elegir. La paciente interactuará con el profesional de la enfermería. La paciente dará paseos con otros pacientes. *Intervenciones de enfermería:* al principio, implique a la paciente únicamente en actividades solitarias con el profesional de la enfermería. Luego, implíquela en actividades grupales centradas en las funciones físicas que se mantienen intactas, mejor que en actividades que requieran utilizar las funciones cognitivas. La paciente ingerirá el 50 % de las comidas y aperitivos del día. *Intervenciones:* proporcione a la paciente alimentos que le gusten, en un entorno en el que exista mayor probabilidad de que coma, tal como su habitación o sentada sola en una mesa. La paciente dormirá 6 h todas las noches. *Intervenciones de enfermería:* establezca una rutina por la noche que sirva para relajar y tranquilizar a la paciente (p. ej., ofrecerle una bebida, leer en voz alta, dejar encendida una luz tenue en el dormitorio). Disminuya la estimulación después de cenar y, si es posible, evite que la paciente duerma durante el día. Ésta seguirá una rutina diaria para la higiene personal con ayuda del personal de enfermería. *Intervenciones de enfermería:* intente adecuarse a la rutina para la higiene personal que la paciente seguía en casa (¿baño o ducha?, ¿al levantarse o al acostarse?, etc.), y establezca una rutina clara y bien estructurada.

## Apéndice A

# Clasificación de los trastornos mentales en el DSM-IV-TR

NE = No especificado

Cuando aparece una *x* en un código diagnóstico significa que se requiere un número específico de código.

En los nombres de algunos trastornos se añaden puntos suspensivos (...) para indicar que hay que incluir el nombre del trastorno mental específico o de la enfermedad médica (p. ej., Delirium debido a hipotiroidismo).

Si se cumplen todos los criterios, se puede anotar una de las siguientes especificaciones de gravedad a continuación del diagnóstico:

Leve

Moderado

Grave

Si no se cumplen todos los criterios, se puede anotar una de las siguientes especificaciones:

En remisión parcial

En remisión total

Historia anterior

## TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA

### Retraso mental

*Nota: se codifican en el Eje II.*

- 317 Retraso mental leve
- 318.0 Retraso mental moderado
- 318.1 Retraso mental grave
- 318.2 Retraso mental profundo
- 319 Retraso mental de gravedad no especificada

### Trastornos del aprendizaje

- 315.00 Trastorno de la lectura

- 315.1 Trastorno del cálculo
- 315.2 Trastorno de la expresión escrita
- 315.9 Trastorno del aprendizaje NE

### **Trastornos de las habilidades motoras**

- 315.4 Trastorno del desarrollo de la coordinación

### **Trastornos de la comunicación**

- 315.31 Trastorno del lenguaje expresivo
- 315.32 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
- 315.39 Trastorno fonológico
- 307.0 Tartamudeo
- 307.9 Trastorno de la comunicación no especificado

### **Trastornos generalizados del desarrollo**

- 299.00 Trastorno autista
- 299.80 Trastorno de Rett
- 299.10 Trastorno desintegrativo infantil
- 299.80 Trastorno de Asperger
- 299.80 Trastorno generalizado del desarrollo NE

### **Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador**

- 314.xx Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
  - .01 Tipo combinado
  - .00 Tipo con predominio del déficit de atención
  - .04 Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
- 314.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad NE
- 312.xx Trastorno disocial
  - .81 De inicio infantil
  - .82 De inicio adolescente
  - .89 De inicio no especificado
- 313.81 Trastorno negativista desafiante
- 312.9 Trastorno de comportamiento perturbador NE

## Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez

- 307.52 Pica
- 307.53 Trastorno de rumiación
- 307.59 Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez

## Trastornos de tics

- 307.23 Síndrome de Gilles de la Tourette
- 307.22 Trastorno con tics motores o vocales crónicos
- 307.21 Trastorno con tics transitorios  
**Especificar si:** episodio único/recidivante
- 307.20 Trastorno de tics NE

## Trastornos de la eliminación

- .— Encopresis
- 787.6 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento
- 307.7 Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento
- 307.6 Enuresis (no debida a una enfermedad médica)  
**Especificar tipo:** sólo nocturna/sólo diurna/nocturna y diurna

## Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia

- 309.21 Trastorno de ansiedad por separación  
**Especificar si:** de inicio temprano
- 313.23 Mutismo selectivo
- 313.89 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez  
**Especificar tipo:** inhibido/desinhibido
- 307.3 Trastorno de movimientos estereotipados  
**Especificar si:** con comportamientos autolesivos
- 313.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia NE

## DELÍRIUM, DEMENCIA, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNITIVOS

### Delirium

- 293.0 Delirium debido a.... (*indicar enfermedad médica*)  
Delirium inducido por sustancias (*consultar trastornos*)

- .— relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas)
- Delirium por abstinencia de sustancias (*consultar trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas*)
- .— Delirium debido a múltiples etiologías (*codificar cada etiología específica*)
- 780.09 Delirium NE

## Demencia

- 294.xx Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano (*codificar también 331.0 Enfermedad de Alzheimer en el Eje III*)
  - .10 Sin alteración del comportamiento
  - .11 Con alteración del comportamiento
- 294.xx Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío (*codificar también 331.0 Enfermedad de Alzheimer en el Eje III*)
  - .10 Si alteración del comportamiento
  - .11 Con alteración del comportamiento
- 290.xx Demencia vascular
  - .40 No complicada
  - .41 Con delirium
  - .42 Con ideas delirantes
  - .43 Con estado de ánimo deprimido  
**Especificar si:** con trastorno del comportamiento

### ***Código de presencia o ausencia de alteración del comportamiento en el quinto dígito si***

- 0 = Sin alteración de comportamiento
- 1 = Con alteración del comportamiento
- 294.1x Demencia debida a enfermedad por VIH (*ver también código 042 HIV en el Eje III*)
- 294.1x Demencia debida a traumatismo craneal (*codificar también 845.00 Lesión cerebral en el Eje III*)
- 294.1x Demencia debida a enfermedad de Parkinson (*codificar también 332.0 Enfermedad de Parkinson en el Eje III*)
- 294.1x Demencia debida a enfermedad de Huntington (*codificar también 333.4 Enfermedad de Huntington en el Eje III*)

- 294.1x Demencia debida a enfermedad de Pick (*codificar también 331.11 Enfermedad de Pick en el Eje III*)
- 294.1x Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (*codificar también 0461.1 Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob*)
- 294.1x Demencia debida a... (*indicar enfermedad médica no enumerada antes*) (*codificar también la enfermedad médica en el Eje III*)
- .— Demencia persistente inducida por sustancias (*consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas*)
- .— Demencia debida a múltiples etiologías (*codificar cada una de las etiologías específicas*)
- 294.8 Demencia NE

### Trastornos amnésicos

- 290.4 Trastorno amnésico debido a... (*indicar enfermedad médica*) **Especificar si:** transitorio/crónico
- .— Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias (*consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos para cada una de ellas*)
- 294.8 Trastorno amnésico NE

### Otros trastornos cognitivos

- 294.9 Trastorno cognitivo NE

## TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A ENFERMEDAD MÉDICA NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS

- 293.89 Trastorno catatónico debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 310.1 Cambio de personalidad debido a... (*indicar enfermedad médica*) **Especificar tipo:** lábil/desinhibido/agresivo/apático/paranoide/otros tipos/combinado/tipo inespecífico
- 293.9 Trastorno mental NE debido a... (*indicar enfermedad médica*)



## TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

*Se pueden aplicar las siguientes especificaciones a la dependencia de sustancias:*

<sup>a</sup> Con dependencia fisiológica/sin dependencia fisiológica

<sup>b</sup> Remisión total temprana/parcial temprana. Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida

<sup>c</sup> En un entorno controlado

<sup>d</sup> En tratamiento con antagonistas

*Se aplican las siguientes especificaciones a los trastornos inducidos por sustancias:*

<sup>I</sup> De inicio durante la intoxicación/<sup>W</sup> De inicio durante la abstinencia

### Trastornos relacionados con el alcohol

#### *Trastornos por consumo de alcohol*

303.90 Dependencia del alcohol<sup>a,b,c</sup>

305.00 Abuso de alcohol

#### *Trastornos inducidos por el alcohol*

303.00 Intoxicación por alcohol

292.81 Abstinencia de alcohol

**Especificar si:** con alteraciones perceptivas

291.0 Delirium por intoxicación por alcohol

291.0 Delirium por abstinencia de alcohol

291.2 Demencia persistente inducida por el alcohol

291.1 Trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol

291.x Trastorno psicótico inducido por el alcohol<sup>I,W</sup>

.5 Con ideas delirantes<sup>I,W</sup>

.3 Con alucinaciones<sup>I,W</sup>

291.89 Trastorno del estado de ánimo inducido por el alcohol<sup>I,W</sup>

291.89 Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol<sup>I,W</sup>

291.89 Trastorno sexual inducido por el alcohol<sup>I</sup>

291.82 Trastorno del sueño inducido por el alcohol<sup>I,W</sup>

291.9 Trastorno relacionado con el alcohol NE

### Trastornos relacionados con las anfetaminas (o sustancias de acción similar)

#### *Trastornos por consumo de anfetaminas*

- 304.40 Dependencia de anfetaminas <sup>a,b,c</sup>
- 305.70 Abuso de anfetaminas

### ***Trastornos inducidos por anfetaminas***

- 292.89 Intoxicación por anfetaminas  
***Especificar si:*** con alteraciones de la percepción
- 292.0 Abstinencia de anfetaminas
- 292.81 Delirium por intoxicación por anfetaminas
- 292.xx Trastorno psicótico inducido por anfetaminas
  - .11 Con ideas delirantes <sup>I</sup>
  - .12 Con alucinaciones <sup>I</sup>
- 292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetaminas <sup>I,W</sup>
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por anfetaminas <sup>I,W</sup>
- 292.89 Trastorno sexual inducido por anfetaminas <sup>I</sup>
- 292.85 Trastorno del sueño inducido por anfetaminas <sup>I,W</sup>
- 292.9 Trastorno relacionado con anfetaminas NE

### **Trastornos relacionados con la cafeína**

#### ***Trastornos inducidos por la cafeína***

- 305.90 Intoxicación por cafeína
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por cafeína <sup>I</sup>
- 292.85 Trastorno del sueño inducido por cafeína <sup>I</sup>
- 292.9 Trastorno relacionado con cafeína NE

### **Trastornos relacionados con el cannabis**

#### ***Trastornos por consumo de cannabis***

- 304.30 Dependencia de *Cannabis* <sup>a,b,c</sup>
- 305.20 Abuso de *Cannabis*

#### ***Trastornos inducidos por Cannabis***

- 292.89 Intoxicación por *Cannabis*  
***Especificar si:*** con alteraciones de la percepción

- 292.81 Delirium por intoxicación por *Cannabis* 292.xx Trastorno psicótico inducido por *Cannabis*
- .11 Con ideas delirantes <sup>I</sup>
- .12 Con alucinaciones <sup>I</sup>
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por *Cannabis* <sup>I</sup>
- 292.9 Trastorno relacionado con *Cannabis* NE

## Trastornos relacionados con la cocaína

### *Trastornos por consumo de cocaína*

- 304.20 Dependencia de cocaína <sup>a,b,c</sup>
- 305.60 Abuso de cocaína

### *Trastornos inducidos por la cocaína*

- 292.89 Intoxicación por cocaína  
**Especificar si:** con alteraciones de la percepción
- 292.0 Abstinencia de cocaína
- 292.81 Delirium por intoxicación por cocaína
- 292.xx Trastorno psicótico inducido por cocaína
- .11 Con ideas delirantes <sup>I</sup>
- .12 Con alucinaciones <sup>I</sup>
- 292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína <sup>I,W</sup>
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína <sup>I,W</sup>
- 292.89 Trastorno sexual inducido por cocaína <sup>I</sup>
- 292.85 Trastorno del sueño inducido por cocaína <sup>I,W</sup>
- 292.9 Trastorno relacionado con cocaína NE

## Trastornos relacionados con alucinógenos

### *Trastornos por consumo de alucinógenos*

- 304.50 Dependencia de los alucinógenos <sup>b,c</sup>
- 305.30 Abuso de alucinógenos

### *Trastornos inducidos por los alucinógenos*

- 292.89 Intoxicación por alucinógenos
- 292.89 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*)
- 292.81 Delirium por intoxicación por alucinógenos
- 292.xx Trastorno psicótico inducido por alucinógenos
  - .11 Con ideas delirantes <sup>I</sup>
  - .12 Con alucinaciones <sup>I</sup>
- 292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos <sup>I</sup>
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos <sup>I</sup>
- 292.9 Trastorno inducido por alucinógenos NE

## **Trastornos relacionados con inhalantes**

### ***Trastornos por consumo de inhalantes***

- 304.60 Dependencia de inhalantes <sup>b,c</sup>
- 305.90 Abuso de inhalantes

### ***Trastornos inducidos por inhalantes***

- 292.89 Intoxicación por inhalantes
- 292.81 Delirium por intoxicación por inhalantes
- 292.82 Demencia persistente inducida por inhalantes
- 292.xx Trastorno psicótico inducido por inhalantes
  - .11 Con ideas delirantes <sup>I</sup>
  - .12 Con alucinaciones <sup>I</sup>
- 292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes <sup>I</sup>
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes <sup>I</sup>
- 292.9 Trastorno relacionado con inhalantes NE

## **Trastornos relacionados con la nicotina**

### ***Trastornos por consumo de nicotina***

- 305.1 Dependencia de nicotina <sup>a,b</sup>

### ***Trastornos inducidos por nicotina***

- 292.0 Abstinencia de nicotina
- 292.9 Trastorno relacionado con nicotina NE

## Trastornos relacionados con opiáceos

### *Trastornos por consumo de opiáceos*

- 304.00 Dependencia de opiáceos <sup>a,b,c,d</sup>
- 305.50 Abuso de opiáceos

### *Trastornos inducidos por opiáceos*

- 292.89 Intoxicación por opiáceos  
**Especificar si:** con alteraciones de la percepción
- 292.0 Abstinencia de opiáceos
- 292.81 Delirium por intoxicación por opiáceos
- 292.xx Trastorno psicótico inducido por opiáceos
  - .11 Con ideas delirantes <sup>I</sup>
  - .12 Con alucinaciones <sup>I</sup>
- 292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos <sup>I</sup>
- 292.89 Trastorno sexual inducido por opiáceos <sup>I</sup>
- 292.85 Trastorno del sueño inducido por opiáceos <sup>I,W</sup>
- 292.9 Trastorno relacionado con opiáceos NE

## Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias similares)

### *Trastornos por consumo de fenciclidina*

- 304.60 Dependencia de fenciclidina <sup>b,c</sup>
- 305.90 Abuso de fenciclidina

### *Trastornos inducidos por fenciclidina*

- 292.89 Intoxicación por fenciclidina  
**Especificar si:** con alteraciones de la percepción
- 292.81 Delirium por intoxicación por fenciclidina
- 292.xx Trastorno psicótico inducido por fenciclidina
  - .11 Con ideas delirantes <sup>I</sup>

- .12 Con alucinaciones
- 292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina <sup>I</sup>
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina <sup>I</sup>
- 292.9 Trastorno inducido por fenciclidina NE

## **Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

### *Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos*

- 304.10 Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos <sup>a,b,c</sup>
- 305.40 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

### *Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos*

- 292.89 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.0 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos  
**Especificar si:** con alteraciones de la percepción
- 292.81 Delirium por intoxicación de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.81 Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.82 Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.83 Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.xx Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- .11 Con ideas delirantes <sup>I,W</sup>
- .12 Con alucinaciones <sup>I,W</sup>
- 292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos <sup>I,W</sup>
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos <sup>W</sup>
- 292.89 Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos <sup>I</sup>
- 292.85 Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos <sup>I,W</sup>
- Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos



NE

### Trastornos relacionados con varias sustancias

304.80 Dependencia de varias sustancias <sup>a,b,c,d</sup>

### Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas)

#### *Trastorno por consumo de otras sustancias (o desconocidas)*

304.90 Dependencia de otras sustancias (o desconocidas) <sup>a,b,c,d</sup>

305.90 Abuso de otras sustancias (o desconocidas)

#### *Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas)*

292.89 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas)

**Especificar si:** con alteraciones de la percepción

292.0 Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas)

**Especificar si:** con alteraciones de la percepción

282.81 Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas)

292.82 Demencia persistente inducida por otras sustancias (o desconocidas)

292.83 Trastorno amnésico persistente inducido por otras sustancias (o desconocidas)

292.xx Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas)

.11 Con ideas delirantes <sup>I,W</sup>

.12 Con alucinaciones <sup>I,W</sup>

292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas) <sup>I,W</sup>

292.89 Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas) <sup>I,W</sup>

292.89 Trastorno sexual inducido por otras sustancias (o desconocidas) <sup>I</sup>

292.85 Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas) <sup>I,W</sup>

292.9 Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas)  
NE

## ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

295.xx Esquizofrenia

*La siguiente clasificación de curso longitudinal es aplicable a todos los subtipos de esquizofrenia:*

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (*especificar si:* con síntomas negativos acusados)/episódico sin síntomas residuales interepisódicos

Continuo (*especificar si:* con síntomas negativos acusados)

Episodio único en remisión parcial (*especificar si:* con síntomas negativos acusados)/episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

.30 Tipo paranoide

.10 Tipo desorganizado

.20 Tipo catatónico

.90 Tipo indiferenciado

.60 Tipo residual

Trastorno esquizofreniforme

295.40 ***Especificar si:*** sin síntomas de buen pronóstico/con síntomas de buen pronóstico

Trastorno esquizoafectivo

295.70 ***Especificar si:*** bipolar/depresivo

Trastorno delirante

297.1 ***Especificar tipo:*** erotomaniaco/de grandiosidad/celotípico/persecutorio/somático/mixto/no especificado

Trastorno psicótico breve

298.8 ***Especificar si:*** con desencadenante(s) graves(s)/sin desencadenante(s) grave(s)/de inicio en el posparto

297.3 Trastorno psicótico compartido (*folie à deux*)

293.xx Trastorno psicótico debido a... (*indicar enfermedad médica*)

.81 Con ideas delirantes

.82 Con alucinaciones

Trastorno psicótico inducido por sustancias (*consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas*)

—.— ***Especificar si:*** de inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

298.9 Trastorno psicótico NE

## TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

*Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor o del trastorno bipolar I en el quinto dígito:*

1 = Leve

2 = Moderado

3 = Grave sin síntomas psicóticos

4 = Grave con síntomas psicóticos

*Especificar:* síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo/síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo

5 = En remisión parcial

6 = En remisión total

0 = No especificado

*Se aplicarán (para los episodios actuales o más recientes) a los trastornos del estado de ánimo las siguientes especificaciones:*

<sup>a</sup> Gravedad/psicótico/especificaciones en remisión/<sup>b</sup> crónico/<sup>c</sup> con síntomas catatónicos/<sup>d</sup> con síntomas melancólicos/<sup>e</sup> con síntomas atípicos/<sup>f</sup> de inicio en el posparto

*Se aplicarán a los trastornos del estado de ánimo las siguientes especificaciones:*

<sup>g</sup> con o sin recuperación interepisódica total/<sup>h</sup> con patrón estacional/<sup>i</sup> con ciclos rápidos

### Trastornos depresivos

296.xx Trastorno depresivo mayor

.2x Episodio único <sup>a,b,c,d,e,f</sup>

.3x Recidivante <sup>a,b,c,d,e,f,g,h</sup>

Trastorno distímico

300.4 **Especificar si:** de inicio temprano/de inicio tardío

**Especificar si:** con síntomas atípicos

311 Trastorno depresivo NE

### Trastornos bipolares

296.xx Trastorno bipolar I

.0x Episodio maníaco único <sup>a,c,f</sup>

**Especificar si:** mixto

.40 Con episodio más reciente hipomaníaco <sup>g,h,i</sup>

.4x Con episodio más reciente maníaco <sup>a,c,f,g,h,i</sup>

.6x Con episodio más reciente mixto <sup>a,c,f,g,h,i</sup>

- .5x Con episodio más reciente depresivo <sup>a,b,c,d,e,f,g,h,i</sup>
- .7 Con episodio más reciente NE <sup>g,h,i</sup>  
Trastorno bipolar II <sup>a,b,c,d,e,f,g,h,i</sup>
- 296.89 *Especificar (episodio actual o más reciente):*  
hipomaniaco/depresivo
- 301.13 Trastorno ciclotímico
- 296.80 Trastorno bipolar NE  
Trastorno del estado de ánimo debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 293.83 ***Especificar tipo:*** con síntomas depresivos/con síntomas parecidos a la depresión mayor/con síntomas maníacos/con síntomas mixtos  
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (*consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos para cada una de ellas*)
- .— ***Especificar tipo:*** con síntomas depresivos/con síntomas maníacos/con síntomas mixtos  
***Especificar si:*** de inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia
- 296.90 Trastorno del estado de ánimo NE

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- 300.01 Trastorno de angustia sin agorafobia
- 300.21 Trastorno de angustia con agorafobia
- 300.22 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia  
Fobia específica
- 300.29 ***Especificar tipo:*** animal/ambiental/sangre-inyecciones-daño/situacional/otro tipo  
Fobia social
- 300.23 ***Especificar si:*** generalizada
- 300.3 Trastorno obsesivo-compulsivo  
***Especificar si:*** con poca conciencia de enfermedad  
Trastorno por estrés postraumático
- 309.81 ***Especificar si:*** agudo/crónico  
***Especificar si:*** de inicio demorado
- 308.3 Trastorno por estrés agudo
- 300.02 Trastorno de ansiedad generalizada

- 293.84 Trastorno de ansiedad debido a... (*indicar enfermedad médica*)  
**Especificar si:** con ansiedad generalizada/con ataques de pánico/con síntomas obsesivo-compulsivos
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (*consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas*)  
**Especificar si:** con ansiedad generalizada/ con ataques de pánico/con síntomas obsesivo-compulsivos/con síntomas fóbicos  
**Especificar si:** de inicio durante la intoxicación/ de inicio durante la abstinencia
- 300.00 Trastorno de ansiedad NE

## TRASTORNOS SOMATOMORFOS

- 300.81 Trastorno de somatización
- 300.82 Trastorno somatomorfo indiferenciado
- Trastorno de conversión
- 300.11 **Especificar tipo:** con síntomas o déficits motores/ con síntomas o déficits sensoriales/con crisis epilépticas o convulsiones/con crisis de presentación mixta
- 307.xx Trastorno por dolor
- .80 Asociado a factores psicológicos
- .89 Asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica  
**Especificar si:** agudo/crónico
- 300.7 Hipocondría  
**Especificar si:** con poca conciencia de enfermedad
- 300.7 Trastorno dismórfico corporal
- 300.82 Trastorno somatomorfo NE

## TRASTORNOS FACTICIOS

- 300.xx Trastornos facticios
- .16 Con predominio de signos y síntomas psicológicos
- .19 Con predominio de signos y síntomas somáticos
- .19 Con combinación de signos y síntomas psicológicos y somáticos
- 300.19 Trastorno facticio NE

## **TRASTORNOS DISOCIATIVOS**

- 300.12 Amnesia disociativa
- 300.13 Fuga disociativa
- 300.14 Trastorno de identidad disociativo
- 300.6 Trastorno de despersonalización
- 300.15 Trastorno disociativo NE

## **TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL**

### **Trastornos sexuales**

*Se aplicarán las siguientes especificaciones a todos los trastornos sexuales:*

De toda la vida/adquirido

General/situacional

Debido a factores psicológicos/debido a factores combinados

### ***Trastornos del deseo sexual***

- 302.71 Deseo sexual hipoactivo
- 302.79 Trastorno por aversión al sexo

### ***Trastorno de la excitación sexual***

- 302.72 Trastorno de la excitación sexual en la mujer
- 302.79 Trastorno de la erección en el varón

### ***Trastornos del orgasmo***

- 302.73 Trastorno orgásmico femenino
- 302.74 Trastorno orgásmico masculino
- 302.75 Eyaculación precoz

### ***Trastornos sexuales por dolor***

- 302.76 Dispareunia (no debida a una enfermedad médica)
- 306.51 Vaginismo (no debido a una enfermedad médica)

### ***Trastorno sexual debido a una enfermedad médica***

- 625.8 Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a... (*indicar enfermedad médica*)



- 608.89 Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 607.84 Trastorno de la erección en el varón debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 625.0 Dispareunia femenina debida a... (*indicar enfermedad médica*)
- 608.89 Dispareunia masculina debida a.. (*indicar enfermedad médica*)
- 625.8 Otros trastornos sexuales femeninos debidos a... (*indicar enfermedad médica*)
- 608.89 Otros trastornos sexuales masculinos debidos a... (*indicar enfermedad médica*)
- Trastorno sexual inducido por sustancias (*consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas*)
- .— **Especificar si:** con alteración del deseo/con alteración de la excitación/con alteración del orgasmo/con dolor sexual
- Especificar si:** de inicio durante la intoxicación
- 302.70 Trastorno sexual NE

## Parafilias

- 302.4 Exhibicionismo
- 302.81 Fetichismo
- 302.89 Froteurismo
- Pedofilia
- Especificar si:** con atracción sexual por los varones/ con atracción sexual por las mujeres/con atracción sexual por ambos sexos
- 302.2 **Especificar si:** limitada al incesto
- Especificar si:** exclusivo/no exclusivo
- 302.83 Masoquismo sexual
- 302.84 Sadismo sexual
- Fetichismo travestista
- 302.3 **Especificar si:** con disforia sexual
- 302.82 Voyeurismo
- 302.9 Parafilia NE

## Trastornos de la identidad sexual

- 302.xx Trastorno de la identidad sexual
  - .6 En la niñez
    - En la adolescencia o en la vida adulta
  - .85 **Especificar si:** con atracción sexual por los varones/ con atracción sexual por las mujeres/con atracción sexual por ambos sexos/sin atracción sexual por ninguno
- 302.6 Trastorno de la identidad sexual NE
- 302.9 Trastorno sexual NE

## TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

- 307.1 Anorexia nerviosa
  - Especificar tipo:** restrictivo/compulsivo/purgativo
- 307.51 Bulimia nerviosa
  - Especificar tipo:** purgativo/no purgativo
- 307.50 Trastorno de la conducta alimentaria NE

## TRASTORNOS DEL SUEÑO

### Trastornos primarios del sueño

#### *Disomnias*

- 307.42 Insomnio primario
- 307.44 Hipersomnias primarias
  - Especificar si:** recidivante
- 347.00 Narcolepsia
- 780.57 Trastorno del sueño relacionado con la respiración
- 327.xx Trastorno del ritmo circadiano
  - .31 Sueño retrasado
  - .35 *Jet lag*
  - .36 Cambio de turno en el trabajo No especificado
- 307.47 Disomnias NE

#### *Parasomnias*

- 307.47 Pesadillas
- 307.46 Terrores nocturnos
- 307.46 Sonambulismo
- 307.47 Parasomnias NE

## Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental

- 327.02 Insomnio relacionado con... (*indicar trastorno del Eje I o del Eje II*)
- 327.15 Hipersomnias relacionadas con... (*indicar trastorno del Eje I o del Eje II*)

## Otros trastornos del sueño

- 327.xx Trastorno del sueño debido a... (*indicar enfermedad médica*)
  - .01 Tipo insomnio
  - .14 Tipo hipersomnias
  - .44 Tipo parasomnias
  - .8 Tipo mixto
- Trastorno del sueño inducido por sustancias (*consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos de cada una de ellas*)
- .— **Especificar tipo:** insomnio/hipersomnias/ parasomnias/mixto  
**Especificar si:** de inicio durante la intoxicación/ de inicio durante la abstinencia

## TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS

- 312.34 Trastorno explosivo intermitente
- 312.32 Cleptomanía
- 312.33 Píromanía
- 312.31 Juego patológico
- 312.39 Tricotilomanía
- 312.30 Trastorno del control de los impulsos NE

## TRASTORNOS ADAPTATIVOS

- 309.xx Trastorno adaptativo
  - .0 Con estado de ánimo depresivo
  - .24 Con ansiedad
  - .28 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo

- .3 Con trastorno del comportamiento
- .4 Con alteraciones mixtas de las emociones y del comportamiento
- .9 No especificado  
*Especificar si:* agudo/crónico

## **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

*Nota:* se codifican en el Eje II.

- 301.0 Trastorno paranoide de la personalidad
- 301.20 Trastorno esquizoide de la personalidad
- 301.22 Trastorno esquizotípico de la personalidad
- 301.7 Trastorno antisocial de la personalidad
- 301.83 Trastorno límite de la personalidad
- 301.50 Trastorno histriónico de la personalidad
- 301.81 Trastorno narcisista de la personalidad
- 301.82 Trastorno de la personalidad por evitación
- 301.6 Trastorno de la personalidad por dependencia
- 301.4 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
- 301.9 Trastorno de la personalidad NE

## **OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA**

### **Factores psicológicos que afectan al estado físico**

- 316 ... (*Especificar el factor psicológico*) que afecta a...  
(*indicar enfermedad médica*)  
*Elegir según la naturaleza de los factores:*  
Trastorno mental que afecta a una enfermedad médica  
Síntomas psicológicos que afectan a una enfermedad médica  
Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a una enfermedad médica  
Comportamientos desadaptativos que afectan a una enfermedad médica  
Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a una enfermedad médica  
Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a una enfermedad médica

### **Trastornos motores inducidos por medicamentos**

- 332.1 Parkinsonismo inducido por neurolepticos
- 333.92 Síndrome neuroleptico maligno
- 333.7 Distonía aguda inducida por neurolepticos
- 333.99 Acatisia aguda inducida por neurolepticos
- 333.82 Discinesia tardía inducida por neurolepticos
- 333.1 Temblor postural inducido por medicamentos
- 333.90 Trastorno motor inducido por medicamentos NE

### Otros trastornos inducidos por medicamentos

- 995.2 Efectos adversos de medicamentos NE

### Problemas de relación

- V61.9 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica
- V61.20 Problemas paterno-filiales
- V61.10 Problemas conyugales
- V61.8 Problema de relación entre hermanos
- V62.81 Problema de relación NE

### Problemas relacionados con el abuso o la negligencia

- V61.21 Abuso físico del niño (*codificar 995.54 si el objeto de atención es la víctima*)
- V61.21 Abuso sexual del niño (*codificar 995.53 si el objeto de atención es la víctima*)
- V61.21 Negligencia de la infancia (*codificar 995.52 si el objeto de atención es la víctima*)
- .— Abuso físico del adulto
- V61.12 (si es el por el cónyuge)
- V62.83 (otra persona distinta al cónyuge) (*codificar 995.81 si el objeto de atención es la víctima*)
- .— Abuso sexual del adulto
- V16.12 (si por el cónyuge)
- V62.83 (otra persona distinta al cónyuge) (*codificar 995.83 si el objeto de atención es la víctima*)

### Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica

- V15.81 Incumplimiento terapéutico
- V65.2 Simulación
- V71.01 Comportamiento antisocial del adulto
- V71.02 Comportamiento antisocial en la niñez o adolescencia
- V92.89 Capacidad intelectual límite

*Nota: se codifica en el Eje II*

- 780.93 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad
- V62.82 Duelo
- V62.3 Problema académico
- V62.2 Problema laboral
- 313.82 Problema de identidad
- V62.89 Problema religioso o espiritual
- V62.4 Problema de aculturación
- V62.89 Problema biográfico

## **CÓDIGOS ADICIONALES**

- 300.9 Trastorno mental no especificado (no psicótico)
- V71.09 Sin diagnóstico o estado en el Eje I
- 799.9 Diagnóstico o estado aplazado en el Eje I
- V71.09 Sin diagnóstico en el Eje II
- 799.9 Diagnóstico aplazado en el Eje II

## **SISTEMA MULTIAxIAL**

- Eje I Trastornos mentales y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
- Eje II Trastornos de la personalidad. Retraso mental
- Eje III Enfermedades médicas
- Eje IV Problemas psicosociales y ambientales
- Eje V Evaluación global de la actividad

Reproducido con autorización de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text revision* © 2000 APA.





## Apéndice B

### Diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA

#### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, 2009-2011

Aflicción crónica  
Afrontamiento defensivo  
Afrontamiento familiar afectado  
Afrontamiento familiar incapacitante  
Afrontamiento ineficaz  
Afrontamiento ineficaz de la comunidad  
Aislamiento social  
Ansiedad  
Baja autoestima crónica  
Baja autoestima situacional  
Cansancio del rol de cuidador  
Conducta desorganizada del lactante  
Conflicto de decisiones  
Conflicto del rol parental  
Confusión aguda o crónica  
Conocimientos deficientes  
Déficit de actividades recreativas  
Déficit de autocuidado: alimentación  
Déficit de autocuidado: baño  
Déficit de autocuidado: uso del inodoro  
Déficit de autocuidado: vestido  
Déficit de volumen de líquidos  
Deprivación de sueño  
Desatención unilateral  
Descuido personal  
Desempeño inefectivo del rol  
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades  
Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades  
Desesperanza  
Deterioro de la comunicación verbal  
Deterioro de la deglución

Deterioro de la eliminación urinaria  
Deterioro de la integridad cutánea  
Deterioro de la interacción social  
Deterioro de la integridad tisular  
Deterioro de la memoria  
Deterioro de la movilidad física  
Deterioro de la mucosa oral  
Deterioro de la respiración espontánea  
Deterioro del intercambio de gases  
Deterioro en el mantenimiento del hogar  
Deterioro parental  
Diarrea  
Disfunción sexual  
Disminución del gasto cardíaco  
Disposición para aumentar el bienestar espiritual  
Disposición para mejorar el afrontamiento  
Disposición para mejorar el autoconcepto  
Disposición para mejorar el poder  
Disposición para mejorar el rol parental  
Disposición para mejorar la esperanza  
Disposición para mejorar la gestión de la propia salud  
Disposición para mejorar la toma de decisiones  
Disposición para mejorar los conocimientos  
Dolor agudo  
Dolor crónico  
Duelo  
Duelo complicado  
Estreñimiento subjetivo  
Estrés por sobrecarga  
Exceso de volumen de líquidos  
Fatiga  
Gestión ineficaz de la propia salud  
Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar  
Impotencia  
Incontinencia fecal  
Incontinencia urinaria de esfuerzo  
Incontinencia urinaria funcional  
Incumplimiento  
Insomnio

Interrupción de la lactancia materna  
Interrupción de los procesos familiares  
Intolerancia a la actividad (relacionada con trastorno mental)  
Lactancia materna ineficaz  
Limpieza ineficaz de las vías aéreas  
Manejo inefectivo del régimen terapéutico  
Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad  
Mantenimiento ineficaz de la salud  
Náuseas  
Negación ineficaz  
Patrón respiratorio ineficaz  
Patrón sexual ineficaz  
Perfusión tisular periférica ineficaz  
Perturbación del campo de energía  
Planificación ineficaz de las actividades  
Procesos familiares disfuncionales  
Protección ineficaz  
Respuesta ventilatoria disfuncional al destete del ventilador  
Retraso en el crecimiento y desarrollo  
Riesgo de asfixia  
Riesgo de aspiración  
Riesgo de automutilación  
Riesgo de baja autoestima situacional  
Riesgo de caídas  
Riesgo de cansancio del rol de cuidador  
Riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal  
Riesgo de compromiso de la dignidad humana  
Riesgo de confusión aguda  
Riesgo de deterioro de la vinculación  
Riesgo de disfunción neurovascular periférica  
Riesgo de disreflexia autónoma  
Riesgo de estreñimiento  
Riesgo de impotencia  
Riesgo de infección  
Riesgo de intolerancia a la actividad  
Riesgo de intoxicación  
Riesgo de lesión  
Riesgo de lesión postural perioperatoria  
Riesgo de retraso en el desarrollo

Riesgo de síndrome de desuso  
Riesgo de síndrome de estrés del traslado  
Riesgo de soledad  
Riesgo de suicidio  
Riesgo de traumatismo  
Riesgo de violencia autodirigida  
Riesgo de violencia dirigida a otros  
Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno  
Síndrome de estrés del traslado  
Síndrome postraumático  
Síndrome traumático de la violación  
Sufrimiento espiritual  
Sufrimiento moral  
Temor  
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud  
Termorregulación ineficaz (hipotermia/hipertermia)  
Trastorno de la identidad personal  
Trastorno de la imagen corporal  
Trastorno de la percepción sensorial (visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria)  
Trastorno de los procesos del pensamiento  
Trastorno del patrón de sueño  
Vagabundeo

---

Material reproducido de los diagnósticos de NANDA International, *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificaciones 2009-2011*. Versión española Copyright © 2010 Elsevier España S.L. Utilizado con autorización de Elsevier España, S. L. Barcelona.

## Apéndice C

# Clasificación de sustancias controladas (distribución prohibida por la ley o bien restringida para usos médicos y farmacéuticos) de Estados Unidos

Lista I	Lista II	Lista III	Lista IV	Lista V
<b>OPIÁCEOS</b> Acetilmetadol Heroína Normetadona Muchas otras	<b>OPIÁCEOS</b> Alfentanilo Codeína Fentanilo Hidromorfona Levorfanol Petidina Metadona Morfina Tintura de opio Oxicodona Oximorfona Sufentanilo	<b>OPIÁCEOS</b> Jarabe de hidrocodona Paregórico	<b>OPIÁCEOS</b> Pentazocina Propoxifeno	<b>OPIÁCEOS</b> Buprenorfina Difenoxilato más atropina
<b>PSICODÉLICOS</b> Bufotenina Dietilriptamina Dimetilriptamina Ibogaina Dietilamida del ácido lisérgico (LSD) Mescalina 3,4-Metilenedioximetanfetamina (MDMA) Psilocina Psilocibina	<b>PSICOESTIMULANTES</b> Anfetamina Cocaína Dextroanfetamina Metanfetamina Metilfenidato Fenmetrazina	<b>ESTIMULANTES DEL SNC</b> Benzfetamina Fendimetrazina	<b>ESTIMULANTES DEL SNC</b> Dietilpropión Fenfluramina Mazindol Pemolina Fentermina	
<b>DERIVADOS DEL CANNABIS</b> Hachis Marihuana	<b>BARBITÚRICOS</b> Amobarbital Pentobarbital Secobarbital	<b>BARBITÚRICOS</b> Aprobarbital Butobarbital Metabarbital Talbutal Tiamilal Tiopental	<b>BARBITÚRICOS</b> Mefobarbital Metohepital Fenobarbital	
<b>OTROS</b> Metacualona Fencididina Ácido $\gamma$ -hidroxibutírico (GHB)	<b>CANNABINOIDES</b> Dronabinol (THC) Nabilona	<b>DEPRESORES DEL SNC (MISCELÁNEA)</b> Glutetimida Metipiriona  <b>ESTEROIDES ANABÓLICOS</b> Fluoximesterona Metiltestosterona Nandrolona Oxandrolona Estanozolol Testosterona	<b>BENZODIAZEPINAS</b> Alprazolam Clordiazepóxido Clonazepam Clorazepato Diazepam Estazolam Flurazepam Halazepam Lorazepam Midazolam Oxazepam Prazepam Quazepam Temazepam Triazolam  <b>DEPRESORES DEL SNC (MISCELÁNEA)</b> Hidrato de cloral Etodolorvinol Etinamato Meprobamato Paraldehido	

Las sustancias estupefacientes de la lista I tienen una gran capacidad de crear adicción y no han sido autorizadas para uso médico en Estados Unidos. Todas las sustancias estupefacientes de las listas II, III, IV y V han sido autorizadas para su uso médico, y se clasifican en función de su capacidad de crear adicción (las de la lista II son las que tienen mayor potencial adictivo, y las de la lista V las que menos).





## Apéndice D

# Normas de Canadá sobre la práctica de la enfermería en psiquiatría y salud mental (3.<sup>a</sup> edición)

### CREENCIAS Y VALORES

Los profesionales de la enfermería especializados en psiquiatría y salud mental (PSM) consideran que:

- La psiquiatría y la salud mental son una especialidad de la enseñanza, la práctica y la investigación en el campo de la enfermería.
- La práctica de esta especialidad de la enfermería consiste en la promoción de la salud mental y en la prevención, tratamiento y atención de los trastornos mentales.
- La relación terapéutica basada en la confianza y el respeto mutuo entre el paciente y el profesional de la enfermería es la clave de la práctica de esta especialidad.
- Disminuir la estigmatización y la discriminación social asociada con los trastornos mentales es de capital importancia.
- Utilizar el conocimiento procedente de las investigaciones realizadas y llevar a cabo nuevas investigaciones es de importancia primordial.
- La acción social para promover la concienciación de las autoridades y de la sociedad en su conjunto es de gran importancia para mejorar las políticas destinadas a la promoción y a la atención a la salud mental.
- La colaboración con el paciente, la familia, los servicios sociales y, en general, la sociedad es de enorme importancia.
- El enfoque integral es esencial para comprender al paciente como persona que forma un todo indisociable, y los resultados de la atención en salud mental están fuertemente interconectados con los resultados que se obtengan en otras áreas, tales como la salud física y el bienestar social.
- Es imprescindible el acceso igualitario a una atención de enfermería en salud mental culturalmente competente.
- La reflexión ética sobre la práctica de la enfermería y el aprendizaje y la formación profesional continuas son esenciales para los profesionales de la enfermería especializados en PSM.
- La protección de los derechos humanos y civiles del paciente, así como cualquier otro derecho que pudiera derivarse de las leyes o de la jurisprudencia, es una tarea fundamental de los profesionales de la enfermería especializados en PSM.
- Establecer contextos de tratamiento y de atención al paciente que faciliten y aseguren una práctica segura y positiva tanto para el paciente como para el profesional es una

tarea fundamental de los profesionales de la enfermería especializados en PSM.

- Dar ejemplo de moralidad y de liderazgo en la práctica de la profesión y en la promoción de sus principios y objetivos es obligación de todos los profesionales de la enfermería especializados en PSM.
- El respeto, la defensa y la promoción del Código Ético de la Enfermería son obligaciones de todos los profesionales de la enfermería especializados en PSM.

### **NORMA I: PROPORCIONAR ASISTENCIA PROFESIONAL COMPETENTE MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA**

Los objetivos principales de la enfermería en PSM son la promoción de la salud mental y la prevención o disminución de los trastornos mentales. El establecimiento y mantenimiento de la relación terapéutica es la base a partir de la cual el profesional de enfermería especializado en PSM puede «establecer la colaboración con el paciente, y, valiéndose de los conocimientos científicos y sus habilidades de apoyo y atención, ayudarlo de forma eficaz» (Canadian Nurses Association [CNA], 1997, [pág. 43](#)).

Se espera del profesional de la enfermería que sea competente en las siguientes habilidades relacionadas con la relación terapéutica:

1. Evaluar y clarificar la influencia que las propias creencias, valores y experiencias vitales pueden tener sobre la relación terapéutica y distinguir entre las relaciones sociales y la relación terapéutica.
2. Trabajar en colaboración con el paciente, la familia y cualquier otra persona allegada para determinar las necesidades del paciente y los objetivos del tratamiento y establecer un entorno que sea propicio para conseguir dichos objetivos.
3. Utilizar las técnicas de comunicación verbal y no verbal, tales como la empatía, la escucha activa, la observación, la autenticidad, la sinceridad y la curiosidad.
4. Reconocer la influencia de la cultura, la clase social, la procedencia étnica, el idioma, la estigmatización y la exclusión social sobre el proceso terapéutico y poner en práctica una atención de enfermería que sea sensible a estas influencias.
5. Movilizar recursos que permitan al paciente y a la familia acceder más fácilmente a los servicios de atención a la salud mental, mejorar su integración en la sociedad y dirigir al paciente y a la familia hacia estos recursos.
6. Comprender y responder a las reacciones del paciente y de la familia al malestar psicológico y a la pérdida del control, reacciones que pueden expresarse mediante la ira, la ansiedad, el miedo, la pena, la desesperanza, la impotencia, la indefensión y el humor.
7. Guiar al paciente durante el proceso de cambio evolutivo, conductual, emocional o espiritual, y, al mismo tiempo, fomentar la participación, la responsabilidad y las decisiones del paciente.
8. Fomentar y apoyar la resistencia, la autoestima, la capacidad de actuar y la esperanza del paciente y de la familia durante todo el proceso terapéutico, ya sea en la atención

individual o en la atención en el contexto de la terapia de grupo.

9. Fomentar la retroalimentación y la comunicación bidireccional por medio de una evaluación crítica de la eficacia del tratamiento y de las intervenciones a partir de las respuestas, puntos de vista y opiniones del paciente y de la familia y mediante la supervisión clínica y la autoevaluación constantes.
10. Conocer la naturaleza de las enfermedades crónicas y aplicar los principios de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades.

## **NORMA II: LLEVAR A CABO, AMPLIAR O MEJORAR LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE PARA CONSEGUIR UN DIAGNÓSTICO MÁS PRECISO Y UNA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE MÁS CALIDAD**

La evaluación, el diagnóstico y la supervisión continua de calidad desempeñan un papel clave en el trabajo del profesional de la enfermería. Dependen de sus conocimientos teóricos, pero también de su capacidad de comprender la experiencia del paciente con respecto a la salud y a la enfermedad y el significado que éstas tienen desde la perspectiva del enfermo, no del profesional. Esta comprensión, una vez integrada en el modelo conceptual de la práctica de la enfermería, constituye el marco en el que es posible recoger y analizar los datos procedentes de la evaluación y elaborar un plan de atención de enfermería centrado en el paciente. A lo largo de todo el proceso de toma de decisiones, el profesional debe emitir juicios basados en sus conocimientos teóricos y en su comprensión del paciente sobre la relevancia e importancia de estos datos, y reconocer en el paciente a un colaborador respetado y valioso.

Se espera que el profesional demuestre su competencia en el uso de los instrumentos que se utilizan para la evaluación en el campo de la salud mental, así como los principios en los que se basa esta evaluación (p. ej., los principios que rigen la evaluación del estado mental y del proceso de recuperación del paciente) en los diferentes contextos asistenciales. El profesional explicará al paciente el proceso y contenido de la evaluación y tendrá en cuenta las normas que siguen a continuación.

1. Colaborar con el paciente y con los miembros del equipo de atención a la salud mental para llevar a cabo una evaluación integral a partir de la observación, el examen, la entrevista y la consulta, y, al mismo tiempo, prestar atención a los temas relacionados con la confidencialidad y otras normas éticas y legales.
2. Documentar por escrito y analizar los datos basales con el fin de determinar el estado de salud del paciente, las posibilidades de recuperación, las deficiencias en el cuidado de la salud, los posibles peligros para sí mismo y para los demás, las alteraciones en el contenido y/o proceso del pensamiento, en el estado de ánimo y en los afectos, en la comunicación y en la capacidad para la toma de decisiones, el uso o dependencia de drogas o medicamentos psicoactivos con potencial adictivo y los antecedentes de traumas psicológicos, tales como malos tratos físicos o verbales, abusos sexuales o desatención.
3. Formular y documentar por escrito el plan de tratamiento en colaboración con el paciente y con los miembros de equipo multidisciplinario de atención a la salud

mental, prestando atención a las características y capacidades del paciente para participar en el proceso terapéutico.

4. Mejorar y ampliar la información proveniente de la evaluación mediante la reevaluación y la correspondiente documentación de los cambios relevantes que se van produciendo en el estado del paciente y la comparación de los nuevos datos con los procedentes de la evaluación inicial y de las evaluaciones intermedias realizadas anteriormente.
5. Evaluar el estado del paciente de forma continua y hacer una previsión de los problemas y riesgos. Colaborar con el paciente para determinar y analizar los factores de riesgo del entorno: autocuidado, vivienda y alimentación, y factores económicos, psicológicos y sociales. Utilizar los datos de la evaluación para identificar los riesgos que pudieran afectar al paciente y a otras personas. Proponer y poner en práctica intervenciones que sean apropiadas para el tipo y nivel de riesgo.
6. Determinar la modalidad terapéutica disponible que sea más apropiada para abordar las necesidades y problemas del paciente y ayudarlo a acceder a los recursos y servicios necesarios asociados con la modalidad terapéutica elegida.

### **NORMA III: REALIZAR, DOCUMENTAR Y EVALUAR LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS**

Debido a la naturaleza de los trastornos mentales y de los problemas de salud mental, las fases de la evaluación y de la administración de las intervenciones terapéuticas tienen características específicas que son propias de la enfermería en PSM. La seguridad desempeña en la práctica de la enfermería en PSM un papel muy relevante, ya que muchos pacientes presentan riesgo de causarse daño a sí mismo y/o a otras personas y/o de autodesatención (autonegligencia). Es posible que el paciente no se encuentre en condiciones de participar en todos los aspectos del proceso de toma de decisiones; sin embargo, debe hacerse todo lo posible para que participe en este proceso hasta donde su estado mental lo permita. En colaboración con el paciente, el profesional de la enfermería en PSM prestará mucha atención a las reacciones adversas ya que el paciente, debido al estado en el que se encuentra, puede no tener capacidad suficiente para notificar espontáneamente estas reacciones.

El profesional de la enfermería en PSM debe utilizar el conocimiento basado en la evidencia y el conocimiento experimental existente en el campo de la enfermería, de las ciencias de la salud y de otras disciplinas relacionadas para elegir y adaptar al paciente las intervenciones de enfermería.

1. Utilizar y evaluar las intervenciones basadas en la evidencia para proporcionar al paciente intervenciones de enfermería seguras, eficaces y eficientes.
2. Proporcionar al paciente, a la familia, a los cuidadores y otras personas allegadas información sobre el tratamiento y la atención de enfermería, asegurándose en todo momento que el paciente da su consentimiento para que dicha información pueda ser revelada a otros.
3. Ayudar, educar y animar al paciente a participar en la toma de decisiones para lograr

conseguir cambios positivos en su estado de ánimo, afectos, funciones cognitivas, comportamiento y/o relaciones interpersonales, incluso cuando algunas de estas decisiones puedan implicar cierto riesgo de acuerdo con la evaluación realizada por el equipo multidisciplinario encargado del tratamiento (CNA, 1997, [pág. 68](#)).

4. Ayudar al paciente a hacer uso de sus propias capacidades y recursos para el autocuidado, las actividades de la vida diaria, la movilización de los recursos necesarios y la promoción de la salud mental (CNA, 1997, [pág. 68](#)).
5. Tomar decisiones clínicas discrecionales basadas en el conocimiento que el profesional de la enfermería tiene de las características del paciente y de lo publicado en la literatura sobre casos clínicos (p. ej., frecuencia de los contactos con el paciente después del alta hospitalaria).
6. Utilizar los recursos técnicos necesarios para proporcionar al paciente intervenciones de enfermería seguras, eficaces y eficientes (CNA, 1997, [pág. 68](#)).
7. Administrar al paciente la medicación de forma precisa, eficaz y segura, supervisar la respuesta terapéutica, las reacciones adversas, las reacciones inesperadas, la toxicidad y las posibles incompatibilidades con otros medicamentos y proporcionar al paciente información y educación sobre la medicación teniendo en cuenta su nivel cultural y de comprensión y las normas y protocolos del centro en el que trabaja el profesional de la enfermería.
8. Evaluar la respuesta del paciente a los déficits en la realización de las actividades de la vida diaria, movilizar los recursos necesarios en función de las capacidades y limitaciones del paciente y ofrecerle alternativas cuando sea necesario.
9. Proporcionar apoyo y ayuda cuando el paciente tenga dificultades para garantizar su propia protección.
10. Utilizar los instrumentos terapéuticos relacionados con el trabajo y la terapia grupal.
11. Incorporar a la atención de enfermería los conocimientos sobre dinámica familiar y sobre los valores y creencias que cada cultura tiene con respecto a la familia.
12. Colaborar con el paciente, con otros profesionales sanitarios y con los responsables de los servicios y recursos sociales en el acceso y evaluación de los servicios que necesita el paciente.
13. Incorporar a la atención de enfermería el conocimiento sobre las necesidades y respuestas de la sociedad.
14. Motivar, animar y ayudar al paciente a ponerse en contacto con grupos de apoyo de autoayuda.
15. Evaluar la respuesta a la percepción que tiene el paciente de la atención de enfermería y de otras intervenciones terapéuticas y sociales.

#### **NORMA IV: INTERVENIR CON EFICACIA EN LAS SITUACIONES RÁPIDAMENTE CAMBIANTES**

La intervención eficaz en las situaciones rápidamente cambiantes es un aspecto clave cuando se dan una serie de circunstancias críticas que pueden denominarse *urgencias*



*psiquiátricas*, tales como autolesiones, comportamiento agresivo o violento y estado mental sometido a cambios bruscos. En esta área, también se debe llevar a cabo la evaluación basada en la evidencia y el control de los factores de riesgo y la derivación adecuada en función de los problemas psiquiátricos y/o sociales que presente el paciente (p. ej., toxicomanía, drogodependencia, farmacodependencia, violencia, malos tratos, abusos sexuales, suicidio, homicidio) (Society for Education and Research in Psychiatric-Mental Health Nursing, 1996, [pág. 41](#)).

1. Utilizar la relación terapéutica durante todo el proceso de intervención en las situaciones rápidamente cambiantes.
2. Evaluar al paciente de forma integral con el fin de detectar posibles problemas de salud actuales o futuros, factores de riesgo y/o situaciones de crisis, de urgencia o catastróficas (p. ej., brotes psicóticos, síndrome neuroléptico maligno, efectos secundarios extrapiramidales de inicio abrupto, intoxicación por drogas o medicamentos psicoactivos, violencia, malos tratos, abusos sexuales, suicidio, homicidio, toxicidad producida por la medicación y delirium).
3. Conocer los recursos necesarios para intervenir con eficacia y seguridad en las situaciones de crisis, de urgencia o catastróficas actuales o futuras y planificar y organizar el acceso a estos recursos.
4. Supervisar la seguridad del paciente y utilizar la evaluación continua para detectar de forma precoz los cambios que se han producido en el estado del paciente e intervenir en consecuencia.
5. Realizar las intervenciones necesarias para las situaciones de crisis, de urgencia o catastróficas de forma rápida, eficaz y segura y teniendo en cuenta la edad y otras circunstancias personales del paciente, así como la situación en la que se encuentra.
6. Poner en marcha, cuando sea necesario, los procedimientos críticos; es decir, las medidas para prevenir el suicidio, la restricción de movimientos para evitar que el paciente se haga daño a sí mismo o a otras personas, las medidas de precaución para evitar que el paciente escape y la prevención del contagio de las enfermedades infecciosas al personal sanitario, tanto en el medio hospitalario como en el extrahospitalario, recurriendo, si es preciso, a la colaboración de diferentes servicios, tales como la policía, el servicio de ambulancias y el equipo de respuesta en situación de crisis del centro sanitario.
7. Coordinar la acción de los diferentes profesionales implicados para evitar errores y no duplicar inútilmente los esfuerzos cuando se requiere una intervención rápida y decidida.
8. Si es necesario, proceder a la restricción de movimientos o al aislamiento del paciente, utilizar los medios menos coercitivos y restrictivos posibles.
9. Documentar por escrito adecuadamente el plan de intervención en situaciones de crisis, de urgencia o catastróficas.
10. Evaluar la eficacia de la respuesta rápida y, si se considera necesario en función de los resultados de la evaluación, modificar el plan de intervención en situaciones de

crisis, de urgencia o catastróficas.

11. En colaboración con el paciente, facilitar la participación de la familia y de otras personas allegadas en el proceso de identificación de los factores precipitantes de la situación de crisis de urgencia o catastrófica y en la elaboración del plan para reducir el riesgo de recidiva.
12. Participar en sesiones para el análisis y valoración de la situación de crisis, de urgencia o catastrófica una vez que ésta se ha resuelto con los miembros del equipo multidisciplinario encargado del tratamiento del paciente, con otros profesionales sanitarios y, cuando sea posible, con el paciente y la familia.
13. Utilizar medidas de seguridad para protegerse a sí mismo, a los otros profesionales sanitarios y a los pacientes de posibles situaciones de abuso en el lugar del trabajo, tales como el acoso sexual, los malos tratos psicológicos y las agresiones físicas.
14. Elaborar por escrito protocolos adecuados para actuar en caso de desastre.
15. Participar en las actividades formativas, organizativas e institucionales dirigidas a mejorar la seguridad de los pacientes en el entorno en el que tiene lugar el tratamiento y la atención de enfermería.

#### **NORMA V: INFORMAR, EDUCAR, ENSEÑAR Y ENTRENAR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA**

Todas las interacciones entre el profesional de la enfermería y el paciente pueden servir para educar y enseñar. Éste debe intentar conocer y comprender las experiencias vitales del paciente y utilizar estos conocimientos para establecer, promover y mantener la información, la educación y la enseñanza del paciente sobre todo lo referido a la salud y al crecimiento personal. El profesional debe proporcionar información y educación para la promoción de la salud a los individuos, a las familias, a los grupos y a la sociedad en su conjunto.

1. En colaboración con el paciente, determinar las necesidades que éste tiene de información, educación y enseñanza.
2. Planificar y llevar a cabo, con el paciente, la información y educación en promoción de la salud, teniendo en cuenta el contexto de las experiencias vitales del paciente, su deseo y disposición de aprender, su nivel cultural y educativo, el dominio del idioma en el que se expresa el profesional de la enfermería, el estilo de aprendizaje que prefiere y los recursos disponibles.
3. En colaboración con el paciente, explorar las opciones y recursos disponibles para aumentar y reforzar los conocimientos del paciente con el fin de que pueda tomar decisiones informadas en materia de salud y aprovechar mejor los recursos y servicios sanitarios existentes.
4. Ayudar al paciente a encontrar el significado y la importancia de sus propias experiencias.
5. Incorporar el conocimiento a una serie amplia de modelos y principios del aprendizaje, tales como los modelos de promoción de la salud, los principios del aprendizaje en los

adultos, las etapas del desarrollo y la competencia cultural y los modelos de creencias sobre cuestiones relacionadas con la salud, creando así nuevas oportunidades para el paciente.

6. Proporcionar información, orientación y apoyo a la familia, a los amigos y a otras personas allegadas relevantes para el paciente.
7. Documentar por escrito el proceso de enseñanza/aprendizaje (planificación, evaluación, puesta en práctica, implicación del paciente y resultados).
8. Determinar, con el paciente, la eficacia del proceso de enseñanza/aprendizaje y desarrollar o adaptar en colaboración con el paciente el proceso de enseñanza/aprendizaje en función de las necesidades y características del paciente.
9. Participar en actividades de enseñanza/aprendizaje en los servicios sociales públicos y privados, en las organizaciones familiares y en las organizaciones de consumidores y usuarios.

### **NORMA VI: EVALUAR Y GARANTIZAR LA CALIDAD DE TODAS LAS PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA**

El profesional de la enfermería tiene la obligación de defender el derecho que asiste al paciente a recibir asistencia sanitaria en el medio menos restrictivo, a ser respetado, a tomar decisiones por sí mismo y a ser tratado en un entorno seguro y de forma justa (equitativa).

En Canadá, la asistencia a la salud mental se lleva a cabo de acuerdo con las leyes sobre salud mental vigentes en cada provincia o territorio y con la legislación relacionada. Es importante que el profesional de la enfermería en PSM esté informado sobre estas leyes y sobre la interpretación que de las mismas han realizado los tribunales de justicia en lo que respecta a la práctica de la enfermería.

1. Identificar la cultura (filosofía, actitudes, valores y creencias) del lugar en el que se trabaja en todos los aspectos en los que esta cultura puede afectar a la práctica de la enfermería, y tomar las medidas apropiadas que sean congruentes con dicha cultura.
2. Analizar la forma en la que los determinantes de la salud que influyen en la salud de la población (p. ej., pobreza, malnutrición y viviendas en mal estado) afectan a la práctica de la enfermería en PSM.
3. Conocer y comprender la legislación vigente (p. ej., leyes sobre confidencialidad e intimidad y sobre las implicaciones legales que puede tener la práctica de la enfermería).
4. Ampliar e incorporar los conocimientos sobre las innovaciones y los cambios en el campo de la práctica de la enfermería en PSM con el fin de proporcionar una atención de enfermería segura y eficaz.
5. Llevar a cabo y documentar por escrito las revisiones y evaluaciones de las actividades de atención de enfermería en PSM.
6. Comprender y revisar críticamente las funciones interdependientes de los miembros del equipo multidisciplinario en el contexto del plan de tratamiento.

7. Defender al paciente en el contexto de los parámetros profesionales y de la organización y de los intereses de la familia y de la sociedad.
8. Proponer cambios y mejoras en las estructuras del sistema/organización de acuerdo con los principios de seguridad, ética, competencia y eficacia que deben regir la atención de enfermería.
9. Conocer, comprender y tener en cuenta los cambios dinámicos en la asistencia sanitaria que se han producido y se están produciendo a escala local, nacional y mundial, y, en colaboración con los propietarios del centro en el que se trabaja, elaborar y desarrollar estrategias para adaptarse a estos cambios e incorporarlos (cambios en los determinantes de la salud que influyen en la población, terrorismo, aumento de los costes y crisis de los sistemas sanitarios).

### **NORMA VII: LLEVAR A CABO LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA DE ACUERDO CON LA ASIGNACIÓN DE FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES Y LA ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN EN LA QUE SE TRABAJA**

El papel del profesional de la enfermería en PSM se asume y desempeña dentro de una determinada estructura organizativa, ya sea pública o privada, dedicada a la provisión a la población de asistencia psiquiátrica y servicios de salud mental. En lo que respecta al profesional de la enfermería en PSM, la ética de la atención que presta a los pacientes y a los familiares se basa en la reflexión personal y en los juicios y toma de decisiones basados en la evidencia en el contexto de situaciones siempre complejas y dinámicas. El hecho de que la atención en PSM se esté desplazando cada vez más desde el hospital a los entornos de asistencia extrahospitalaria, obliga al profesional de la enfermería en PSM a mejorar sus conocimientos y habilidades para poder elaborar y poner en práctica planes de tratamiento, de promoción de la salud, de acción social y de cooperación con los responsables de los servicios sociales en colaboración con otros profesionales; es decir, para trabajar de forma coordinada en equipos multidisciplinares.

1. Trabajar en colaboración con los pacientes y la familia y cualquier otra persona o institución implicada con el fin de facilitar la consecución de un entorno terapéutico en el que todas las personas se sientan seguras, apoyadas y respetadas.
2. Conocer y comprender los indicadores de calidad y trabajar continuamente para mejorar la calidad de los resultados.
3. Colaborar activamente con otros profesionales de la enfermería para promover y mantener un clima que permita una práctica profesional ética y el establecimiento de una comunidad humana moral (Varcoe, Rodney, & McCormick, 2003).
4. Participar activamente para contribuir a crear un clima de confianza mutua y de colaboración abierta y crítica entre todos los profesionales e instituciones implicados que permita el cuestionamiento del *status quo* y la denuncia de las prácticas incompetentes (CNA, 2002).
5. Intentar siempre utilizar métodos constructivos basados en la colaboración para resolver las diferencias que pudieran existir entre los miembros del equipo multidisciplinario encargado de la atención al paciente y a la familia (CNA, 2002).

6. Participar activamente en el desarrollo, la ejecución y la crítica de las políticas en el campo de la salud mental, tanto en la sociedad como en el contexto institucional.
7. Contribuir al liderazgo de los profesionales que se encargan de las prácticas más avanzadas con el fin de promover la eficacia del tratamiento y la atención de enfermería.
8. Practicar la enfermería siempre dentro de los parámetros de la legislación vigente.
9. Apoyar y participar en la formación y tutoría de los nuevos diplomados en enfermería.
10. Utilizar los conocimientos sobre estrategias de colaboración para la acción social a la hora de trabajar con los grupos y asociaciones de consumidores y usuarios y de defensa del paciente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Canadian Nurses Association [CNA]. (1997, June). *National nursing competency project*. Final report. Ottawa, Ontario: Author.
- CNA. (2002). *Code of ethics for registered nurses*. Ottawa, Ontario: Author.
- Society for Education and Research in PsychiatricMental Health Nursing. (1996). *Educational preparation for psychiatric-mental health nursing practice*. Pensacola, FL: Author.
- Varcoe, C., Rodney, P., & McCormick, J. (2003). Health care relationships in context: An analysis of three ethnographies. *Qualitative Health Research, 13*(7), 957–973.
- Standard Committee of the Canadian Federation of Mental Health Nurses. (2005). *Canadian standards of psychiatric mental health nursing practice* (3rd ed.). Ottawa, Ontario: Canadian Nurses Association.

## Apéndice E

### Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño se clasifican en cuatro categorías: trastornos primarios del sueño, trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental, trastornos del sueño relacionados con una enfermedad médica y trastornos del sueño relacionados con el consumo de drogas o psicofármacos.

Los **trastornos primarios del sueño** son los que no se pueden atribuir a otro trastorno mental, a una enfermedad médica ni al consumo de drogas o psicofármacos, y son las disomnias y las parasomnias.

Las disomnias son trastornos primarios del sueño que consisten en la dificultad o imposibilidad de conciliar el sueño o en dormir demasiado. Se caracterizan por las alteraciones en la cantidad, la calidad o el horario del sueño.

- *Insomnio primario*: dificultad para conciliar o mantener el sueño o conseguir un sueño reparador durante al menos 1 mes. El trastorno debe provocar un malestar significativo o un deterioro relevante del funcionamiento laboral o social o en otras áreas importantes de funcionamiento. Se calcula que entre el 1 % y el 10 % de la población general y hasta un 25 % de las personas mayores sufren insomnio primario. Las modalidades de tratamiento son: intervenciones relacionadas con la higiene del sueño (v. el cuadro «Intervenciones relacionadas con la higiene del sueño»), técnicas cognitivoconductuales y medicación.
- *Hipersomnia primaria*: dormir excesivamente durante al menos 1 mes. Puede tratarse bien de dormir demasiado durante la noche o bien en episodios prolongados de sueño durante el día, que provoca un malestar psicológico importante o un deterioro significativo del nivel de funcionamiento del paciente. Los episodios prolongados de sueño durante la noche pueden ser de entre 8 h y 12 h, y al paciente le cuesta trabajo despertarse, mientras que los episodios diurnos dejan al paciente, cuando se despierta, la sensación de no haber descansado. El tratamiento con fármacos estimulantes del sistema nervioso central suele ser eficaz.
- *Narcolepsia*: dormir excesivamente: se caracteriza por episodios recurrentes de sueño que el paciente no puede controlar. Después de 10 min a 20 min de sueño, el paciente se despierta con la sensación de haber descansado, hasta que sobreviene el siguiente episodio. El episodio puede aparecer en un momento inoportuno, tal como en una reunión de trabajo o mientras se conduce un vehículo a motor. Algunos pacientes que padecen narcolepsia sufren episodios de cataplejía (pérdida repentina y reversible del tono muscular de carácter bilateral que dura unos segundos o minutos y puede provocar caídas) o intrusiones recurrentes de sueño en fase REM durante la transición



entre el sueño y la vigilia que cursan con parálisis de la musculatura voluntaria o alucinaciones oníricas. El tratamiento consiste en medicación (fármacos estimulantes del sistema nervioso central o modafinilo) y en reestructuración conductual (p. ej., programación de las siestas en momentos adecuados del día).

- *Trastornos respiratorios del sueño*: alteración del sueño que provoca somnolencia excesiva o, menos frecuentemente, insomnio, causada por problemas respiratorios que aparecen cuando el paciente está dormido. Existen tres tipos de trastornos del sueño relacionados con la respiración: la apnea obstructiva del sueño (episodios repetitivos de obstrucción de las vías respiratorias), la apnea central del sueño (períodos de ausencia del esfuerzo respiratorio) y síndromes de hipoventilación relacionados con el sueño (períodos de disminución de la ventilación con hipercapnia profunda). La apnea central del sueño se observa sobre todo en personas mayores, mientras que la apnea obstructiva del sueño y los síndromes de hipoventilación suelen afectar a las personas obesas. El tratamiento de primera elección de los trastornos del sueño relacionados con la respiración es quirúrgico, generalmente traqueotomía y colocación de un dispositivo de presión continua positiva en las vías respiratorias.
- *Trastorno del ritmo circadiano (antes denominado trastorno del ritmo sueño-vigilia)*: alteración persistente o recurrente del sueño que tiene su origen en una perturbación del ritmo circadiano o en una falta de acoplamiento entre el ritmo circadiano y las demandas del entorno. Existen cuatro formas clínicas o subtipos: tipo sueño retrasado (el ritmo circadiano del paciente no es congruente con los horarios normales del sueño, tal como ocurre en el caso de un sujeto que no puede dormir o mantenerse despierto durante las horas socialmente aceptadas para dormir o estar despierto debido a su horario laboral o a otros factores similares); tipo *jet lag* (conflicto entre los horarios del sueño y de la vigilia y el cambio horario al pasar de una zona horaria a otra); tipo cambio de turno de trabajo (conflicto entre el ritmo circadiano y las demandas de mantenerse despierto debido al cambio de turno en el trabajo); y tipo inespecífico (el patrón del ritmo circadiano dura más de 24 h a pesar de las señales provenientes del entorno, lo que da lugar a diferentes tipos de alteraciones de sueño). Las intervenciones en la higiene del sueño (v. el cuadro «Intervenciones relacionadas con la higiene del sueño»), la administración de melatonina y la fototerapia pueden ser eficaces para las alteraciones del sueño asociadas con un trastorno del ritmo circadiano. La fototerapia consiste en exponer al paciente a una luz artificial intensa cuando empieza a despertarse y en evitar la exposición a la luz intensa cuando el paciente quiere dormir.

Las parasomnias se caracterizan por la aparición de conductas o actividades anómalas mientras el sujeto duerme o se encuentra en la transición entre el sueño y la vigilia. En estos trastornos se produce una activación de diferentes sistemas fisiológicos, tales como el sistema nervioso autónomo y el sistema musculoesquelético, o de los procesos cognitivos en un momento en el que tal activación no debería producirse, tal como durante el sueño.

- *Pesadillas*: aparición de sueños vividos recurrentes que asustan al paciente y le hacen

despertarse. Estos sueños suelen ser largos y elaborados, provocan ansiedad o miedo y hacen que el paciente tenga dificultades para volver a dormirse, lo cual, a su vez, causa un malestar psicológico importante y, a veces, falta de sueño. Actualmente, no existe ningún tratamiento que goce de amplia aceptación.

- *Terrores nocturnos*: episodios recurrentes en los que el paciente se despierta bruscamente aterrorizado y gritando o llorando. Los niños que padecen este trastorno se despiertan confusos y aturridos y no se acuerdan de haber soñado ni en el momento de despertarse ni a la mañana siguiente. Al principio, cuesta trabajo hacer que el niño se despierte completamente y no es fácil tranquilizarlo. Los terrores nocturnos suelen desaparecer en la adolescencia.

### Intervenciones relacionadas con la higiene del sueño

Establezca un horario regular para acostarse y levantarse.

Evite la privación de sueño y no intente «recuperar el sueño perdido» durmiendo demasiado.

Evite comer mucho por la noche, aunque se permite un pequeño refrigerio antes de irse a dormir, incluso puede servir para dormir mejor.

Evite dormir durante el día (siestas), a no ser que sea necesario debido a la edad avanzada o al estado de salud.

Haga ejercicio físico todos los días, pero no antes de irse a dormir, ya que puede interferir en el sueño.

Minimice o elimine el consumo de cafeína y nicotina.

No mire al reloj ni al despertador cuando esté en la cama.

No tome bebidas alcohólicas para dormir mejor; el alcohol empeora las alteraciones del sueño y produce un sueño de mala calidad.

No utilice la cama para leer, trabajar, ver la televisión, etc.

Si está preocupado por algo, apúntelo en un papel y ponga al lado la hora en la que se va a ocupar del tema; a continuación, olvídense del problema hasta el día siguiente.

La música suave, los CD para relajación y el «ruido blanco» pueden ayudarle a dormir; pruebe con diferentes métodos hasta que encuentre el que le resulta más eficaz.

- *Sonambulismo*: episodios recurrentes de conductas motoras complejas durante el sueño, tales como levantarse de la cama y andar por la casa. Si se despierta al paciente, se observará que está desorientado y confuso, y, a veces, se comporta de forma violenta. Generalmente, vuelve a la cama solo sin necesidad de despertarlo o se le puede llevar a la cama sujetándolo del brazo o del hombro. Este trastorno suele observarse en niños de entre 4 y 8 años, y generalmente desaparece en la adolescencia. No se requiere tratamiento.

**Los trastornos del sueño relacionados con otros trastornos mentales** son el insomnio y la hipersomnia secundarios. Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son los trastornos mentales que están asociados con más frecuencia con las alteraciones del sueño. El tratamiento del trastorno mental de base está indicado para resolver la alteración del sueño.

**Los trastornos del sueño relacionados con una enfermedad médica** suelen consistir en insomnio, hipersomnia o parasomnia secundarias o en una combinación de

dos o más de estas alteraciones. Para realizar el diagnóstico es necesario que exista una enfermedad médica a la que se pueda atribuir el trastorno del sueño. Las enfermedades neurodegenerativas, las enfermedades cerebrovasculares, las endocrinopatías y las infecciones víricas o bacterianas son las enfermedades médicas que con más frecuencia provocan trastornos del sueño secundarios. La tos y el dolor también son causas frecuentes. Este tipo de trastornos del sueño pueden mejorar si se trata adecuadamente la enfermedad de base, pero también pueden tratarse sintomáticamente con medicación específica.

**Los trastornos del sueño relacionados con el consumo de drogas o psicofármacos** se caracterizan por una alteración significativa del sueño relacionada directamente con los efectos fisiológicos del alcohol u otras drogas, un fármaco psicoactivo u otra sustancia tóxica (p. ej., una toxina). Los trastornos más frecuentes son el insomnio y la hipersomnia secundarios. El tratamiento de la intoxicación o del consumo de drogas o medicamentos psicoactivos generalmente da lugar a una mejora del sueño.

---

Adaptado del DSM-IV-TR (2000) y de Mendelson W (2005). Sleep disorders. En BJ Sadock y VA Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry* (8.<sup>a</sup> ed., pp. 2022-2034). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

## Apéndice F

### Trastornos sexuales y de la identidad sexual

En el DSM-IV-TR (2000) figuran tres tipos de trastornos sexuales y de la identidad sexual: disfunciones sexuales (trastornos del deseo, de la excitación y orgásmicos y alteraciones sexuales por dolor o debidas a enfermedad médica o con el consumo de drogas o medicamentos), parafilias (exhibicionismo, fetichismo, frotteurismo, pedofilia, masoquismo sexual, sadismo sexual, fetichismo tranvestista y voyeurismo) y el trastorno de la identidad sexual. Estos trastornos suelen diagnosticarse en atención primaria o en el entorno comunitario especializado en psiquiatría y salud mental. El tratamiento consiste en psicoterapia individual, de grupo o de pareja. Cuando el trastorno da lugar a una conducta tipificada como delito en el código penal, el paciente puede tener problemas legales, e incluso acabar en la cárcel, tal como ocurre en el caso de algunas parafilias.

#### DISFUNCIONES SEXUALES

Las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos del ciclo de la respuesta sexual o por dolor asociado con el coito. El ciclo de la respuesta sexual es un proceso formado por cuatro fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución. La disfunción sexual puede deberse únicamente a factores psicológicos o a una combinación de factores psicológicos y fisiológicos (p. ej., una enfermedad médica).

Los **trastornos del deseo** consisten en una alteración de la fase del deseo del ciclo de la respuesta sexual.

- *Deseo sexual hipoactivo*: se caracteriza por una ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual, que provoca un malestar psicológico acusado o dificultades interpersonales.
- *Trastorno por aversión al sexo*: se caracteriza por la aversión y la evitación activa del contacto sexual genital con otra persona, que provoca un malestar psicológico acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. El paciente refiere ansiedad, miedo o aversión a la hora de intentar una relación sexual con otra persona.

Los **trastornos de la excitación sexual** consisten en una alteración de la fase de excitación del ciclo de la respuesta sexual.

- *Trastorno de la excitación sexual en la mujer*: incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la finalización de la actividad sexual, tal como la lubricación y dilatación genitales, lo que provoca un malestar psicológico acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- *Trastorno de la erección en el hombre*: incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta la finalización de la actividad sexual,

lo que provoca un malestar psicológico acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

Los **trastornos orgásmicos** consisten en una alteración de la fase del orgasmo del ciclo de la respuesta sexual.

- *Trastorno orgásmico femenino*: ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación normal, que provoca un malestar psicológico acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- *Trastorno orgásmico masculino*: ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en el hombre después de una fase de excitación normal, que provoca un malestar psicológico acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- *Eyacuación precoz*: aparición de un orgasmo y eyacuación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee, lo que provoca un malestar psicológico acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

Los **trastornos sexuales por dolor** consisten en la aparición de dolor antes, durante o después de las relaciones sexuales.

- *Dispareunia*: dolor genital durante el coito, que provoca un malestar psicológico acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. Se observa tanto en hombres como en mujeres, y el dolor puede ser moderado o grave.
- *Vaginismo*: contracción involuntaria, recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos, lo que provoca un malestar psicológico acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. La contracción involuntaria de la musculatura puede ir de leve (ligeras molestias en el momento de la penetración) a grave (la penetración es imposible).

Las **disfunciones sexuales relacionadas con una enfermedad médica** consisten en la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa que se debe únicamente a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad no psiquiátrica. Estas disfunciones son: la dispareunia, el deseo sexual hipoactivo, la disfunción eréctil, los problemas para alcanzar el orgasmo y otros problemas sexuales a los que ya nos hemos referido. El paciente presenta un malestar psicológico acusado o dificultad en las relaciones interpersonales asociados con los síntomas.

Las disfunciones sexuales **relacionadas con el consumo de drogas o medicamentos** (inducido por sustancias) consisten en la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa que tiene su origen en los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos u otras sustancias tóxicas) y provocan un malestar psicológico importante o problemas en las relaciones interpersonales. Estas disfunciones pueden afectar a la excitación o al orgasmo o causar dolor durante la actividad sexual.

## PARAFILIAS

Las parafilias son fantasías que provocan excitación sexual, acompañadas de impulsos y

conductas sexuales que, generalmente, consisten en: 1) la utilización de objetos no humanos, 2) el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja, o 3) la implicación de niños o de otras personas que, por cualquier razón, no pueden dar su consentimiento a las relaciones sexuales. En el caso de la pedofilia, el voyeurismo, el exhibicionismo y el frotteurismo, el diagnóstico se hace si la persona actúa movida por un impulso que no puede controlar o si las fantasías o los impulsos o conductas relacionados con estas fantasías provocan en la persona un malestar psicológico acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. En el caso del sadismo sexual, el diagnóstico se hace si la persona se deja llevar por los impulsos, ha actuado con una persona que, por ser menor de edad o por otra razón, no puede dar su consentimiento o si las fantasías o los impulsos o conductas asociados con estas fantasías provocan en la persona un malestar psicológico acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. En el caso de las demás parafilias, el diagnóstico se hace si las fantasías y los impulsos o conductas asociados con estas fantasías provocan un malestar psicológico acusado en la persona o un deterioro significativo en el ámbito social o laboral o en otras áreas de funcionamiento importantes.

- *Exhibicionismo*: consiste en la exposición de los propios genitales a una persona extraña. En algunos casos, el paciente se masturba durante la exposición. Suele aparecer antes de los 18 años de edad, y suele ser menos grave después de los 40.
- *Fetichismo*: consiste en el uso de objetos no animados (fetiches) para obtener la excitación sexual y/o alcanzar el orgasmo. Los fetiches más frecuentes son la ropa interior femenina (bragas, sujetadores, medias y liguetos), zapatos y prendas de vestir. Generalmente, el paciente se masturba mientras sostiene en la mano el objeto o se frota con él. Comienza en la adolescencia y suele ser de carácter crónico.
- *Frotteurismo*: consiste en el contacto y el roce con una persona en contra de su voluntad, generalmente en lugares públicos abarrotados, tales como los medios de transporte, los grandes almacenes y la cola en la parada del autobús, lo que permite al paciente escapar fácilmente en caso de ser sorprendido. El paciente se frota los genitales contra los muslos o el trasero de la víctima o acaricia sus pechos o genitales. Esta parafilia se observa la mayor parte de las veces en personas de entre 15 y 25 años, y la tasa de incidencia va disminuyendo a partir de esa edad.
- *Pedofilia*: consiste en la actividad sexual con niños prepúberes (generalmente de 13 años o más pequeños). Para realizar el diagnóstico, el paciente debe tener como mínimo 16 años y ser al menos 5 años más joven que el niño. Las prácticas más habituales de los pedófilos suelen consistir en desnudar al niño y contemplarlo desnudo, en desnudarse delante del niño, en masturbarse delante de él, en tocar o acariciar al niño, en la felación, en el *cunnilingus* y en la penetración por la vagina, el ano o la boca, bien con el pene o bien con los dedos o con algún objeto. El grado de fuerza o intimidación que el paciente ejerce sobre el menor varía mucho de un caso a otro. Las víctimas pueden ser familiares del paciente (p. ej., los hijos o los hijastros) o niños desconocidos. Muchos pedófilos no experimentan ningún tipo de malestar psicológico por sus fantasías, impulsos y conductas.
- *Masoquismo sexual*: consiste en fantasías que provocan excitación sexual, impulsos o



conductas sexuales sobre el hecho de ser humillado, golpeado, atado (o cualquier otra forma de experimentar dolor, vejación o sufrimiento). Algunos pacientes actúan solos, y otros en colaboración con su pareja u otra persona.

- *Sadismo sexual*: consiste en fantasías que provocan excitación sexual, impulsos o conductas sexuales sobre el hecho de hacer sufrir, provocar dolor o humillar a otra persona. La actividad sexual puede consistir en dominar a la otra persona (encerrarla u obligarla a andar a cuatro patas, a arrastrarse por el suelo, a gemir o a suplicar), en atarla o restringir sus movimientos de cualquier otra forma, en azotarla, en golpearla, en aplicarle corrientes eléctricas, en violarla o en hacerle cortes, y, en los casos más graves, en torturarla y matarla. La víctima puede ser consentidora de la relación, tal como ocurre en el caso de los masoquistas sexuales, o, por el contrario, puede ser obligada a participar.
- *Fetichismo travestista*: consiste en fantasías que provocan excitación sexual, impulsos o conductas sexuales sobre el hecho de vestirse con las ropas del otro sexo. Esta parafilia se ha descrito únicamente en varones heterosexuales.
- *Voyeurismo*: consiste en fantasías que provocan excitación sexual, impulsos o conductas sexuales sobre el hecho de observar a una persona desnuda, que se está desvistiendo o que está realizando algún acto de tipo sexual, sin que esta persona sepa que está siendo observada. Normalmente empieza antes de los 15 años de edad y suele ser un trastorno de carácter crónico. Es habitual que el paciente se masturbe mientras observa a la otra persona.

## **TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL**

El trastorno de la identidad sexual se diagnostica cuando el paciente presenta una identificación fuerte y persistente con el otro sexo; es decir, cuando el paciente siente el deseo de ser, o insiste en que es, una persona del sexo contrario, acompañado de un malestar psicológico intenso y persistente por el sexo que se le ha asignado o sensación de incapacidad para desempeñar el rol del sexo asignado. Además, el paciente experimenta un malestar psicológico clínicamente significativo o un deterioro relevante del funcionamiento social o laboral o en otras áreas importantes. Los niños se interesan por las actividades que tradicionalmente se han considerado femeninas, prefieren vestirse con ropa de niña o de mujer, y expresan su deseo de ser una niña o de crecer y hacerse una mujer. Las niñas se resisten al deseo de los padres de que se pongan vestidos u otras prendas femeninas, se ponen ropa de niño, llevan el pelo corto, piden a los demás que las llamen con un nombre de chico y expresan su deseo de que les crezca un pene y de crecer y convertirse en un hombre.

---

Adaptado de American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR*. Washington, D.C.: Author.



## Glosario de términos clave

**abandono:** comportamiento en el cual, bien por malicia o bien por ignorancia, no se presta la atención ni los medios que el niño necesita para su desarrollo y bienestar físico, psicológico y educativo.

**abstinencia:** véase *síndrome de abstinencia*.

**abuso:** la utilización abusiva y el maltrato de otra persona.

**acatisia:** incapacidad de sentarse o de permanecer sentado. Se observa en pacientes que tienen una intensa necesidad de moverse continuamente (p. ej., andar de un lado para otro de la habitación) y refieren sensación de desasosiego interno.

**aceptación de las ideas delirantes del paciente:** técnica que se utiliza con los pacientes que padecen una demencia; sirve para tranquilizar al enfermo sin corregir el delirio ni las interpretaciones erróneas del entorno.

**aceptación:** abstención de emitir juicios de valor y respeto por la persona con independencia de cuál sea su comportamiento.

**acoso:** intentos repetidos y persistentes de entablar relación o comunicarse con una persona que no lo desea.

**acting out:** mecanismo de defensa inmaduro mediante el cual el sujeto trata las emociones, conflictos y estresores mediante acciones impulsivas, en vez de mediante la reflexión y los sentimientos.

**actitudes:** sentimientos sobre la vida, nosotros mismos y los demás que constituyen el marco de referencia a partir del cual el sujeto organiza su conocimiento y comprensión del mundo.

**aculturación:** cambio en los valores y conductas propios de una cultura para adaptarse a la cultura mayoritaria o dominante.

**adinamia:** falta de energía.

**adrenalina:** véase *epinefrina*.

**afasia:** deterioro de la función del lenguaje.

**afecto:** expresión externa del estado emocional del paciente.

**afecto amplio:** expresión de una amplia variedad de expresiones emocionales.

**afecto aplanado:** falta de expresión facial de los sentimientos y emociones.

**afecto embotado:** expresiones faciales escasas o lentas para manifestar los sentimientos y emociones.

**afecto inapropiado:** expresión facial que es incongruente con el estado de ánimo del paciente o con la situación en la que se encuentra; muchas veces el afecto es ridículo, pueril o alocado o no tiene nada que ver con las circunstancias o la situación.

**afecto restringido:** expresión de las emociones pobre y monótona, generalmente seria o sombría.

**aglutinamiento (roles con límites difusos):** ausencia de una definición clara de qué roles y funciones debe desempeñar cada persona en un grupo (p. ej., en la familia).

**agnosia:** incapacidad de reconocer o nombrar los objetos a pesar de que la capacidad sensorial del paciente está intacta.

**agorafobia:** temor patológico a encontrarse fuera de casa en un lugar público (proviene del griego *agora*, que significa plaza o mercado).

**agresión física:** comportamiento en el cual una persona agrede o lesiona a otra o en el que el agresor destruye las pertenencias del otro.

**agresión:** ataque violento físico o verbal que provoca lesiones, humillación o daño psicológico en la víctima; el tocar a una persona sin su consentimiento se considera también una agresión.

**aislamiento:** confinamiento involuntario del paciente en una habitación especialmente diseñada para este fin y equipada con una ventanilla de seguridad o una cámara de circuito cerrado de televisión que permite al personal de enfermería supervisar al enfermo durante el aislamiento.

**alexitimia:** dificultad para identificar o expresar sentimientos, afectos y emociones.

**alogia:** falta de significado o contenido en lo que el paciente dice.

**alucinaciones:** falsas percepciones sensoriales o experiencias perceptivas que en realidad no existen.

**alucinógeno:** droga que provoca distorsiones perceptivas de la realidad similares a las que se observan en la psicosis, tales como alucinaciones (generalmente visuales) y despersonalización.

**análisis de los sueños:** método muy importante que se utiliza en la psicoterapia psicoanalítica; consiste en animar al paciente a interpretar con la ayuda del psicoterapeuta sus propios sueños para descubrir su verdadero significado.

**análisis y modificación de conducta:** modalidad de psicoterapia en la que se intenta promover las conductas deseadas mediante el refuerzo positivo y eliminar las no deseadas mediante el refuerzo negativo; se basa en la teoría conductista o conductismo.

**anhedonia:** ausencia de interés o de placer por la vida; pérdida del interés o del placer en actividades que antes resultaban gratificantes al sujeto.

**anorexia nerviosa:** trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por el rechazo a la comida o a mantener un peso corporal mínimo normal, el miedo intenso al aumento de peso o a engordar, una alteración importante de la percepción del tamaño o de la forma del cuerpo e incapacidad absoluta o rechazo a reconocer que se padece un problema médico y de salud mental grave.

**ansiedad:** sensación vaga e inespecífica de miedo o aprensión en respuesta a estímulos internos o externos que puede manifestarse mediante signos y síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos.

**ansiedad grave:** nivel de ansiedad que hace que las habilidades de supervivencia más primitivas controlen la conducta del sujeto y aparezcan respuestas defensivas elementales; las capacidades cognitivas se deterioran y, por tanto, el sujeto tiene dificultades para pensar y razonar.

**ansiedad leve:** sensación de que algo es diferente y, por tanto, requiere especial atención.

**ansiedad moderada:** sensación molesta de que algo está mal o de que algo va a salir mal, por lo que el sujeto se muestra nervioso o inquieto.

**ansiedad pánica:** ansiedad muy intensa; puede deberse a un hecho o situación que pone en peligro la vida del paciente.

**ansiolíticos:** psicofármacos que se utilizan para tratar la ansiedad y los trastornos de ansiedad, tales como el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de angustia y el trastorno por estrés posttraumático; se utilizan también para el tratamiento de la depresión, el insomnio y el síndrome de abstinencia de alcohol.

**antidepresivos:** psicofármacos que se utilizan fundamentalmente para tratar el trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad, la fase depresiva del trastorno bipolar y la depresión psicótica.

**antipsicóticos:** véase *neurolepticos*.

**apoyo social:** la ayuda psicológica que nos proporcionan los familiares, los amigos, incluso los profesionales sanitarios, o cualquier otra persona a la que conocemos cuando tenemos un problema o nos encontramos en una situación difícil.

**apraxia:** alteración del funcionamiento motor a pesar de que las capacidades motoras del paciente están intactas.

**aprovechamiento:** fase del proceso de relación entre el profesional de la enfermería y el paciente que, según Peplau, sirve al profesional para ayudar al paciente a analizar sus sentimientos y respuestas y a aprender y poner en práctica estrategias de afrontamiento más eficaces y a adquirir una imagen más positiva de sí mismo, lo cual sirve a su vez para cambiar el comportamiento y reforzar la independencia personal; forma parte de la fase de trabajo.

**asociación libre:** procedimiento que se utiliza en la psicoterapia psicoanalítica para acceder a los pensamientos y sentimientos inconscientes; el psicoterapeuta intenta sacar a la luz los verdaderos pensamientos y sentimientos del paciente diciendo una palabra y, a continuación, pidiendo al paciente que diga lo primero que le viene a la mente en relación con la palabra dicha por el psicoterapeuta.

**asociaciones laxas:** pensamiento desorganizado; el paciente pasa de una idea a otra con poca o ninguna relación entre los pensamientos.

**atracción:** ingesta de una gran cantidad de comida (mucho mayor de la que una persona come de una sola vez) en

un período concreto de tiempo, generalmente de 2 h o menos.

**autoconcepto:** forma en la que una persona se percibe y se valora a sí misma en términos de valía y dignidad.

**autoconciencia:** proceso mediante el cual una persona obtiene un mejor conocimiento de sus emociones, sentimientos, valores, creencias y actitudes; proceso mediante el cual una persona se hace consciente de su forma de pensar, sentir y comportarse, incluidas sus limitaciones, y de la forma en la que esto afecta a sus relaciones con los demás.

**autoeficacia:** creencia según la cual nuestras propias capacidades y esfuerzos influyen en nuestra vida y en el curso de los acontecimientos.

**automatismo:** conducta repetida, aparentemente sin propósito, que suele ser indicativa de ansiedad y el sujeto realiza de forma inconsciente o semiinconsciente, tal como tamborilear con los dedos en la mesa, tocarse el pelo o golpear con el pie en el suelo; cuando son desproporcionados o estrafalarios se denominan manierismos.

**automonitoreo:** técnica conductual-cognitiva cuyo objetivo es ayudar al paciente a controlar su propio comportamiento.

**autonomía:** derecho que tienen todas las personas a ser independientes y a decidir por sí mismas.

**autorealización:** ocurre cuando la persona ha conseguido satisfacer todas las necesidades de la jerarquía de Maslow y ha desarrollado plenamente en la vida todas sus potencialidades.

**autorevelación:** acto mediante el cual el profesional de enfermería proporciona al paciente información de carácter personal o biográfico, tal como experiencias personales, ideas, pensamientos y sentimientos sobre sí mismo.

**autoverbalizaciones positivas:** técnica conductual-cognitiva que consiste en sustituir los pensamientos negativos que el paciente tiene sobre sí mismo por pensamientos positivos.

**aviso de precaución en los prospectos de los medicamentos:** nota destacada mediante un recuadro separada del resto del texto que debe figurar en los prospectos de los medicamentos: contiene una advertencia sobre el riesgo para la vida del paciente o sobre uno o más efectos secundarios graves.

**beneficio primario:** disminución de la ansiedad que se consigue realizando una determinada conducta o asumiendo un determinado rol; beneficio directo que se obtiene del trastorno mental, tal como aliviar la ansiedad, el conflicto o el malestar psicológico.

**beneficio secundario:** beneficio que recibe el paciente por parte de los familiares y otras personas allegadas por el hecho de encontrarse enfermo, tales como atención, comodidades y librarse de las responsabilidades y tareas habituales.

**bloqueo del pensamiento:** detención brusca que se produce en mitad de una frase o de un razonamiento; en algunos casos el paciente no es capaz de continuar con lo que estaba diciendo.

**bradicinesia:** enlentecimiento general de los movimientos, de los procesos cognitivos y de la interacción verbal.

**bulimia nerviosa:** trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por episodios recurrentes (al menos dos veces a la semana durante 3 meses) de atracones de comida seguidos de conductas compensatorias inadecuadas para no ganar peso, tales como purgas (inducción del vómito o uso de laxantes, diuréticos, enemas o eméticos), ayuno o ejercicio físico excesivo.

**capacidad de introspección (*insight*):** capacidad de comprender la verdadera naturaleza de la situación en la que nos encontramos y de aceptar la responsabilidad que tenemos en dicha situación.

**carácter:** concepto que tenemos de nosotros mismos y del mundo exterior; depende del aprendizaje social, de la cultura y de los acontecimientos aleatorios de la vida propios de cada persona.

**catarsis:** conducta o actividad que se supone proporciona un alivio a los sentimientos, emociones y afectos negativos o demasiado intensos, tal como el odio y la ira.

**catatonía:** trastorno psicomotor que consiste bien en exceso o bien en falta de movimiento.

**centros de tratamiento residenciales:** tratamiento a largo plazo que se lleva a cabo en un residencia o institución similar en la que vive el paciente; el tratamiento varía en función de la estructura, grado de supervisión y servicios que se ofrecen al enfermo.

**ciclo de la violencia:** patrón característico del comportamiento del agresor que se observa en la violencia de

género; consiste en violencia, seguida de un período de «luna de miel» (arrepentimiento), una fase de aumento progresivo de la tensión y, de nuevo, de violencia; este patrón de comportamiento se repite una y otra vez a lo largo de la relación entre el agresor y la víctima.

**circunstancialidad:** uso de palabras o frases que nada tienen que ver con el tema de la conversación, acompañado de descripciones largas y tediosas.

**cliché:** expresión que se ha convertido en manida y convencional; generalmente se refiere a un estereotipo o a un prejuicio.

**codependencia:** estrategia de afrontamiento desadaptativa por parte de los familiares u otras personas allegadas que tiene su origen en una relación prolongada con una persona consumidora de sustancias.

**compulsiones:** conductas ritualistas o actos mentales persistentes y recurrentes que el paciente no puede evitar; constituyen un intento de neutralizar la ansiedad.

**comunicación:** proceso mediante el cual intercambiamos información con otras personas.

**comunicación asertiva:** forma de comunicación con los demás en la que el sujeto utiliza el lenguaje verbal para identificar los sentimientos, emociones, deseos y necesidades y comunicarlos a los demás directa y abiertamente.

**comunicación no verbal:** conductas mediante las cuales comunicamos o reforzamos la comunicación del contenido verbal, tales como el lenguaje corporal, el contacto visual, la expresión facial, el tono de voz, la velocidad del habla, las pausas al hablar, los suspiros y sonidos guturales y la distancia que mantenemos con el interlocutor.

**comunicación terapéutica:** interacción entre el personal de la enfermería y el paciente durante la cual el primero se centra en las necesidades específicas del segundo con el fin de promover un intercambio de información eficaz.

**comunicación verbal:** palabras que una persona dice cuando se comunica con uno o más interlocutores.

**comunidad o medio terapéutico:** entorno seguro y beneficioso para el paciente desde el punto de vista terapéutico; se promueven las interacciones entre los pacientes y en el plan de tratamiento se da mucha importancia a estas interacciones.

**condicionamiento operante:** teoría del conductismo que sostiene que las personas aprenden a comportarse de una determinada manera debido a sus experiencias, especialmente a partir de las experiencias que han sido reforzadas repetidamente.

**conducta de evitación:** conducta dirigida a evitar las consecuencias o los efectos desagradables que una acción tendría en caso de realizarse o las situaciones que provocan miedo o ansiedad.

**conductas compensatorias:** conductas que se observan en algunos pacientes que padecen un trastorno de la conducta alimentaria; se trata de acciones destinadas a contrarrestar la ingesta excesiva de comida, tales como la provocación del vómito, el ejercicio físico excesivo y el uso o abuso de laxantes o diuréticos. Véase *purga*.

**conductas de apego:** conductas en las que se manifiestan los lazos afectivos que nos unen a las personas que son importantes para nosotros.

**conductismo:** paradigma teórico de la psicología que se centra únicamente en la conducta observable y sostiene que se pueden conseguir cambios conductuales mediante las técnicas de análisis y modificación de conducta. No intenta explicar cómo funciona la mente.

**confabulación:** respuestas imaginarias de los pacientes que presentan un deterioro de la memoria, generalmente de causa orgánica, para «rellenar» las lagunas provocadas por los déficits mnésicos.

**confidencialidad:** respeto del derecho que asiste al paciente a que no se haga pública ni se releve a terceras personas la información sobre la enfermedad médica o el trastorno mental que sufre ni sobre el tratamiento de éste.

**confrontación:** técnica psicoterapéutica cuyo objetivo es poner de manifiesto las incongruencias entre las palabras del paciente y su conducta; se utiliza cuando el paciente es manipulador o mentiroso.

**congruencia:** se dice que hay congruencia cuando las palabras coinciden con las acciones.

**consideración positiva:** actitud de aceptación y de respeto incondicional hacia el paciente, con independencia de



cuál sea su conducta; implica no emitir juicios de valor sobre el paciente como persona.

**contacto físico terapéutico:** utilización del contacto físico para transmitir al paciente apoyo, interés y empatía; en algunos pacientes puede estar contraindicado o no ser eficaz desde el punto de vista terapéutico.

**contacto visual:** mirar a los ojos del interlocutor durante la comunicación.

**contención física:** aplicación directa de la fuerza física a un paciente sin su permiso para limitar su libertad de movimientos.

**contenido de la comunicación:** comunicación verbal; las palabras que decimos a otra persona.

**contenido del pensamiento:** lo que el paciente dice.

**contexto:** entorno en el cual se produce un hecho, incluye el lugar, la hora, la fecha y los determinantes físicos, psicológicos, sociales y culturales de la situación.

**contrato:** explicación al paciente del tipo de atención que el profesional de la enfermería le va a proporcionar, incluido el tiempo que pasará con él; el paciente debe mostrarse de acuerdo con estas condiciones.

**contrato de no autolesionarse:** contrato en el cual el paciente se compromete por escrito a no hacerse daño a sí mismo y a informar de inmediato al personal sanitario cuando sienta que está perdiendo el control.

**contratransferencia:** ocurre cuando el psicoterapeuta desplaza sobre el paciente emociones, sentimientos o actitudes que tienen que ver con su propio pasado; proceso que puede ocurrir cuando el profesional de la enfermería se relaciona con el paciente en función de sus propias necesidades, deseos y temores inconscientes.

**control de los impulsos:** capacidad de retrasar o posponer la gratificación y de pensar sobre nuestra conducta antes actuar.

**control del entorno:** se refiere a la capacidad que tiene el paciente para controlar los factores del entorno que tienen o pueden tener algún tipo de influencia sobre él.

**convicción de enfermedad:** preocupación excesiva causada por la idea de que se sufre una enfermedad grave sin que existan pruebas racionales de que el paciente sufre tal enfermedad.

**creencias:** ideas sobre sí mismo y sobre el mundo que el sujeto considera verdaderas.

**criminalización del trastorno mental:** práctica que consiste en detener y perseguir legalmente, incluso por faltas leves, a las personas que sufren un trastorno mental con una frecuencia hasta cuatro veces superior a la que se observa en la población general en un intento de mantenerlas encerradas en algún tipo de institución en la que puedan recibir tratamiento.

**crisis:** cambio o giro importante en la vida de una persona que provoca una respuesta psicológica negativa y excesivamente intensa debido a que el sujeto no puede hacer frente a las nuevas circunstancias y a los estresores que las acompañan mediante las estrategias de afrontamiento que hasta ese momento le resultaban eficaces.

**crisis de angustia (ataque de pánico):** episodio de angustia de inicio súbito e inesperado, rápido y de intensidad creciente que dura entre 15 min y 30 min, durante el cual el paciente experimenta miedo y malestar fisiológico.

**crisis hipertensiva:** alteración médica que puede poner en peligro la vida del paciente; puede suceder cuando un enfermo tratado con un IMAO toma alimentos ricos en tiramina o un fármaco que tiene interacciones farmacológicas con los IMAO.

**cultura:** conjunto de comportamientos, valores, creencias y costumbres que el sujeto aprende en la sociedad y se transmiten de una generación a otra; forma de pensar de cada sociedad que sirve de orientación a los individuos para conformar su percepción de sí mismos y del mundo.

**culturalmente competente:** se dice del profesional de la enfermería que es sensible a los aspectos relacionados con la raza, el sexo, la orientación sexual, la clase social, la situación económica y a otras características del paciente.

**daño:** cualquier lesión física, trauma psicológico o pérdida que sufre el paciente.

**deber:** existencia de una relación legalmente reconocida entre el profesional sanitario y el paciente que obliga al primero a prestar atención sanitaria al segundo de acuerdo con la ley y las normas profesionales.

**decatstrofizar (abolición de los pensamientos catastrofistas):** técnica de la terapia conductual-cognitiva que

consiste en aprender a evaluar la situación de forma realista, en vez de partir siempre del supuesto de que va a pasar algo malo.

**declaración obligatoria:** excepción al derecho que tienen el paciente a la confidencialidad; los profesionales sanitarios están obligados a notificar a la posible víctima cuando, durante su relación profesional con el paciente, hayan tenido noticia de que éste piensa causar daño a alguna persona, incluso cuando la información se ha recibido durante una interacción terapéutica protegida por la confidencialidad (p. ej., durante una sesión de psicoterapia)

**defensa del paciente:** proceso mediante el cual el profesional de la enfermería y otros profesionales sanitarios actúan en nombre y representación del paciente cuando éste no puede defender sus derechos debido a su estado de salud.

**delirio:** idea falsa persistente e incorregible que tiene su origen en una percepción e interpretación erróneas de la realidad.

**delirium:** síndrome que se caracteriza por una alteración del nivel de consciencia que provoca alteraciones cognitivas y confusión.

**demencia:** trastorno mental que se caracteriza por la presencia de déficits cognitivos; inicialmente afecta a la memoria, y posteriormente se produce un deterioro progresivo y en la mayoría de los casos irreversible de todas las áreas del funcionamiento cognitivo.

**demencia vascular:** demencia que cursa con signos y síntomas parecidos a los de la enfermedad de Alzheimer, pero, generalmente, el inicio es abrupto y no insidioso (progresivo) y se sigue de alteraciones rápidas en el funcionamiento del paciente, hasta que aparece una fase de estabilización o de meseta, seguida de una nueva oleada de alteraciones rápidas y abruptas y una nueva fase de estabilización y así sucesivamente.

**deontología:** teoría ética que defiende que las decisiones deben basarse en la buena intención del sujeto: la decisión es correcta desde el punto de vista moral, con independencia de los resultados (consecuencias) si la intención es hacer el bien o evitar el mal.

**dependencia de sustancias:** se refiere a los problemas relacionados con la adicción tales como la tolerancia, el síndrome de abstinencia y los intentos fallidos y recurrentes de dejar de tomar la droga o medicamento.

**desensibilización sistemática:** técnica conductista (conductual) que se utiliza para ayudar al paciente a superar los miedos irracionales y la ansiedad asociados con las fobias.

**desinstitucionalización:** cambio deliberado en la atención en salud mental y psiquiatría, por el cual se ha pasado de atender a los pacientes en los hospitales psiquiátricos y en las unidades de internamiento psiquiátrico de los hospitales generales a la atención basada en la comunidad a través de dispositivos de tratamiento y servicios comunitarios.

**desintoxicación:** proceso mediante el cual una persona supera una drogadicción o farmacoadicción en un entorno terapéutico con la ayuda de profesionales sanitarios. Se denomina también «desintoxicación» y «deshabitación».

**despersonalización:** sensación de estar desconectado de sí mismo; el paciente se siente separado de su cuerpo o de sus propias acciones, como si pertenecieran a otra persona.

**desrealización:** sensación que tienen algunos pacientes de que lo que está ocurriendo no es real, cuando de hecho lo es.

**detención del pensamiento:** técnica conductual-cognitiva que se utiliza para cambiar los pensamientos negativos o demasiado críticos consigo mismo.

**detención ilegal:** retención no justificada de un paciente, tal como el aislamiento o la contención física excesiva o sin causa suficiente.

**diagnóstico dual:** diagnóstico que se hace cuando el paciente sufre un trastorno por consumo de sustancias además de otro trastorno mental.

**difusión del pensamiento:** delirio según el cual los demás pueden oír o conocer lo que el paciente está pensando.

**dilema ético:** situación en la que dos o más principios éticos entran en conflicto o en la que no está claro qué debe hacerse para cumplir las normas y principios de la ética.

**discinesia tardía (DT):** efecto secundario neurológico, irreversible y de aparición tardía de los neurolepticos; se

caracteriza por la presencia de movimientos involuntarios anormales, tales como la masticación repetitiva, el movimiento oscilatorio de la mandíbula, la protrusión de la lengua, la gesticulación con los labios, el parpadeo excesivo, las muecas y otros movimientos faciales excesivos o innecesarios.

**disforia:** estado de ánimo anormal que se caracteriza por tristeza, irritabilidad o inquietud.

**disociación:** mecanismo de defensa inconsciente que ayuda al sujeto a proteger su equilibrio psicológico no reconociendo en su plenitud los efectos de un hecho terrorífico o traumático; esto permite al sujeto olvidar o eliminar de la mente la situación dolorosa que ha vivido.

**distonía:** efecto secundario de los neurolépticos; los signos y síntomas principales son: rigidez muscular aguda, calambres musculares, rigidez de la lengua que provoca problemas para tragar y, en los casos más graves, espasmo laríngeo y dificultad para respirar; se denomina también reacciones distónicas.

**distorsión de la imagen corporal:** se produce cuando hay una discrepancia muy acusada entre la forma en la que el sujeto percibe su propio cuerpo y la forma en la que lo perciben los demás y la percepción que el sujeto tiene de su cuerpo le provoca una insatisfacción intensa o un malestar psicológico importante.

**dopamina:** neurotransmisor que actúa principalmente en el tronco encefálico; está implicado en el control de los movimientos complejos, en la motivación, en el funcionamiento cognitivo y en la regulación de las respuestas emocionales.

**duelo:** emociones y sentimientos que constituyen la respuesta normal a una pérdida sufrida por el sujeto.

**duelo anticipatorio:** situación a la que se enfrentan las personas que van a sufrir una pérdida inminente o se encuentran ante el hecho de que una persona querida o ellos mismos pueden fallecer en un futuro muy cercano.

**duelo complicado:** respuesta exagerada (mayor de lo habitual) a una pérdida; el sujeto muestra emociones excesivamente intensas durante un período de tiempo prolongado o presenta expresiones de pena que parecen desproporcionadas en relación con la magnitud de la pérdida.

**duelo oculto:** duelo por una pérdida que no se manifiesta públicamente o para el cual el sujeto no encuentra apoyo social.

**ecolalia:** repetición o imitación de lo que ha dicho otra persona.

**ecopraxia:** imitación o repetición de los movimientos y gestos de otra persona.

**ecuanimidad:** se refiere a la justicia e igualdad con la que todas las personas deben ser tratadas, con independencia de su estatus socioeconómico, raza, sexo, estado civil, grupo étnico y creencias culturales.

**efectos anticolinérgicos:** efectos secundarios producidos por algunos psicofármacos. Los principales son: sequedad de boca, estreñimiento, disuria inicial o retención de orina, sequedad de la mucosa nasal y visión borrosa.

**eficacia:** efecto terapéutico máximo que se puede conseguir con un medicamento.

**ejes diagnósticos:** los cinco ejes diagnósticos que se utilizan en el DSM-IV-TR para diagnosticar los trastornos mentales: Eje I, principales trastornos mentales; Eje II, retraso mental y trastornos de la personalidad; Eje III, enfermedades médicas; Eje IV, estresores psicosociales y problemas relacionados con el entorno; Eje V, Escala de evaluación de la actividad global (EEAG).

**el «ello»:** en la teoría psicoanalítica, parte del sujeto que refleja los deseos básicos o innatos, tales como la búsqueda del placer, la agresividad y los impulsos sexuales; el ello busca la satisfacción inmediata, provoca conductas impulsivas y no reflexivas y no tiene en cuenta las normas y convenciones sociales.

**el «superyó»:** en la teoría psicoanalítica, parte de la mente que refleja los conceptos morales, los valores y las expectativas de los padres y de la sociedad; por tanto, entra en conflicto con el ello y se opone directamente a él.

**el «yo»:** en la teoría psicoanalítica, parte de la mente que tiene la función de mediar entre el ello y el superyó para conseguir un equilibrio en la influencia que estas instancias psíquicas tienen sobre el sujeto; representa el comportamiento maduro y adaptativo que permite al sujeto funcionar eficazmente en el mundo.

**empatía:** capacidad de percibir las emociones, sentimientos, deseos y necesidades de otra persona y de comprender la forma en la que percibe e interpreta el mundo; capacidad de hacer saber a la otra persona que comprendemos sus problemas y necesidades.

**empresas de revisión de la utilización de recursos:** empresas que se encargan de controlar el gasto de los seguros médicos; para ello piden a los profesionales y centros sanitarios que soliciten autorización antes de llevar a cabo el procedimiento diagnóstico o terapéutico.

**encopresis:** deposición recurrente de las heces en lugares inadecuados, tales como la ropa o el suelo, por parte de un niño de al menos 4 años de edad (cronológica o mental).

**enfermedad de Alzheimer:** enfermedad del encéfalo de carácter progresivo e inicio insidioso (gradual). Provoca un deterioro cada vez mayor del funcionamiento del paciente (alteraciones del lenguaje, pérdida del habla, pérdida de las funciones motoras, alteraciones cognitivas y alteraciones muy profundas de la personalidad y del comportamiento, tales como ideas de referencia, delirios, alucinaciones, agitación, agresividad y descuido de la higiene personal).

**enfermedad de Creutzfeldt-Jakob:** enfermedad del sistema nervioso central que generalmente aparece en personas adultas de entre 40 y 60 años; produce alteraciones de la visión y de los movimientos, pérdida de la coordinación y demencia.

**enfermedad de Huntington:** enfermedad hereditaria dominante del sistema nervioso central que provoca atrofia cerebral, desmielinización y agrandamiento de los ventrículos cerebrales.

**enfermedad de Parkinson:** enfermedad neurológica de progresión lenta que cursa con temblores, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural.

**enfermedad de Pick:** enfermedad degenerativa del cerebro que afecta especialmente a los lóbulos frontal y temporal; da lugar a un cuadro clínico parecido al de la enfermedad de Alzheimer.

**ensalada de palabras:** flujo continuo de palabras que no tienen conexión entre sí, por lo que la persona que escucha al paciente no entiende lo que éste pretende decir.

**entrenamiento asertivo:** conjunto de técnicas en el que se utiliza el lenguaje verbal para identificar los sentimientos, emociones, deseos y necesidades y comunicarlos a los demás; ayuda al sujeto a negociar en las relaciones interpersonales, promueve la confianza en sí mismo y permite al sujeto tener un mejor control de los acontecimientos y situaciones de la vida diaria.

**enuresis:** evacuación recurrente de la orina durante el día o la noche en lugares inadecuados, tales como la ropa o la cama, por parte de un niño de al menos 5 años de edad (cronológica o mental).

**epinefrina (también denominada adrenalina):** neurotransmisor derivado de la norepinefrina; es el neurotransmisor que está presente en una mayor cantidad en el sistema nervioso, principalmente en el tronco encefálico; desempeña un papel clave en los cambios de atención, en el aprendizaje, en la memoria, en el sueño y la vigilia y en la regulación del estado de ánimo.

**equipo multidisciplinario (denominado también equipo inter-disciplinario):** grupo de tratamiento formado por profesionales procedentes de diferentes campos o disciplinas; es la forma más eficaz de abordar los múltiples problemas que presentan los pacientes que sufren un trastorno mental.

**Escala de movimientos involuntarios (EMI):** instrumento de evaluación estandarizado para la detección sistemática de los trastornos del movimiento (efectos secundarios de los neurolépticos).

**escucha activa:** acción de concentrarse exclusivamente en lo que el paciente dice, absteniéndose de cualquier otra actividad mental.

**espiritualidad:** conjunto de creencias sobre la vida, la salud, la enfermedad y la muerte; conjunto de ideas que regulan la relación del individuo con el universo; ideas sobre la esencia de los seres humanos y sobre el significado y el sentido de la vida.

**estabilizadores del estado de ánimo:** psicofármacos que se utilizan para tratar el trastorno bipolar, estabilizar el estado de ánimo del paciente, prevenir o minimizar las fluctuaciones del estado de ánimo características de la enfermedad bipolar y tratar los episodios maníacos agudos.

**estado de ánimo:** estado emocional persistente y generalizado.

**estado de ánimo eutímico:** estado de ánimo normal.

**estatus socioeconómico:** se refiere al nivel de ingresos, educativo y laboral de una persona.

**estimulantes del sistema nervioso central:** drogas o medicamentos que tienen un efecto excitatorio sobre el sistema nervioso central.

**estrategias de afrontamiento centradas en las emociones:** técnicas diseñadas para ayudar al paciente a relajarse y a disminuir los efectos negativos del estrés sobre los sentimientos y las emociones.

**estrategias de afrontamiento centradas en los problemas:** técnicas que se utilizan para cambiar el comportamiento del paciente o la situación en la que se encuentra o para afrontar los estresores de la vida diaria.

**estrés:** tensión, desgaste o cansancio del cuerpo y de la mente que provoca nuestra relación con el mundo exterior.

**ética:** parte de la filosofía que estudia los principios, normas y valores que rigen la conducta y están relacionados con los conceptos del bien y del mal y con las motivaciones y consecuencias de las acciones.

**excitación psicomotriz:** aumento anormal de los pensamientos y movimientos del cuerpo.

**exposición:** técnica conductual que consiste en confrontar deliberadamente al paciente con las situaciones y estímulos que intenta evitar.

**exposición y prevención de respuesta:** técnica conductista (conductual) que consiste en eliminar o retrasar la respuesta patológica habitual que el paciente presenta ante las situaciones, objetos o pensamientos ansiógenos.

**facilitador:** comportamiento que parece servir de ayuda a los pacientes que sufren trastorno por consumo de sustancias, cuando en realidad sólo sirve para perpetuar el problema (p. ej., una mujer que llama por teléfono al trabajo de su marido para decir que no va a poder ir a trabajar porque está enfermo con gripe, cuando lo que realmente sucede es que no se puede levantar de la cama debido a la resaca de la borrachera de la noche anterior).

**fase de búsqueda de la conexión con la persona fallecida:** fase del proceso de duelo en la que la persona empieza a reconocer la realidad de la pérdida.

**fase de desorganización y desesperación:** fase del proceso de duelo en la que la persona empieza a darse cuenta de que la pérdida es irreversible.

**fase de entumecimiento emocional:** fase inicial del proceso de duelo; la reacción más frecuente ante la noticia de una pérdida suele ser el aturdimiento, como si el sujeto no pudiera percibir ni sentir la realidad.

**fase de finalización o resolución:** última fase de la relación entre el profesional de la enfermería y el paciente; empieza cuando se resuelven los problemas del paciente y termina cuando finaliza la relación entre el profesional y el paciente.

**fase de orientación:** fase inicial de la relación entre el profesional de la enfermería y el paciente; empieza cuando el profesional y el paciente se encuentran por primera vez y termina cuando el paciente empieza a ser capaz de identificar y analizar sus problemas.

**fase de reorganización:** última fase del proceso de duelo; comienza cuando la persona empieza a restablecer el sentido de la identidad personal, la orientación y el sentido de la vida.

**fase de trabajo:** en la relación terapéutica, fase en la que se plantean los temas de interés, se identifican los problemas y se analizan las posibles soluciones; durante esta fase el profesional de la enfermería y el paciente trabajan juntos para cumplir los objetivos del plan de tratamiento; según Peplau, la fase de trabajo se compone de dos subfases: la subfase de identificación y la subfase de aprovechamiento.

**fijación de límites:** técnica eficaz que se compone de tres pasos: establecer el límite conductual (explicar al paciente qué comportamiento se considera inaceptable), identificar las consecuencias asociadas con la trasgresión del límite e identificar el comportamiento deseado o esperado.

**flexibilidad cérea:** mantenimiento de una postura o posición fija durante un período de tiempo prolongado a pesar de ser incómoda y poco práctica; se observa en algunos pacientes que padecen una esquizofrenia de tipo catatónico.

**fobia:** miedo irracional, intenso y persistente a una persona, animal, objeto o situación que provoca un malestar psicológico extremo e interfiere en el funcionamiento normal del paciente.

**fonemas imperativos (voces que dan órdenes):** alucinación auditiva en la que el paciente oye voces que le ordenan llevar a cabo determinadas acciones; en muchos casos ordenan al paciente que se suicide o que hiera o mate a otras personas, por lo que se considera un tipo de alucinación peligrosa.

**fortaleza:** capacidad de no enfermar cuando se está sometido al estrés.

**fuga de ideas:** cantidad excesiva de habla, que, además, es más rápida de lo normal; el discurso se compone de ideas fragmentadas o no relacionadas entre sí indicativas de la existencia de un pensamiento desorganizado e inconexo.

**funciones ejecutivas:** capacidad de pensamiento abstracto y de planificar, iniciar, secuenciar y controlar las conductas complejas.

**función directiva:** consiste en hacer preguntas directas de respuesta cerrada («sí»/«no») y en utilizar el proceso de solución de problemas para ayudar al paciente a desarrollar y a poner en práctica nuevas estrategias de afrontamiento para hacer frente a los problemas del presente.

**función no directiva:** técnica que consiste en utilizar preguntas de respuesta amplia y abiertas para recoger información y ayudar al paciente a identificar los temas de interés y a hablar sobre ellos.

**gestión de casos:** gestión y coordinación de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales que recibe cada paciente para proporcionar los servicios necesarios y, al mismo tiempo, contener el gasto sanitario; en el entorno comunitario, la gestión de casos incluye la evaluación médica y psiquiátrica y ayuda para realizar las tareas y actividades de la vida diaria, tales como administrar el dinero, utilizar el transporte público y hacer la compra.

**gestión de la asistencia:** conjunto de procedimientos pensados para controlar el gasto de los seguros médicos exigiendo a los profesionales y centros sanitarios que pidan autorización antes de llevar a cabo el procedimientos diagnóstico o terapéutico.

**gestión del caso:** procedimiento pensado para equilibrar la calidad de la asistencia sanitaria que recibe el paciente y los costes económicos de la misma.

**grupo cerrado:** grupo terapéutico estructurado para mantener a los mismos miembros durante un número de sesiones previamente establecido.

**grupo de autoayuda:** grupo formado por personas que comparten una experiencia en común, no se trata de un grupo formal ni estructurado, tal como ocurre en el caso de los grupos terapéuticos.

**grupo educativo:** grupo terapéutico en el que se proporciona a sus miembros información sobre algún tema en particular (p. ej., técnicas para hacer frente al estrés, información y educación sobre la medicación, comunicación asertiva).

**grupo étnico:** grupo de personas que se identifican entre sí debido a la herencia cultural común recibida.

**grupos abiertos:** grupo educativo o psicoterapéutico que funciona permanentemente y en el que los miembros se unen al grupo y se retiran de él en función de sus necesidades.

**grupos de apoyo:** personas que se organizan para hacer frente a un problema común.

**hipocondría:** preocupación excesiva o miedo producido por la idea de que se sufre o se puede llegar a sufrir una enfermedad médica grave.

**hipomanía:** período en el que predomina un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días; no afecta al funcionamiento normal del paciente y no presenta signos ni síntomas psicóticos.

**histeria:** múltiples síntomas médicos de carácter recurrente para los que no existe una base orgánica.

**hogar para pacientes en recuperación:** grupo de pacientes que viven juntos en una casa o apartamento; constituye un forma de transición entre los hogares supervisados a aquéllos en los que los pacientes deben cuidar de sí mismos y realizar las tareas y actividades de la vida diaria sin la supervisión de un profesional.

**homeostasis:** estado de equilibrio y estabilidad.

**hospital de día:** centro médico al que los pacientes vienen durante el día para recibir tratamiento, y, una vez terminado éste, vuelven a casa hasta el día siguiente.

**hostilidad:** emoción expresada a través del abuso verbal, la falta de cooperación, la violación de las reglas o normas, o el comportamiento amenazante; también puede llamarse agresión verbal.

**humanismo:** teorías y prácticas que se centran en las cualidades positivas de las personas, en su capacidad de cambiar (potencial humano) y en la mejora de la autoestima.

**ideación suicida:** pensamientos sobre la posibilidad de quitarse la vida.

**ideas de referencia:** interpretación errónea del entorno en la que el paciente cree que todo lo que sucede y todo



lo que se dice va dirigido directamente a él; el paciente puede escuchar una noticia en la televisión y creer que se está hablando de él o que se le está intentando transmitir un mensaje de carácter personal.

**identificación de problemas:** parte de la fase de trabajo del proceso de enfermería (relación entre el profesional de la enfermería y el paciente) durante la cual el enfermo identifica los factores o preocupaciones que están en el origen de sus problemas.

**imagen corporal:** forma en la que percibimos nuestro cuerpo; se trata, por tanto, de una imagen mental de sí mismo.

**inconsciente:** conjunto de pensamientos, sentimientos y conflictos de los que el sujeto no es consciente; se denomina también subconsciente.

**incumplimiento del deber:** se produce cuando el profesional de la enfermería, el médico o el psicólogo no respeta las normas de la práctica profesional, incumpliendo, por tanto, su deber como profesional con respecto al paciente y a sus familiares; actuación profesional imprudente o poco razonable en comparación a como hubiese actuado otro profesional en las mismas o parecidas circunstancias.

**inhalante:** grupo formado por diferentes drogas, tales como los anestésicos, los nitratos y los solventes orgánicos, que se inhalan para experimentar sensaciones agradables.

**iniciativa:** capacidad de utilizar el proceso de solución de problemas y de estar convencido de que se es capaz de enfrentarse a las situaciones adversas o novedosas.

**inserción del pensamiento:** delirio según el cual una o más personas se dedican a poner ideas o pensamientos en la mente del paciente, por lo que éste considera que dichas ideas o pensamientos no le pertenecen.

**interés verdadero:** consiste en prestar atención de forma sincera al paciente y en tener en cuenta lo que dice; sólo es posible cuando el profesional de la enfermería se siente cómodo consigo mismo y es plenamente consciente de sus puntos fuertes y limitaciones.

**internalización:** mantenimiento del estrés, de la ansiedad y de la frustración en el interior del sujeto, en lugar de expresarlos abiertamente.

**interrupción breve de la interacción con el paciente:** técnica que consiste en dejar solo al paciente durante un período de tiempo corto y luego volver para continuar con la interacción; se utiliza en la atención a los pacientes que padecen una demencia.

**intervención en crisis:** conjunto de técnicas basadas en la evaluación del sujeto en crisis que tienen como objetivo ayudarle a hacer frente a las nuevas circunstancias y a los estresores que las acompañan.

**intervenciones psicosociales:** acciones del profesional de la enfermería dirigidas a reforzar el funcionamiento social del paciente y a mejorar sus habilidades sociales y para las relaciones interpersonales y la comunicación.

**intoxicación:** conjunto de efectos que produce el consumo de una sustancia y que dan lugar a un comportamiento desadaptativo.

**inundación:** técnica conductista (conductual) que consiste en la desensibilización rápida del paciente; el psicoterapeuta confronta al paciente con el objeto fobógeno (bien con el objeto real o bien con un dibujo o fotografía del objeto) hasta que deja de producir ansiedad.

**inyección de acción prolongada (depot):** tipo de neuroléptico inyectable de liberación lenta y continua que se utiliza en el tratamiento de mantenimiento.

**ira:** emoción normal del ser humano que consiste en una respuesta emocional intensa e incómoda a una provocación real o percibida por el sujeto.

**jerarquía de las necesidades:** pirámide que se utiliza para explicar los deseos y necesidades básicos que sirven como motivación a la conducta humana, fue elaborada por Abraham Maslow.

**juego terapéutico:** técnicas basadas en el juego que se utilizan para conocer y comprender los pensamientos y sentimientos del niño y promover la comunicación con él.

**la belle indifférence:** aparente falta de preocupación, interés o malestar psicológico que se observa en algunos pacientes que padecen un trastorno de conversión.

**labilidad:** cambio o fluctuación rápido en alguna variable psicológica (p. ej., en el estado de ánimo).

**lagunas mentales (blackouts):** episodio durante el cual el sujeto continúa actuando con normalidad pero sin

consciencia de lo que está haciendo en ese momento y sin recuerdo posterior de lo que ha hecho; está asociada con el consumo de alcohol.

**latencia de la respuesta:** tiempo que transcurre entre la pregunta del profesional y la respuesta del paciente.

**lealtad:** se refiere a la obligación que tenemos de cumplir la palabra dada y los acuerdos y contratos que hemos establecido con los demás.

**lenguaje acelerado:** habla rápida, sin pausas y, la mayor parte de las veces, con un volumen de voz más alto del habitual.

**lenguaje corporal:** forma de comunicación no verbal que consiste en los gestos, la expresión facial y las posturas y movimientos del cuerpo.

**luto:** expresión externa del duelo

**mala praxis:** tipo de negligencia en la que pueden incurrir los profesionales sanitarios, tales como los médicos y el personal de enfermería.

**maltrato a las personas mayores:** violencia física o psicológica que ejercen sobre las personas mayores los familiares o los cuidadores sean o no profesionales.

**maltrato físico:** oscila desde agarrar con fuerza o empujar a la persona hasta darle una paliza o intentar estrangularla; el resultado puede ser una extremidad o una costilla rota, una hemorragia interna, el daño cerebral e incluso la muerte.

**maltrato infantil:** daño físico o psicológico que se causa de forma deliberada a un niño.

**maltrato psicológico:** incluye los insultos, las vejaciones, las humillaciones (tales como poner mote a una persona), el destruir o arrebatarse las pertenencias personales o gritar; a veces toma una forma más sutil, tal como no prestar atención a la víctima, no dirigirle la palabra o hacerla de menos delante de los demás.

**manía:** período de tiempo durante el cual se observa un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable.

**manicomio:** antiguamente, lugar seguro en el que podían refugiarse las personas que padecían un trastorno mental grave; en la actualidad es el nombre que se da en el lenguaje coloquial a los hospitales psiquiátricos.

**Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR):** clasificación de los trastornos mentales publicada por la American Psychiatric Association (APA); en el DSM-IV-TR se describen todos los trastornos mentales con sus correspondientes criterios diagnósticos para fines tanto clínicos como de investigación.

**mecanismos de defensa:** distorsión cognitiva que el sujeto utiliza inconscientemente para tener la sensación de que controla la situación, disminuir el malestar psicológico (p. ej., la ansiedad) y hacer frente al estrés; se denomina también mecanismos de defensa del yo.

**medicina integradora:** forma de concebir y practicar la medicina en la que se adopta el enfoque biopsicosocial; es decir, se tienen en cuenta todos los aspectos y necesidades del paciente, en vez de centrarse únicamente en los aspectos fisiológicos.

**mensaje concreto:** palabras y frases que son claras y resultan fáciles de comprender por el paciente; su objetivo es que el paciente comprenda el mensaje sin ambigüedades; los mensajes concretos son importantes cuando el intercambio de información debe ser preciso y exacto.

**mensaje congruente:** se dice que el mensaje es congruente cuando el contenido (comunicación verbal) y el proceso (comunicación no verbal) de la comunicación coinciden.

**mensaje incongruente:** ocurre cuando el contenido no coincide con el proceso de la comunicación.

**mensajes abstractos:** palabras o frases poco claras o demasiado complicadas que a menudo contienen figuras retóricas que son difíciles de interpretar por parte del receptor.

**metáfora:** una palabra o grupo de palabras que describe un objeto o una situación comparándolo con algo que resulta más familiar al hablante, al oyente o a ambos.

**miedo:** sentimiento de temor o amenaza provocado por la presencia de un estímulo externo claramente identificable que constituye un peligro para el sujeto.

**Modelo de atención comunitaria y de servicios y apoyo eficaces (ACCESS, según sus siglas en inglés):** programa de Estados Unidos cuya finalidad es evaluar si los sistemas integrados de provisión de servicios

sanitarios y sociales sirven para mejorar la calidad de vida de las personas sin hogar que sufren un trastorno mental grave.

**modelo de casa club:** programa de rehabilitación comunitario; se trata de una «comunidad intencional» que se basa en la idea de que las personas que padecen un trastorno mental grave y crónico pueden y deben conseguir las metas y objetivos que se han propuesto en la vida si se les proporciona oportunidades, tiempo, apoyo y compañerismo.

**modelos de conocimiento:** en enfermería, hay cuatro modelos de conocimiento: el conocimiento empírico (derivado de la enfermería como ciencia), el conocimiento personal (derivado de las experiencias que el profesional ha tenido durante su vida), el conocimiento ético (derivado de la ética y de las normas profesionales de la enfermería) y el conocimiento estético (derivado del arte de la enfermería); estos cuatro modelos de conocimiento proporcionan al profesional un método claro que le permite observar y comprender la interacción que mantiene con los pacientes.

**modo paratáxico:** comienza en los primeros años de la infancia cuando el niño empieza a conectar sus experiencias formando secuencias; puede que el niño no tenga aún un sentido lógico de sus experiencias y puede que las perciba como coincidencias o hechos que suceden por casualidad; el niño intenta aliviar la ansiedad repitiendo experiencias que le resultan familiares, aunque es posible que no entienda lo que está haciendo.

**modo prototáctico:** experiencias de los primeros años de vida breves y desconectadas entre sí que no tienen relación unas con otras; los pacientes adultos que padecen esquizofrenia presentan experiencias prototácticas.

**modo sintáctico:** empieza en la edad escolar y deviene predominante en la preadolescencia; la persona comienza a percibirse a sí misma y al mundo en el contexto del entorno y de la situación en la que se encuentra y aprende a analizar las experiencias en diferentes entornos y situaciones.

**movimientos estereotipados:** movimientos aparentemente sin propósito, tales como acunarse, balancearse, jugar con un objeto de forma mecánica y repetitiva, morderse las uñas, golpearse la cabeza contra la pared, morderse o golpearse a sí mismo, pellizcarse y meterse el dedo en la nariz o en otros orificios del cuerpo.

**negación:** mecanismo de defensa mediante el cual el paciente niega tener algún tipo de problema o minimiza la importancia del problema o del consumo de sustancias.

**negligencia:** delito que consiste en que el profesional sanitario causa algún tipo de daño al paciente por no haber actuado de forma razonable y prudente como lo habría hecho cualquier otro profesional en una situación igual o parecida.

**neologismo:** palabra inventada cuyo significado sólo entiende el paciente.

**neurolépticos (se denominan también antipsicóticos):** psicofármacos que se utilizan para tratar los signos y síntomas de la psicosis, tales como los delirios y las alucinaciones que se observan en la esquizofrenia, en el trastorno esquizoafectivo y en la fase maníaca del trastorno bipolar.

**neurotransmisor:** sustancia química producida por las neuronas que contribuye a la transmisión del impulso eléctrico (información) a lo largo de todo el sistema nervioso.

**no conocimiento:** ocurre cuando el profesional de la enfermería reconoce que no comprende al paciente o el mundo subjetivo de éste; esto abre a la puerta a un posible encuentro basado en la autenticidad; el profesional que se encuentra en el estado de no conocimiento está abierto a escuchar los puntos de vista del paciente sin prejuicios y sin intentar imponerle sus propios puntos de vista, creencias y valores.

**noradrenalina:** véase *norepinefrina*.

**norepinefrina:** el neurotransmisor más importante del sistema nervioso.

**normas para la atención de enfermería:** conjunto de reglas elaborado y publicado por las organizaciones y colegios profesionales de la enfermería en el que se describen las obligaciones y responsabilidades de los profesionales de la enfermería; lo que se espera de un profesional de la enfermería en la medida en que cualquier otro profesional haría lo mismo en una situación igual o parecida.

**nosofobia:** preocupación excesiva causada por la idea de que se puede contraer una enfermedad grave.

**observación activa:** acción de observar las acciones no verbales (lenguaje no verbal) del paciente cuando está hablando.

**observador participativo:** función que desempeña el psicoterapeuta, lo cual quiere decir que observa y, al mismo

tiempo, participa en la relación con el paciente.

**obsesiones:** pensamientos, imágenes o impulsos no deseados de carácter recurrente y persistente que provocan ansiedad importante e interfieren en las relaciones interpersonales y en el funcionamiento social o laboral del paciente.

**opiáceos:** drogas y fármacos controlados por la ley; generan adicción porque desensibilizan frente al dolor tanto fisiológico como psicológico y provocan sensación de euforia y bienestar; algunos son prescritos por los médicos como analgésicos, pero otros son ilegales en Estados Unidos y en otros muchos países.

**orden de alejamiento:** orden de protección dictada por un juez en la que se prohíbe que el agresor se acerque o entre en contacto con la víctima.

**organización social:** se refiere a la estructura y organización de la familia, a los valores y creencias religiosas y a la cultura y grupo étnico dominantes y no dominantes, todo lo cual afecta al funcionamiento y a la asignación y desempeño de los roles de los individuos y, por tanto, a su comportamiento con respecto a la salud y a la enfermedad.

**palilalia:** repetición constante de sonidos o palabras.

**pensamiento abstracto:** capacidad de establecer asociaciones o de realizar interpretaciones sobre una situación o sobre lo dicho por otra persona.

**pensamiento circunstancial:** término que se utiliza para referirse al contenido y al proceso del pensamiento del paciente cuando consigue responder a la pregunta que se le hace, pero después de haber dado todo tipo de detalles excesivos o innecesarios.

**pensamiento concreto:** este término se utiliza cuando el paciente traduce o interpreta de forma literal lo que se le dice; en estos casos la capacidad de abstracción está disminuida o no existe.

**pensamiento tangencial:** desviarse del tema y no proporcionar nunca la información solicitada.

**personalidad:** patrón de comportamiento arraigado, generalizado y persistente que se observa en las relaciones con nosotros mismos, con los demás y con el entorno; afecta a nuestras percepciones, pensamientos, actitudes, sentimientos y emociones.

**pesar por la muerte de un ser querido:** proceso psicológico y conductual mediante el cual una persona manifiesta la tristeza por la muerte de alguien con quien mantuvo una relación de apego.

**pica:** ingesta persistente de sustancias no nutritivas, tales como pintura, pelos, tela, hojas, arena, arcilla o tierra.

**pistas clave (abiertas y encubiertas):** mensajes verbales y no verbales que contienen señales clave para entender los sentimientos, emociones, deseos y necesidades del paciente.

**polidipsia:** ingesta excesiva de agua.

**politoxicomanía:** consumo excesivo de dos o más drogas o medicamentos con potencial adictivo.

**posición cerrada del cuerpo:** conjunto de conductas no verbales, tales como cruzar las piernas o los brazos, que indican que la persona que está escuchando no está prestando atención, está a la defensiva o no acepta a la persona que habla o lo que esa persona está diciendo.

**potencia:** cantidad de un fármaco que se necesita para conseguir el máximo efecto terapéutico.

**preconceptos:** forma en la que esperamos que la otra persona se comporte o hable; muchas veces constituyen un obstáculo para el establecimiento de una relación auténtica con los demás.

**presencia atenta:** conducta del profesional de la enfermería que consiste en estar con el paciente, centrarse en la comunicación con él y la comprensión de sus sentimientos, emociones, problemas, deseos y necesidades.

**prevención del suicidio:** conjunto de medidas que tienen como objetivo evitar que el paciente se suicide, tales como apartar los objetos peligrosos y aumentar la supervisión por parte del personal de enfermería.

**principio de hacer el bien:** principio ético que indica que todos tenemos la obligación de promover el bien para los demás y de hacer aquello que pudiera beneficiar a otras personas.

**principio de no perjudicar:** principio ético que nos indica que no debemos causar daño a los demás ni intencionada ni inintencionadamente.

**proceso:** en la comunicación, todos los mensajes no verbales que el emisor utiliza para dar significado y contexto al mensaje verbal.

**proceso de duelo:** proceso mediante el cual el sujeto experimenta el duelo.

**proceso de facilitación (*kindling*):** efecto de bola de nieve que se produce cuando la actividad comicial de pequeño tamaño da lugar por acumulación a una crisis convulsiva grave.

**proceso del pensamiento:** forma en la que piensa el paciente.

**proceso de transmisión intergeneracional:** proceso mediante el cual determinados patrones de violencia se perpetúan de una generación a otra mediante el modelado del rol y el aprendizaje social.

**programa de los 12 pasos:** se basa en la filosofía de que la abstinencia total es esencial y de que el alcohólico necesita ayuda y apoyo de los demás para poder mantener la abstinencia.

**programas de hospitalización parcial:** programas de tratamiento estructurados que se realizan en un centro médico dirigidos a los pacientes que viven fuera del hospital o de una residencia; están pensados para ayudar al paciente a realizar una transición gradual desde la hospitalización tradicional hasta la vida independiente y para evitar el ingreso hospitalario.

**proxemia:** parte de la psicología social que estudia la distancia que mantiene el emisor con el receptor durante la comunicación y, en general, durante las interacciones sociales.

**pseudoparkinsonismo:** efecto secundario extrapiramidal de los neurolépticos; se denomina también parkinsonismo inducido por medicamentos; cursa con marcha festinante (andar con pasos muy cortos), inexpresividad facial, rigidez muscular (permanente), rigidez en rueda dentada (los movimientos de las articulaciones se parecen a los de una carraca), babeo y acinesia y bradicinesia (lentitud y dificultad para iniciar los movimientos).

**psicoanálisis:** teoría psicológica que se centra en los pensamientos, sentimientos y conflictos inconscientes (reprimidos) del sujeto, en tanto se piensa que estos pensamientos, sentimientos y conflictos son los que provocan la ansiedad; en la psicoterapia psicoanalítica se intenta ayudar al paciente a mejorar su capacidad de introspección y de autoevaluación para que sea capaz de resolver los conflictos y la ansiedad; se basa en el trabajo pionero de Sigmund Freud; actualmente este tipo de psicoterapia se utiliza poco en salud mental y psiquiatría.

**psicofarmacología:** parte de la farmacología que estudia el uso de medicamentos para tratar los trastornos mentales.

**psicofármacos:** medicamentos que afectan al estado de ánimo, al comportamiento y al pensamiento; se utilizan para tratar los trastornos mentales.

**psicoimmunología:** parte de la psicología que estudia la influencia de los estresores psicosociales en el funcionamiento del sistema inmunitario.

**psicosis:** conjunto de síntomas y signos, tales como las alucinaciones, los delirios, la desestructuración del pensamiento y comportamiento y la pérdida del sentido de la realidad.

**psicosomático:** término que se utiliza para referirse a la conexión existente entre la mente (lo psicológico) y el cuerpo (lo fisiológico) tanto en la salud como en las enfermedades médicas y mentales.

**psicoterapia:** modalidad terapéutica que consiste en la interacción entre un profesional sanitario especializado (psicoterapeuta) y un paciente (psicoterapia individual) o un grupo de pacientes (psicoterapia de grupo); su objetivo es ayudar a las personas que padecen malestar psicológico, una alteración del funcionamiento, un trastorno mental o una enfermedad médica que tiene un componente psicológico importante; cada psicoterapeuta basa su práctica en una o más teorías psicológicas concretas.

**psicoterapia de grupo:** grupo de personas que tiene como objetivo aprender sobre su comportamiento y hacer cambios positivos en la conducta mediante la interacción y comunicación con los otros miembros del grupo.

**psicoterapia individual:** modalidad de psicoterapia en la que se intenta cambiar la conducta del paciente explorando y analizando su comportamiento, pensamientos, actitudes, sentimientos y emociones; se lleva a cabo mediante la interacción cara a cara entre el paciente y el psicoterapeuta.

**purgas:** conductas compensatorias que se llevan a cabo para expulsar o eliminar los alimentos ingeridos, tales como la provocación del vómito o el uso excesivo de laxantes, enemas y diuréticos.

**raza:** grupo de seres humanos que comparten determinados rasgos físicos que se transmiten a los descendientes y son suficientes para distinguirlos de otros grupos humanos.

**rebote:** también denominado efecto de rebote; consiste en el retorno temporal de los síntomas cuando se interrumpe bruscamente la administración de un psicofármaco; los síntomas pueden ser más intensos que los

que existían cuando se prescribió el medicamento.

**recuerdos reprimidos:** recuerdos que están profundamente enterrados o reprimidos en el inconsciente debido a que son demasiado dolorosos; en muchos casos tienen que ver con los malos tratos o los abusos sexuales durante la infancia.

**redes sociales:** grupos de personas que conocemos y con las que nos sentimos conectados.

**reducción gradual:** procedimiento que consiste en ir reduciendo la dosis de un medicamento gradualmente hasta la suspensión de su administración con el fin de prevenir la aparición del síndrome de abstinencia o del efecto de rebote.

**reformulación positiva:** técnica conductual-cognitiva que consiste en sustituir los mensajes negativos por mensajes positivos.

**reformulación:** técnica conductual-cognitiva en la cual se discuten puntos de vista alternativos para explicar e interpretar los acontecimientos.

**refranes:** dichos antiguos que suelen tener un significado claro y concreto para todos los hablantes de una lengua.

**refuerzo negativo:** técnica conductual que consiste en eliminar un estímulo inmediatamente después de una conducta con el fin de que aumente la probabilidad de que esta conducta vuelva a producirse.

**refuerzo positivo:** técnica conductista (conductual) que consiste en proporcionar al paciente una recompensa inmediatamente después de una determinada conducta con el fin de aumentar la probabilidad de que dicha conducta vuelva a producirse.

**rehabilitación psiquiátrica:** servicios sanitarios y sociales pensados para promover el proceso de recuperación de los pacientes que padecen un trastorno mental; no se limita a la medicación y al control de los síntomas; incluye la promoción del crecimiento personal, la reintegración en la comunidad, el aumento de la independencia y la mejora de la calidad de vida.

**relación causa-efecto:** relación existente entre una acción que constituye un incumplimiento del deber profesional y el daño o perjuicio causado al paciente o a sus familiares; el daño o perjuicio que se ha producido no habría existido si el profesional de la enfermería hubiese actuado de forma razonable y prudente.

**relación íntima:** relación en la que dos personas tienen un compromiso mutuo fuertemente emocional; ambos se ocupan de satisfacer sus propios deseos y necesidades y, al mismo tiempo, de satisfacer los deseos y necesidades del otro, y se ayudan mutuamente para conseguir lo que desean o necesitan; la relación puede incluir intimidad sexual o emocional o el compartir metas u objetivos comunes.

**relación social:** relación cuyo objetivo fundamental es la amistad, la socialización, la compañía o la realización de una tarea en colaboración entre dos o más personas.

**relación terapéutica:** véase *relación terapéutica entre el personal de enfermería y el paciente*.

**relación terapéutica entre el personal de enfermería y el paciente:** relación profesional y planificada entre el paciente y el profesional de la enfermería que se centra en las necesidades, problemas, sentimientos y pensamientos del paciente; la interacción está pensada para promover el crecimiento personal del enfermo, hablar de los temas de interés y resolver los problemas; está formada por tres fases: fase de orientación, fase de trabajo (identificación y aprovechamiento) y fase de finalización (resolución).

**religión:** sistema organizado de creencias sobre una o más fuerzas omnipotentes y omniscientes a las que generalmente se denominan Dios o dioses; estas fuerzas dominan el universo y en muchos casos ofrecen a los seres humanos consejos y directrices para vivir en armonía con el universo y con los demás.

**remisión espontánea:** recuperación de un paciente que sufre una enfermedad médica o un trastorno mental sin que se haya realizado ningún tipo de tratamiento.

**resiliencia:** capacidad de dar respuestas sanas y adaptativas a las circunstancias estresantes o a las situaciones peligrosas.

**resonancia magnética (RM):** procedimiento diagnóstico que se utiliza para visualizar los tejidos blandos; se crea un campo de energía mediante un imán y radioondas que luego se transforma en imágenes visuales.

**responsabilidad penal:** responsabilidad legal en la que incurren aquellos que provocan en otras personas o en sus pertenencias daño, pérdida o destrucción; el personal sanitario está sometido a la responsabilidad penal en



su ejercicio profesional.

**robo del pensamiento:** delirio según el cual una o más personas cogen los pensamientos del paciente sin que éste pueda hacer nada por evitarlo.

**rubefacción:** enrojecimiento de la cara y del cuello producido por un aumento del flujo sanguíneo.

**rumiación obsesiva:** pensamientos negativos que el paciente repite una y otra vez.

**saciedad:** satisfacción del apetito.

**salud mental:** consiste en un estado de bienestar psicológico y social que se pone de manifiesto por la satisfacción que la persona experimenta en sus relaciones personales, por un comportamiento y unas estrategias de afrontamiento eficaces, por un concepto positivo de sí mismo y por la estabilidad emocional.

**semivida:** tiempo que tarda el organismo en eliminar del torrente sanguíneo la mitad del medicamento que se ha administrado.

**sentido de la realidad:** capacidad del sujeto de interpretar el entorno y la situación correctamente y de adaptar su comportamiento y decisiones a la interpretación realizada.

**sentido del tiempo:** forma en la que cada individuo, cultura o grupo étnico percibe el tiempo como algo preciso o sólo aproximado; el sentido del tiempo varía de una cultura a otra.

**sentido de pertenencia:** sensación de estar conectado y de participar en un sistema social o entorno del cual la persona se siente parte integral.

**serotonina:** neurotransmisor que se encuentra en el encéfalo.

**simulación:** intento de hacer creer que se padece una enfermedad médica o mental con el fin de obtener alguna ventaja, tal como una prestación por invalidez, no ir a trabajar o librarse de la cárcel.

**síndrome de abstinencia:** conjunto de reacciones psicológicas y fisiológicas que aparecen cuando se deja de tomar de forma abrupta una sustancia de la que se tiene dependencia; estas reacciones pueden aparecer también cuando se disminuye la dosis habitual de manera drástica.

**síndrome de Korsakoff:** tipo de demencia que tiene su origen en la ingesta excesiva y crónica de alcohol; la causa es la deficiencia de tiamina o de vitamina B provocada por el alcohol.

**síndrome de Münchhausen (se denomina también trastorno facticio):** trastorno mental que se caracteriza por la presencia de síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos por el sujeto con el único propósito de asumir el papel de enfermo y conseguir así la atención de los demás y otros beneficios asociados con el hecho de estar enfermo.

**síndrome de Münchhausen por poderes (se denomina también trastorno facticio por poderes):** trastorno mental en el cual el paciente provoca a otra persona una enfermedad o una lesión con el fin de conseguir la atención de los profesionales sanitarios del servicio de urgencia o para aparecer como un héroe por haberle «salvado la vida» a la víctima.

**síndrome neuroléptico maligno (SNM):** reacción idiosincrásica inducida por los neurolépticos que puede provocar la muerte del paciente.

**síndrome serotoninérgico:** alteración fisiológica poco frecuente pero grave (puede poner en peligro la vida del paciente) que cursa con inquietud, sudoración, fiebre, taquicardia, hipotensión arterial, rigidez, hiperreflexia, confusión y, en los casos más graves, coma y muerte; la mayor parte de las veces se debe a la combinación de dos o más medicamentos cuyas propiedades refuerzan la acción de la serotonina, tales como los antidepresivos ISRS e IMAO; también se observa cuando no se ha dejado transcurrir suficiente tiempo entre la suspensión de la administración de uno de estos medicamentos y el inicio de la administración del otro.

**síntomas extrapiramidales (SEP):** alteraciones reversibles del movimiento inducidas por los neurolépticos.

**sistema límbico:** área del cerebro situada por encima del tronco encefálico formada por el tálamo, el hipotálamo, el hipocampo y la amígdala, si bien no existe acuerdo entre los autores con respecto a qué estructuras anatómicas deben incluirse en el sistema límbico.

**sodomía:** coito anal.

**somatización:** expresión del estado mental o del malestar psicológico a través de síntomas físicos.

**suicidio:** acto en el que el sujeto se quita la vida deliberada y voluntariamente.

**superviviente o víctima:** punto de vista según el cual los pacientes han sufrido una experiencia traumática, tales

como malos tratos o abusos sexuales, deben considerarse a sí mismos y deben ser considerados por los demás supervivientes en vez de víctimas, ya que esto ayuda al paciente a percibirse a sí mismo como una persona que ha sido y es suficientemente fuerte para superar las dificultades, y, de esta forma, se puede mejorar su autoconcepto.

**sustancias controladas:** en el caso de Estados Unidos, sustancias con distribución prohibida por la ley o bien restringida a usos médicos y farmacéuticos; son: los opiáceos, los estimulantes del sistema nervioso central, las benzodiazepinas, los esteroides anabólicos, los derivados del cannabis, las drogas psicodélicas y los sedantes.

**técnicas cognitivo-conductuales:** técnicas psicoterapéuticas que se utilizan para modificar los patrones de pensamiento del paciente; se intenta ayudar al paciente a identificar los pensamientos negativos y a sustituirlos por pensamientos positivos; las principales técnicas cognitivo-conductuales son: las autoverbalizaciones positivas, la reestructuración cognitiva, decatastrofizar y la detención de pensamiento.

**técnicas de distracción:** consisten en desplazar la energía y la atención del paciente hacia un tema diferente.

**técnicas de reorientación (*grounding*):** se utilizan con los pacientes que presentan síntomas disociativos o *flashbacks*; se recuerda al enfermo que es una persona adulta, que vive en el presente y que no tiene nada que temer porque se encuentra en un lugar seguro.

**temas que preocupan a los profesionales de la enfermería:** los 12 temas que más preocupan a los profesionales de la enfermería especializados en salud mental y psiquiatría cuando tratan con los pacientes.

**temperamento:** se refiere al conjunto de procesos biológicos que influyen en la percepción, la sensación, la asociación y la motivación y permiten la integración de las habilidades y de los hábitos basados en las emociones.

**terapia cognitiva:** modalidad de psicoterapia que se centra en los procesos inmediatos de pensamiento; es decir, en cómo el paciente percibe e interpreta su propia experiencia y la situación en la que se encuentra, ya que esta percepción/interpretación determina su conducta y sus sentimientos y emociones.

**terapia de familia:** modalidad de terapia de grupo en la que participan el paciente y la familia para tratar los temas que interesan a ambos.

**terapia de grupo:** modalidad de psicoterapia en la que el paciente participa en sesiones con otros pacientes; los miembros del grupo comparten un mismo propósito y se espera de ellos que hagan aportaciones al grupo en beneficio de ellos mismos y de los demás.

**terapia de reminiscencia:** técnica que consiste en animar y motivar al paciente a recordar experiencias del pasado y a hablar sobre ellas.

**terapia electroconvulsiva (TEC):** modalidad terapéutica que se utiliza para tratar la depresión en determinados pacientes, tales como aquellos que no responden a los antidepresivos o presentan efectos secundarios intolerables cuando se les trata con dosis terapéuticas de estos medicamentos.

**tic:** movimiento o vocalización rápido, recurrente, estereotipado, de naturaleza arrítmica.

**tiempo fuera (*time-out*):** técnica que consiste en motivar y animar al paciente a que se retire a un lugar tranquilo durante un tiempo para recuperar el control.

**tolerancia:** necesidad de aumentar la dosis de una droga o de un medicamento con potencial adictivo para conseguir el mismo efecto.

**tolerancia inversa:** ocurre cuando una cantidad muy pequeña de sustancia provoca los efectos característicos de la intoxicación.

**tomografía computarizada (TC):** procedimiento diagnóstico en el cual se obtienen imágenes transversales (cortes) capa por capa mediante un haz de rayos X.

**tomografía por emisión de positrones (PET):** procedimiento diagnóstico que se utiliza para evaluar el funcionamiento del encéfalo observando el flujo de las sustancias radioactivas inyectadas en el torrente sanguíneo.

**tomografía por emisión monofotónica (SPECT):** procedimiento diagnóstico que se utiliza para evaluar el funcionamiento del encéfalo después de la administración mediante inyección de una sustancia radioactiva.

**toxicomanía:** consumo repetido y persistente de una droga o de un medicamento con potencial adictivo que tiene

consecuencias negativas para el sujeto y no se corresponde con las normas sociales o médicas.

**transferencia:** ocurre cuando el paciente desplaza en el psicoterapeuta ideas, actitudes y sentimientos que ya ha experimentado anteriormente en la relación con otras personas; es habitual que los pacientes transfieran inconscientemente en el profesional de la enfermería sentimientos que siente por otras personas que para él son importantes.

**trastorno afectivo estacional (TAE):** trastorno del estado de ánimo; existen dos formas clínicas o subtipos: la depresión invernal o TAE de inicio en el otoño que se caracteriza por un aumento del apetito y del sueño, deseo vehemente de ingerir hidratos de carbono, ganancia de peso, irritabilidad, conflictos en las relaciones interpersonales y sensación de pesadez en las extremidades; los síntomas empiezan a finales del otoño y se resuelven al principio de la primavera o del verano; el otro subtipo se denomina TAE de inicio en la primavera; es menos frecuente que el TAE de inicio en el otoño y cursa con insomnio, pérdida de peso y disminución de apetito; dura desde principios de la primavera o del verano hasta el principio del otoño.

**trastorno amnésico:** trastorno mental que se caracteriza por una alteración de la memoria que tiene su origen en los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica o en los efectos persistentes del consumo de alcohol u otras drogas.

**trastorno antisocial de la personalidad:** trastorno de la personalidad que se caracteriza por un patrón constante de falta de respeto y violación de los derechos de los demás y tendencia a mentir, engañar, estafar y manipular.

**trastorno autista:** trastorno generalizado del desarrollo psicoevolutivo que se caracteriza por una alteración de los logros evolutivos, tales como la comunicación con los demás; el niño se muestra totalmente desinteresado en las relaciones con las personas que lo rodean, incluso en los padres, y presenta comportamientos motores estereotipados.

**trastorno de angustia:** trastorno mental que se caracteriza por la presencia de crisis de angustia recurrentes; es decir, por la presencia de episodios de angustia de inicio súbito e inesperado, rápido y de intensidad creciente que duran entre 15 min y 30 min, durante los cuales el paciente experimenta miedo y malestar fisiológico.

**trastorno de conversión:** (también denominado reacción de conversión) trastorno mental que se caracteriza por la presencia inexplicable de alteraciones sensitivas, sensoriales o motoras, generalmente de inicio abrupto, relacionadas con un conflicto psicológico que el paciente no sabe o no puede resolver mediante la palabra u otras estrategias de afrontamiento más racionales.

**trastorno de Gilles de la Tourette:** trastorno mental que se caracteriza por la presencia de múltiples tics motores y uno o más tics vocales; los episodios deben producirse varias veces al día durante más de un año.

**trastorno de la personalidad por dependencia:** trastorno mental que se caracteriza por necesidad excesiva, generalizada y persistente de ser protegido o cuidado por los demás, lo cual, a su vez, da lugar a comportamientos pasivos, sumisos y de excesivo apego a determinadas personas, así como a miedo patológico a la separación.

**trastorno de la personalidad por evitación:** trastorno de la personalidad que se caracteriza por un patrón generalizado de evitación de las relaciones sociales y de malestar en las relaciones interpersonales, baja autoestima e hipersensibilidad a la crítica o a los comentarios negativos de los demás.

**trastorno depresivo de la personalidad:** trastorno de la personalidad que se caracteriza por un patrón generalizado y persistente de pensamientos y conductas depresivos en diferentes contextos y situaciones.

**trastorno de somatización:** trastorno mental que se caracteriza por la presencia de múltiples síntomas físicos recurrentes en un paciente que no sufre ninguna enfermedad médica ni alteración orgánica que pudieran servir para explicar los síntomas.

**trastorno dismórfico corporal:** trastorno mental que consiste en una preocupación por un defecto físico real o imaginado.

**trastorno disocial:** trastorno mental de la infancia y la adolescencia que se caracteriza por un comportamiento antisocial persistente que produce una alteración significativa del funcionamiento social, escolar o laboral del paciente.

**trastorno esquizoide de la personalidad:** trastorno de la personalidad que se caracteriza por un patrón persistente y generalizado de desapego y retracción en las relaciones sociales y de afecto restringido en la

interacción social.

**trastorno esquizotípico de la personalidad:** trastorno de la personalidad que se caracteriza por un patrón persistente y generalizado de déficits de la interacción social y de las relaciones interpersonales, malestar acusado en las relaciones con los demás y deterioro de la capacidad de mantener relaciones cercanas o íntimas, así como por alteraciones cognitivas y perceptivas y comportamiento excéntrico.

**trastorno histriónico de la personalidad:** trastorno de la personalidad que se caracteriza por un patrón generalizado y excesivo de emociones y de búsqueda de la atención de los demás.

**trastorno límite de la personalidad:** trastorno de la personalidad que se caracteriza por un patrón generalizado y persistente de relaciones interpersonales inestables, alteración de la imagen de sí mismo y de los afectos, de los sentimientos y emociones, impulsividad acusada y tendencia a autolesionarse.

**trastorno mental:** The American Psychiatric Association (APA, 2000) define los trastornos mentales como cualquier conducta, patrón de conducta o síndrome psicopatológico clínicamente relevante que se observa en un individuo que presenta malestar (p. ej., un síntoma doloroso) o discapacidad (p. ej., alteración de una o más funciones importantes o áreas de funcionamiento relevantes) o un riesgo significativo de morir o de sufrir dolor, discapacidad o una pérdida importante de su autonomía personal.

**trastorno narcisista de la personalidad:** trastorno de la personalidad que se caracteriza por un patrón generalizado de grandiosidad (en la fantasía o en el comportamiento), una necesidad excesiva de admiración por parte de los demás y falta de empatía.

**trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad:** trastorno de la personalidad que se caracteriza por la presencia de un patrón generalizado y persistente de preocupación por el perfeccionismo, el control mental y en las relaciones interpersonales y el orden en detrimento de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficacia.

**trastorno paranoide de la personalidad:** trastorno de la personalidad que se caracteriza por un patrón generalizado de desconfianza y suspicacia frente a los demás.

**trastorno pasivo-agresivo de la personalidad:** trastorno de la personalidad que se caracteriza por una actitud negativa y un patrón persistente y generalizado de resistencia pasiva a las demandas de que el paciente tenga un funcionamiento social y laboral adecuado.

**trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH):** trastorno mental de la infancia y la adolescencia que se caracteriza por la incapacidad de prestar atención y de concentrarse y por un exceso de actividad e impulsividad.

**trastorno por dolor:** el síntoma principal de este trastorno mental es el dolor, que, por lo general, no disminuye con los analgésicos; su inicio, gravedad, reagudización y mantenimiento están muy relacionados con factores psicológicos.

**trastorno por estrés agudo:** trastorno mental en el que los signos y síntomas aparecen dentro del primer mes después de un trauma psicológico y no duran más de 4 semanas.

**trastorno por estrés postraumático:** trastorno mental que se observa en algunas personas que han sufrido una experiencia traumática, tal como un desastre natural, una guerra, un atentado o una agresión; empieza 3 meses o más después de la experiencia traumática.

**trastornos de ansiedad:** grupo de trastornos mentales que comparten una serie de características clave, tales como ansiedad excesiva y síntomas y signos emocionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos asociados con la ansiedad.

**trastornos de la personalidad:** grupo de trastornos mentales que se diagnostican cuando el paciente presenta rasgos de personalidad inflexibles y desadaptados que interfieren de forma significativa en las relaciones interpersonales y en el funcionamiento en las áreas social, académica o laboral o provocan un malestar psicológico importante.

**trastornos del estado de ánimo:** grupo de trastornos mentales que se caracterizan por la presencia de una alteración persistente y generalizada del estado emocional del paciente; se manifiestan por depresión, por manía o por ambas de forma alternante.

**trastornos disociativos:** grupo de trastornos mentales cuya principal característica es la alteración de las funciones de integración de la consciencia, la memoria, la identidad o la percepción del entorno; los principales trastornos disociativos son la amnesia disociativa, la fuga disociativa, la identidad disociativa y la

despersonalización.

**trastornos facticios:** grupo de trastornos mentales que se caracterizan por la presencia de síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos por el sujeto con el único propósito de asumir el papel de enfermo y conseguir así la atención de los demás y otros beneficios asociados con el hecho de estar enfermo.

**trastornos generalizados del desarrollo:** grupo de trastornos mentales de la infancia que se caracterizan por deterioro persistente y generalmente grave de las habilidades para las relaciones sociales y para la comunicación y patrones de comportamiento restringidos o estereotipados.

**trastornos somatomorfos:** grupo de trastornos mentales que se caracterizan por la presencia de síntomas físicos que sugieren la existencia de una enfermedad médica o de una alteración orgánica que en realidad no existe.

**tratamiento asertivo comunitario:** programas de asistencia comunitaria que proporcionan muchos de los servicios que son necesarios para que el paciente pueda vivir en la comunidad de forma independiente; incluye la gestión de casos, entrenamiento en el proceso de solución de problemas y en habilidades sociales, apoyo y formación las 24 h del día durante los 7 días de la semana.

**tratamiento centrado en el paciente:** tratamiento que se centra en el papel del paciente más que en el del terapeuta como elemento clave del proceso de curación.

**tratamiento en el medio menos restrictivo posible:** tratamiento apropiado que satisface las necesidades del paciente utilizándose sólo las restricciones estrictamente necesarias.

**tratamiento por el entorno (*milieu therapy*):** modalidad terapéutica en la que el paciente interactúa con otra persona para el desarrollo y la práctica de las habilidades para las relaciones interpersonales; tanto el paciente como las otras personas se proporcionan *feedbacks* sobre los comportamientos respectivos, y colaboran para resolver los problemas del día a día.

**uso para una indicación no autorizada:** utilización de un medicamento que ha resultado ser eficaz para el tratamiento de una determinada enfermedad o trastorno mental para el cual no se estudió en los ensayos clínicos o no ha sido autorizado por la FDA de Estados Unidos u organismo regulador equivalente de otros países.

**uso terapéutico de uno mismo (*self*):** el profesional de la enfermería utiliza su propia persona como instrumento terapéutico para establecer y mantener la relación terapéutica con el paciente y ayudarlo a crecer como persona, a cambiar de comportamiento y a curarse.

**utilitarismo:** teoría ética que sostiene que las decisiones deben tomarse siempre con vistas a «conseguir el mayor bien posible para el mayor número posible de personas»; por tanto, considera que lo más importante son las consecuencias y resultados de las decisiones y acciones humanas.

**valores:** normas abstractas que nos sirven para determinar qué es bueno y qué es malo y nos permiten establecer un código de conducta que regula nuestras relaciones con nosotros mismos, con los demás y con el entorno.

**veracidad:** deber de ser sinceros y veraces.

**violación:** delito que consiste en violentar, dominar y humillar a la víctima mediante la penetración vaginal, anal u oral; es una forma de agresión sexual.

**violación por el acompañante:** agresión sexual, incluida la violación, que tiene lugar en la primera cita (generalmente entre un hombre y una mujer), cuando el agresor se ofrece a llevar a la víctima en coche a casa o cuando el agresor y la víctima se conocen desde hace algún tiempo.

**violencia conyugal o en la pareja:** véase *violencia de género*.

**violencia de género:** malos tratos físicos y psicológicos de lo que es víctima la mujer casada con un hombre o pareja de él, tanto durante como después de la relación.

**violencia intrafamiliar:** incluye la violencia de género, la violencia en la pareja o matrimonio (incluida la violación de la esposa por parte del marido) y la violencia contra los niños y las personas mayores; por violencia se entiende los malos tratos físicos, el maltrato psicológico, la desatención y los abusos sexuales.

**zona de intimidad:** espacio de 0-45 centímetros entre los interlocutores; es la distancia que resulta cómoda a los padres cuando están hablando o jugando con sus hijos pequeños, a las personas adultas que desean tener contacto físico mutuo y a las personas que se susurran al oído; la invasión de esta zona por parte de cualquier otra persona se vive de forma amenazante y produce ansiedad.

**zona personal:** espacio de entre 45 cm y 90 cm; esta distancia resulta cómoda cuando se está hablando con un familiar o con un amigo.

**zona pública:** distancia de entre 3,5 m y 7,5 m; es una distancia aceptable cuando se trata de una persona que habla para una audiencia, de la interacción en un grupo pequeño y de otras formas de comunicación informal.

**zona social:** distancia de entre 1,5 m y 3,5 m; esta distancia es aceptable para la comunicación en las relaciones sociales y laborales y en los negocios.

**zonas de distancia:** espacio físico que existe entre dos personas durante la comunicación; en Estados Unidos, Canadá y muchos países europeos, se observan generalmente cuatro zonas: la zona íntima, la zona personal, la zona social y la zona pública.



# Índice alfabético de materias

Los números de página seguidos de la letra f hacen referencia a figuras; los seguidos de la letra t indican tablas, y los que van seguidos por la c indican cuadros.

## A

- Abolición de pensamientos catastrofistas, 234
- Aborígenes de Norteamérica
  - aspectos culturales, 125t, 126t, 129
- Abuso/s
  - de poder en violencia familiar, 181-182
  - sexuales, en el niño, 186
- Acamprosato, 37, 359
- Acatisia, 27, 257
- ACCESS. *V.* Modelo de acceso a la atención comunitaria y de servicios y apoyo eficaces
- Acciones ilícitas intencionadas (dolorosas), 161
- Aceptación, 83, 207
  - ideas delirantes del paciente, 458
- Acetilcolina, 21, 21t
- Ácido
  - $\gamma$ -aminobutírico (GABA), 232
  - valproico, 32-33, 302, 302t
- Acoso, 185
- Actitudes
  - autoconciencia, 84
  - definición, 84
- Aculturación, definición, 211
- Adinamia, 280
- Adolescentes. *V. también* Trastornos de la infancia y la adolescencia
  - con depresión, 284
  - riesgo de suicidio, 31, 313
  - trastornos
    - de la conducta alimentaria. *V.* Trastornos de la conducta alimentaria mentales, 5
- Adrenalina, 20, 21t
- Afasia, 447. *V. también* Demencia
- Afecto
  - amplio, 142
  - aplanado, 142, 261
    - definición, 261
  - embotado, 142
  - delirium, 444
  - demencia, 452
  - depresión, 290
  - esquizofrenia, 261
  - evaluación psicosocial, 141c, 142

- inapropiado, 142
- restringido, 142
- trastorno/s
  - antisocial de la personalidad, 328
  - bipolar, 303
  - de angustia, 237
  - de la conducta alimentaria, 382-383
  - disocial, 425
  - límite de la personalidad, 333
  - obsesivo-compulsivo, 243
  - por déficit de atención con hiperactividad, 418
  - por estrés postraumático, 199
  - somatomorfos, 401
- Aflicción por la muerte de un ser querido, 205
- Afroamericanos
  - aspectos culturales, 125t, 126t, 129, 211
  - rituales, 211
- Agnosia, 447. *V. también* Demencia
- Agorafobia, 232, 233t
- Agranulocitosis, 260
- Agresión/es, 161
  - física, 166
  - tratamiento de pacientes agresivos, 169
- Alcohólicos Anónimos, programa de 12 pasos, 358c
- Alcoholismo
  - abuso y dependencia de alcohol, violencia en la pareja, 182
  - Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revides (CIWA-AR), 353c-354c
  - consideraciones familiares, 350, 365
  - Cuestionario para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT), 363, 363c
  - curso clínico, 350
  - desintoxicación y deshabitación, 352-353
  - intoxicación y sobredosis, 352
  - Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR), 473
  - personas mayores y, 366
  - promoción de la salud mental, 366-367
  - psicofarmacología, 359-360, 360t
  - remisión espontánea, 350
- Alexitimia, definición, 385
- Alogia, definición, 262
- Alojamiento de crisis, definición, 66
- Alprazolam, 35t, 230t, 235t
- Alteraciones sensoriales y perceptivas en evaluación psicosocial, 144
- Alucinaciones, 144, 265
  - auditivas, 265
    - que dan órdenes al paciente, 265
  - cinestésicas, 265
  - gustativas, 265
  - olfativas, 265
  - táctiles, 265
  - visuales, 265
- Alucinógenos, abuso y dependencia, 356-357
- American Nurses Association (ANA), 8

- código ético, 160, 162b, 163
- normas para la atención de enfermería, 8, 9c-10c
- American Psychiatric Association (APA), definición trastornos mentales, 3
- Amígdala, 19
- Aminas de acción indirecta, 36
- Amitriptilina, 30t, 287t
- Amnesia
  - alcohólica, 350
  - disociativa, 196
- Amok, 169
- Amoxapina, 30t, 286, 287t
- ANA. *V.* American Nurses Association
- Análisis
  - sueños, 45
  - y modificación de conducta, 53
- Análisis de datos
  - comportamiento agresivo, 174
  - delirium, 445
  - demencia, 453, 455
  - depresión, 294
  - duelo, 218
  - esquizofrenia, 267
  - toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia, 364
  - trastorno
    - antisocial de la personalidad, 328
    - bipolar, 304
    - de la conducta alimentaria, 383
    - disocial, 427
    - límite de la personalidad, 334
    - obsesivo-compulsivo, 243
    - por déficit de atención con hiperactividad, 419
    - por estrés postraumático, 200
    - somatomorfos, 402
- Anfetaminas, 35-36, 37t
  - abuso y dependencia, 355
- Anhedonia, 261
- Anorexia nerviosa, 377-379
  - atracones, 374
  - curso clínico, 377
  - definición, 377
  - factores de riesgo, 375t
  - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 374c
  - psicofarmacología, 379
  - purgas, 378
  - tratamiento, 378-379
- Ansiedad
  - Escala de ansiedad de Hamilton, 238c
  - grave, 228
  - leve, 228
  - moderada, 228
  - niveles, 228, 229t
    - leve, 228

- moderada, 228
- Ansiolíticos, 34-35, 35t, 230t
  - abuso y dependencia, 354-355
  - benzodiazepinas, 34-35, 35t
  - efectos secundarios, 34-35
  - información y educación del paciente, 35
  - listado, 35t
  - mecanismo de acción, 34
  - no benzodiazepínicos, 34
- Anticolinérgicos, efectos secundarios, 28
- Anticonvulsivos, tratamiento de trastorno bipolar, 301-302
  - ácido valproico, 302, 302t
  - carbamazepina, 302, 302t
  - clonazepam, 302, 302t
  - gabapentina, 302, 302t
  - topiramato, 302, 302t
- Antidepresivos, 29-32, 30t
  - atípicos, 286, 288t
  - cíclicos, 285, 286
    - efectos secundarios, 31
    - listado, 30t
    - sobredosis, 289
  - efectos secundarios, 31-32
  - en demencia, 451
  - información y educación del paciente, 32
  - inhibidores
    - enzima monoaminoxidasa (IMAO), 286, 287, 288t
    - efectos secundarios, 31-32
    - interacciones
      - alimentos, 31-32, 32c
      - farmacológicas, 32, 289c
    - listado, 30t
    - mecanismo de acción, 31
    - sobredosis, 289b
  - selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)
    - efectos secundarios, 31
    - interacciones farmacológicas, 32
    - listado, 30t, 286t
    - mecanismo de acción, 31, 285
- mecanismo de acción, 31
- riesgo de suicidio y, 31
- tetracíclicos, 286
- tricíclicos, 285, 286, 287t

- Antipsicóticos. *V.* Neurolépticos
- APA. *V.* American Psychiatric Association
- Apnea del sueño, 494
- Apoyo, en demencia, 457
- Apraxia, 448. *V. también* Demencia
- Aprobación, en comunicación terapéutica, 105t
- Aripiprazol, 26, 26t
- ASAP. *V.* Programa de acción contra las agresiones al personal sanitario
- Asociación libre, en psicoterapia psicoanalítica, 45

## Aspecto general

- delirium, 444
- demencia, 452
- depresión, 290
- esquizofrenia, 261
- evaluación psicosocial, 141c, 142
- toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia, 364
- trastorno/s
  - antisocial de la personalidad, 327, 328
  - bipolar, 303
  - de angustia, 237
  - de la conducta alimentaria, 382
  - disocial, 425
  - límite de la personalidad, 333
  - obsesivo-compulsivo, 243
  - por déficit de atención con hiperactividad, 418
  - psiquiátricos relacionados con malos tratos y violencia, 196
  - somatomorfos, 401

## Aspectos

- culturales, 125t, 127t, 131, 212
- comunicación terapéutica, 110-111
- creencias sobre
  - enfermedad, 125t
  - salud, 125, 125t
- delirium, 441, 442
- demencia, 450-451
- estatus socioeconómico, 128-129
- función del profesional de enfermería y, 132-133
- por grupo étnico
  - aborígenes de Norteamérica, 125t, 126t, 129
  - afroamericanos, 125t, 126t, 129
  - árabes, 125t, 126t, 129-130
  - camboyanos, 125t, 126t, 130
  - chinos, 125t, 126t, 130
  - cubanos, 125t, 126t, 130
  - filipinos, 125t, 126t, 130-131
  - haitianos, 125t, 127t, 131
  - japoneses, 125t, 127t, 131
  - mejicanos, 125t, 127t, 131
  - puertorriqueños, 125t, 127t, 131-132
  - rusos, 125t, 127t, 132
  - sudeste asiático, 125t, 127t, 132
  - vietnamitas, 125t, 127t, 132
- psicofarmacología, 37-38
- respuesta del paciente a la enfermedad, 120, 121t
- teorías psicosociales y, 56
- toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia, 351-352
- trastorno/s
  - de ansiedad, 234
  - de la conducta alimentaria, 377
  - de personalidad, 322
  - disocial, 424

- mentales, 8
- por déficit de atención con hiperactividad, 416
- espirituales, en comunicación terapéutica, 110
- legales
  - acciones dolosas y culposas, de profesionales sanitarios, 160-161
  - aislamiento, 158-159
  - confidencialidad, 159-160
  - contención física, 158
  - declaración obligatoria a terceros, 160
  - derechos del paciente, 156-157
  - hospitalización
    - alta involuntaria, 157
    - inimputabilidad por enfermedad mental, 160
    - mala praxis, 160-161
    - tratamiento ambulatorio involuntario, 158
  - responsabilidad penal del personal de enfermería, 160-161
  - tratamiento en el medio menos restrictivo posible, 158-159
  - tutela legal, 158
- nutricionales
  - delirium, 447
  - demencia, 456
  - esquizofrenia, 272
  - trastorno/s
    - bipolar, 305
    - conducta alimentaria, 385, 386
- Ataques
  - ira, 168
  - pánico (crisis de angustia), 236
  - sueño, 494
- Atomoxetina, 36
- AUDIT. *V*. Alcoholismo, Cuestionario para la identificación de trastornos por uso de alcohol
- Aumento de peso por neurolépticos, 28, 258t
- Autoconcepto
  - delirium, 445
  - demencia, 453
  - depresión, 293-294
  - esquizofrenia, 266
  - evaluación psicosocial, 141c, 144-145
  - toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia, 364
  - trastorno/s
    - antisocial de la personalidad, 328
    - bipolar, 303
    - de angustia, 238-239
    - de la conducta alimentaria, 383
    - disocial, 425
    - límite de la personalidad, 333-334
    - obsesivo-compulsivo (TOC), 243
    - por déficit de atención con hiperactividad, 418-419
    - psiquiátricos relacionados con malos tratos y violencia, 199
    - somatomorfos, 402
- Autoconciencia
  - profesional de enfermería



- definición, 12
- en relación terapéutica, 83-86
- sobre actitudes, 84
- sobre importancia de aspectos culturales, 84, 84c
- sobre creencias, 84
- sobre valores, 83-84
- en práctica clínica
  - comunicación terapéutica, 115-116
  - enfermería en salud mental y psiquiatría, 12-13
  - entorno de tratamiento y, 74
  - ética y, 163
  - evaluación psicosocial, 150
  - psicofarmacología, 38
  - relación terapéutica y, 94-95
  - suicidio y, 314
  - teorías psicosociales y, 60-61
  - toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia, 367-368
  - trastornos
    - de la conducta alimentaria, 387-388
    - del estado de ánimo, 313-314
    - de personalidad, 343
    - mentales de la infancia y la adolescencia, 435
    - somatomorfos, 404
- Autocuidado
  - delirium, 445
  - demencia, 453
  - depresión, 294
  - esquizofrenia, 266-267, 272
  - evaluación psicosocial, 141c, 145
  - trastorno/s
    - antisocial de la personalidad, 328
    - de angustia, 239
    - de la conducta alimentaria, 383
    - disocial, 425
    - límite de la personalidad, 334
    - obsesivo-compulsivo, 243
    - por déficit de atención con hiperactividad, 419
    - psiquiátricos relacionados con malos tratos y violencia, 199-200
    - somatomorfos, 402
    - trastorno bipolar, 304
- Automatismos, 142, 237
- Autonomía
  - del paciente, en comunicación terapéutica, 113-114
  - y ética, 161
- Axón, 19
  
- B**
- Bailey, Harriet, 8
- Barbitúricos, abuso y dependencia, 354
- Belle indifférence*, 394
- Beneficio en trastornos somatomorfos, 395
  - primario, 236

secundario, 236  
Benzodiazepinas, 5, 34-35, 35t, 451  
  efectos secundarios, 34-35  
  en comportamiento agresivo, 169  
  en toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia, 354  
  información y educación del paciente, 35  
  listado, 35t  
  mecanismo de acción, 34  
Bleuler, Eugene, 4-5  
Bloqueo del pensamiento, 143  
  definición, 262  
*Bouffée délirante*, 169, 256  
Bowlby, fases del proceso de duelo, 207  
Bulbo raquídeo, 18f, 19, 19f  
Bulimia nerviosa  
  definición, 379  
  factores de riesgo, 375t  
  *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 379c  
  plan de tratamiento, 380b-382c  
  psicofarmacología, 380  
  terapia cognitivo-conductual, 379  
  tratamiento, 379-380  
Bupropión, 30t, 32, 286, 288t  
Buspirona, 34, 35t, 230t, 235t

## C

Camboyanos, aspectos culturales, 125t, 126t, 130  
CAN. *V.* Cifra absoluta de neutrófilos  
*Cannabis sativa*, abuso y dependencia, 355-356  
Capacidad de introspección (*insight*)  
  delirium, 445  
  demencia, 453  
  depresión, 293  
  esquizofrenia, 266  
  evaluación psicosocial, 141b, 144  
  toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia, 364  
  trastorno/s  
    antisocial de la personalidad, 328  
    bipolar, 303  
    de angustia, 238  
    de la conducta alimentaria, 383  
    disocial, 425  
    límite de la personalidad, 333  
    obsesivo-compulsivo, 243  
    por déficit de atención con hiperactividad, 418  
    psiquiátricos relacionados con malos tratos y violencia, 199  
    somatomorfos, 402  
Capacidad para concentrarse, 143  
Características de la voz, en comunicación no verbal, 109  
Carbamazepina, 302, 302t  
  como estabilizador del estado de ánimo, 33-34  
  para el tratamiento del comportamiento agresivo, 169

Carper, modelos de conocimiento en enfermería, 85, 86, 86b  
 Casas de acogida para adultos, 68  
 Catarsis, 167  
 Catatonia, 261  
 Cerebelo, 18-19, 18f, 19f  
 Cerebro, 18, 18f, 19f  
 Chinos  
     aspectos culturales, 125t, 126t, 130, 212  
     rituales de duelo, 212  
 Cifra absoluta de neutrófilos (CAN), 29  
 Circunstancialidad, definición, 109  
 Citalopram, 286t  
 Clarificación de valores, proceso, 83-84, 83f  
 Clase social, influencia en la respuesta del paciente al trastorno mental, 128-129  
 Clonazepam, 33, 35t, 230t, 235t, 302  
 Clonidina, 34  
 Clorazepato, 35t, 235t  
 Clordiazepóxido, 34, 35t, 230t, 235t, 360t  
 Clorpromazina, 5  
 Clozapina, 25, 26t, 29  
     en agranulocitosis, 260  
     en discinesia tardía, 259  
 Cocaína, abuso y dependencia, 355, 473  
 Código ético, American Nurses Association, 160, 162b, 163  
 Cognición, definición, 440  
 Community Mental Health Centers, ley de Estados Unidos, 5  
 Compensación, mecanismo de defensa del yo, 46t  
 Comportamiento  
     agresivo  
         aspectos culturales, 169  
         etiología, 167-168  
         fases, 174t  
         físico, 166  
         proceso de enfermería, 170-173  
             análisis de datos, 174  
             desenlaces, 174  
             intervención, 174-176  
             valoración, 173-174, 176  
         trastornos mentales relacionados, 168  
         tratamiento, 169-170  
             en la comunidad, 176-177  
     motor  
         delirium, 444  
         demencia, 452  
         depresión, 290  
         esquizofrenia, 261  
         evaluación psicosocial, 141c, 142  
         toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia, 364  
         trastorno/s  
             antisocial de la personalidad, 327, 328  
             bipolar, 303  
             de angustia, 237

- de la conducta alimentaria, 382
- disocial, 425
- límite de la personalidad, 333
- obsesivo-compulsivo, 243
- por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), 418
- psiquiátricos relacionados con malos tratos y violencia, 196
- somatomorfos, 401

Compulsiones, 242

Comunicación

- asertiva, 114-115
- no verbal
  - características de la voz, 109
  - contacto visual, 109
  - definición, 98
  - expresión facial, 108
  - habilidades para, 107-109
  - lenguaje corporal, 108-109
  - silencio, 109
- terapéutica, 98-116
  - aspectos
    - culturales, 110-111
    - espirituales, 110
  - atención comunitaria y, 115
  - autoconciencia, 115-116
  - autonomía del paciente, 113-114
  - clarificación, 113
  - contacto físico, 100
  - contexto, 110
  - definición, 99
  - escucha activa, 100-101
  - función
    - directiva, 112
    - no directiva, 111-112
  - habilidades para la comunicación
    - no verbal, 107-109
    - verbal, 101-107
  - interpretación de pistas, 107
  - intimidad del paciente, 99-100
  - objetivos, 111-112
  - observación, 100-101
  - preguntas, 112-113
  - proceso de solución de problemas, 113-114
  - sentido, significado y, 109-110
  - técnicas, 101, 102t-104t, 105
    - para evitar, 105, 105t-106t
  - zonas de distancia, 99
- verbal
  - definición, 98
  - habilidades para, 101-107

Comunidad terapéutica, 49-50

Concentración, capacidad para, 143

Condicionamiento

- clásico, 53
- operante, 53-54
  - principios, 53
- Conducta/s
  - antisocial en niños. *V.* Trastorno disocial
  - evitativa, 236
  - de apego, 207
- Conductismo, 53
- Confianza
  - conductas que sirven para crear, 81c
  - en relación terapéutica, 81
- Congruencia, 81
- Conocimiento
  - estético, 86, 86t
  - patrones de, 85-86
- Consciencia, en teoría psicoanalítica, 44
- Consideración positiva en relación terapéutica, 83
- Contacto
  - físico
    - cálido-amical, 100
    - en la comunicación terapéutica, 100
    - funcional-profesional, 100
    - íntimo-amoroso, 100
    - para excitación sexual, 100
    - terapéutico, en demencia, 457
    - tipos, 100
  - visual, en comunicación, 109
- Contención
  - de gasto sanitario, gestión de la asistencia y, 7-8
  - física, orden dada por el médico, 184
- Contenido del pensamiento
  - definición, 142
  - delirium, 444
  - demencia, 452
  - depresión, 290, 293
  - esquizofrenia, 261, 262
  - evaluación psicosocial, 141c, 142-143
  - malos tratos y violencia, 199
  - toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia, 364
  - trastorno
    - antisocial de la personalidad, 328
    - bipolar, 303
    - de angustia, 237, 238
    - de la conducta alimentaria, 383
    - disocial, 425
    - límite de la personalidad, 333
    - obsesivo-compulsivo, 243
    - por déficit de atención con hiperactividad, 418
    - somatomorfos, 401, 402
- Contexto/s
  - en comunicación terapéutica, 110
  - y entornos de tratamiento, 66-69

- autoconciencia, 74
- de transición, 69
- hospitalización, 66-67
  - parcial, 68, 68c
  - residencial, 68-69, 68c
- Contrato para garantizar la seguridad del paciente, 311
- Contratransferencia, 45, 47
- Control de la medicación
  - en esquizofrenia, 272
  - neurolépticos, 273t
- Control de impulsos
  - comportamiento agresivo y, 169
  - definición, 169
  - en violencia intrafamiliar, 181-182
- Conversión, mecanismo de defensa del yo, 46t
- Creencias sobre la salud
  - aspectos culturales, 125t
  - influencia en la respuesta del paciente al trastorno mental, 125
- Criminalización del trastorno mental, 72
- Crisi/s
  - convulsivas, 260
  - fases, 55
  - hipertensiva, 286
  - oculogiras, 27
- Cubanos, aspectos culturales, 125t, 126t, 130
- Cuerpo calloso, 18
- Cuestionario sobre actitudes con respecto a la alimentación, 384c
- Cuidador, profesional de enfermería como, 93
- Cultura, definición, 119-120
- Cura de insulina, 8

## D

- Daño, 161
- Datos aportados por la familia, en evaluación psicosocial, 140
- Decanoato
  - de flufenazina, 26
  - haloperidol, 26
- Defensa del paciente, definición, 93
- Defensor del paciente, profesional de enfermería como, 93-94
- Delirio/s, 142
  - de grandeza, 265c
  - de persecución, 265c
  - de referencia, 265b
  - definición, 263
  - paranoides, 265c
  - religiosos, 265c
  - somáticos, 265b
  - tipos, 265b
- Delirium
  - aspectos culturales, 441, 442
  - atención extrahospitalaria, 447
  - causas, 441, 442c



- definición, 441
- frente a demencia, 448t
- inducido por drogas o medicamentos, 442b, 444c
- información y educación de paciente y familia, 446c
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 472
- plan de tratamiento, 443-444
- proceso de enfermería, 443-447
  - análisis de datos, 445
  - desenlaces, 446
  - intervenciones, 443-444, 446-447, 447c
  - valoración, 442, 444-445
    - resultados del tratamiento, 447
- psicofarmacología, 442
- síntomas, 441c
- tratamiento, 442
- tremens*, 352

Demencia

- aspectos culturales, 450-451
- atención comunitaria, 458-459
- autoconciencia, 461
- causas, 449-450
- cuidador del paciente, 459-460
- definición, 447-448
- enfermedad
  - Alzheimer, 450
  - Creutzfeldt-Jakob, 450
  - Huntington, 450
  - Parkinson, 450
  - Pick, 450
- factores de riesgo, 459
- fármacos para el tratamiento, 451, 451t
- fases, 449
- frente a delirium, 448t
- grave, 449
- leve, 449
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 472
- moderada, 449
- plan de tratamiento, 454-455
- proceso de enfermería, 452-458
  - valoración, 452-453
    - análisis de datos, 453, 455
    - desenlaces, 455
    - intervenciones, 454-455, 455-458
    - resultados del tratamiento, 458
- síntomas, 449
- tipos, 450
- tratamiento, 451
- vascular, 450

Dendrita, 19

Deontología, 161

Department of Health and Human Services (DHHS) de Estados Unidos, 6

Dependencia de sustancias, 349

Depresión, 281  
   curso clínico, 284  
   Escala de depresión de Hamilton, 295-296t  
   *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 475  
   plan de tratamiento, 291-293  
   posparto, 282  
   proceso de enfermería, 290-298  
     análisis de datos, 294  
     desenlaces, 294  
     intervenciones, 291-293, 294, 296-298, 297c  
     valoración, 290, 293-294  
       resultados del tratamiento, 298  
   psicofarmacología, 285-287, 286t, 287t, 288t  
   psicoterapia, 289  
   puerperal, 282  
   síntomas, 285c  
   terapia electroconvulsiva, 287, 288-289  
   tratamientos en investigación, 290  
 Desarrollo psicosexual, fases del, según Freud, 45, 47t  
 Desatención, en personas mayores 190, 190b  
 Desensibilización sistemática, 54, 241  
 Deseo sexual hipoactivo, 496  
 Desinstitucionalización, 5  
 Desintoxicación y deshabitación, 349  
   alcohol, 352-353  
   alucinógenos, 357  
   ansiolíticos, 355  
   estimulantes, anfetaminas y cocaína, 355  
   hipnóticos, 355  
   inhalantes, 357  
   marihuana, 356  
   opiáceos, 356  
   sedantes, 355  
 Desipramina, 287t  
 Despersonalización, 233, 237, 266  
 Desplazamiento, mecanismo de defensa del yo, 46t  
 Desrealización, 233, 236  
 Desvenlafaxina, 32  
 Detención ilegal, 161  
 Deterioro de la memoria y demencia, 448. *V. también* Demencia  
 Dextroanfetamina, 35-36, 37t  
 DHHS. *V. Department of Health and Human Services de Estados Unidos*  
 Diagnóstico de enfermería. *V. Análisis de datos*  
 Diagnóstico dual, toxicomanías, drogodependencia, farmacodependencia, 360-362  
 Diazepam, 34, 35t, 230t, 235t, 258t  
 Difusión del pensamiento, definición, 262  
 Dilema ético, 162  
 Discinesia tardía (DT), 28, 259  
 Disfunciones sexuales  
   inducidas por drogas y medicamentos, 496  
   *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 476-477  
   por consumo de drogas o medicamentos, 496

- por enfermedad médica, 496
- trastornos
  - de la excitación, 496
  - del deseo, 496
  - orgásmicos, 496
  - sexuales por dolor, 496
- Disociación, 195
  - mecanismo de defensa del yo, 46t
- Disomnias, 494
  - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 477
- Dispareunia, 496
- Distonía aguda, 27
- Distrofia muscular de Duchenne, 23
- Disulfiram, 36-37
- Dix, Dorothea, 4
- Dopamina, 20, 21t
- Doxepina, 287t
- Dramatización, 417
- Droperidol, 29
- DSM-IV-TR. *V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4.<sup>a</sup> edición, texto revisado
- DT. *V. Discinesia tardía*
- Duelo, 205-232. *V. también* Plan de tratamiento de enfermería, proceso de duelo
  - anticipatorio, definición, 205
  - aspectos culturales, 211-213
  - autoconciencia, 222
  - caso clínico, 210c
  - complicado, 213-215
    - factores de riesgo, 214-215
    - susceptibilidad, 214
    - variabilidad en la expresión, 215
  - dimensiones, 208-211
  - fases, 208t
  - oculto, 213
  - plan de tratamiento, 220-221
  - proceso, 206-207
    - de enfermería
      - análisis de datos, 218
      - desenlaces, 218
      - intervenciones, 218-220, 219t
      - valoración, 215-218
  - resultados del tratamiento, 222
  - respuestas
    - cognitivas, 209
    - conductuales, 210
    - emocionales, 209-210
    - espirituales, 210
    - fisiológicas, 211
  - síntomas, 216c
  - tareas, 208
  - teorías, 207-208, 208t
- Duloxetina, 286, 288t

## E

Ecolalia, 261, 448

Ecuanimidad, 161

Edad, influencia en la respuesta del paciente al trastorno mental, 120, 121t

Edema, 22

Educación, papel del profesional de enfermería, 24, 24f

EEAG. *V.* Escala de evaluación de la actividad global

Efecto/s

puerta giratoria, 5

secundarios, 33-34

ansiolíticos, 34-35

anticolinérgicos, 28

antidepresivos, 31-32

tricíclicos, 31

benzodiazepinas, 34-35

estabilizadores del estado de ánimo, 33-34

estimulantes del sistema nervioso central, 36

inhibidores

enzima monoaminoxidasa, 31-32

selectivos de la recaptación de serotonina, 31

litio, 33-34

neurolépticos, 26-29, 258t

anticolinérgicos, 28

crisis convulsivas, 258t, 260

discinesia tardía, 28, 258t, 259

ganancia de peso, 28, 258t

información y educación de paciente y familia, 273t

síndrome neuroléptico maligno, 27-28, 260

síntomas extrapiramidales, 26-27, 257, 258, 258t

Ejercicio para la clarificación de valores, 85c

Ellis, Albert, terapia racional emotiva, 54t, 55

Ello, componente de la personalidad de Freud, 44, 45f

EMI. *V.* Escala de movimientos involuntarios

Empatía, en relación terapéutica, 82, 82f

Empresas de evaluación de la asistencia, 7

EMT. *V.* Estimulación magnética transcraneal

Encéfalo

anatomía, 18-19, 18f

estructuras, 19f

Encopresis, 434

Enfermedad/es

Alzheimer, 25, 450

tomografía por emisión de positrones en pacientes con, 23, 23f

Creutzfeldt-Jakob, 450

Huntington, 23, 450

de los espíritus, 256

médicas

disfunciones sexuales y, 496

factores psicológicos que afectan a, 478

*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 478

trastornos del sueño y, 495

mental

- aspectos culturales, 8
- atención comunitaria, 6-7
- contención del gasto y, 7-8
- definición, 3
- estado actual de, 5-8
- factores influyentes, 4
- objetivos futuros, 6, 7c
- personas que viven en la calle y, 6, 71
- perspectiva histórica sobre, 4-5
  - antigüedad, 4
  - atención comunitaria, 5
  - instituciones, 4
  - psicofarmacología, 5
  - tratamiento, 4-5
- Parkinson, 450
  - síntomas, 27
- Pick, 450
- Enfermería
  - atención culturalmente competente, 124
  - en psiquiatría y salud mental
    - áreas de la práctica, 11c
    - autoconciencia, 12-13
    - normas para la atención, 8-9, 9b-10c
    - temas que preocupan a los estudiantes, 11-12, 11f
    - cuestiones que interesan a los profesionales, 9, 9c
    - perspectiva histórica, 8-9
  - psicosocial, en salud pública y asistencia domiciliaria, 73-74
- Engel, fases del proceso de duelo, 207
- Ensalada de palabras, 143, 261
- Entornos residenciales de tratamiento, 68, 68b
- Entrenamiento asertivo, 234
- Entrevista para evaluación psicosocial, 140
- Enuresis, 434
- Episodio maniaco, 281-282
  - diagnóstico, 299
  - inicio y curso clínico, 299
  - proceso de enfermería, 303-308
    - análisis de datos, 304
    - desenlaces, 304
    - intervenciones, 304-306, 307-308
    - valoración, 303-304
      - resultados del tratamiento, 308
  - teorías psicodinámicas, 282
- Episodios de caídas, 396t
- EPS. *V.* Efectos secundarios extrapiramidales (ESE); Síntomas extrapiramidales (SEP)
- Equipo multidisciplinario, 72-73, 73c
- Escala
  - Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revides (CIWA-AR), 353c-354c
  - evaluación de la actividad global (EEAG), 3
  - Hamilton para la depresión, 295-296t
  - movimientos involuntarios (EMI), 259, 259c
  - Yale-Brown para el trastorno obsesivo-compulsivo, 244c-245c

Escitalopram, 286t

Escucha activa, en comunicación terapéutica, 100-101

Esquizofrenia, 5

- alteraciones del lenguaje en pacientes con, 262c
- aspecto culturales, 256
- atención comunitaria, 274
- curso clínico, 253-254
- en personas mayores, 274
- etiología, 254-256
- información y educación de paciente y familia, 271t, 273t
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR), 252, 475
- plan de tratamiento, 263-264
- proceso de enfermería
  - análisis de datos, 267
  - desenlaces, 267-268
  - intervenciones, 268-273, 268t
  - valoración, 260-266
    - resultados del tratamiento, 273-274
- promoción de la salud mental, 274-275
- psicofarmacología, 256
  - efectos secundarios de la, 257, 258t, 259-260
  - listado de fármacos, 257t
  - tratamiento de mantenimiento, 256-257
- síntomas
  - negativos, 252
  - positivos, 252
- tipos, 252-253
- trastornos relacionados, 254
- tratamiento, 256-260
  - psicosocial, 260

Estabilizadores

- estado de ánimo, 32-34
  - anticonvulsivos, 301-302, 302t
    - que se utilizan como, 32-33
  - efectos secundarios, 33-34
  - información y educación del paciente, 34
  - litio, 32-33, 301
  - mecanismo de acción, 33
  - posología, 33
  - toxicidad, 301-302, 306t
- sistema de dopamina, 25

Estado de ánimo

- definición, 142
- delirium, 444
- demencia, 452
- depresión, 290
- esquizofrenia, 26
- evaluación psicosocial, 141b, 142
- malos tratos y violencia, 199
- trastorno/s
  - antisocial de la personalidad, 328
  - bipolar, 303



- de angustia, 237
- de la conducta alimentaria, 382-383
- disocial, 425
- límite de la personalidad, 333
- obsesivo-compulsivo, 243
- por déficit de atención con hiperactividad, 418
- somatomorfos, 401

Estadounidenses de origen árabe, aspectos culturales, 125t, 126t, 129-130

Estatus socioeconómico, influencia en la respuesta del paciente al trastorno mental, 128-129

Estimulación magnética transcraneal (EMT), 290

Estimulantes del sistema nervioso central, 35-36

- abuso y dependencia, 355
- efectos secundarios, 36
- información y educación del paciente, 36
- mecanismos de acción, 36
- posología, 36, 37t

Estrategias de afrontamiento

- centradas en
  - emociones, 403, 404
  - problemas, 403, 404
- en trastornos somatomorfos, 403, 404

Estrés, 227-232

- enfermedades relacionadas con, 231
- fase
  - agotamiento, 227
  - alarma, 227
  - resistencia, 227
- trastornos mentales y, 24

Estructura familiar, en valoración cultural, 125, 126-127t

Estudiantes, preocupaciones relacionadas con la práctica de enfermería, 11-12, 11f

Etapas de la vida, según Sullivan, 48-50, 49t

Ética

- autoconciencia, 163
- código, 160, 162c, 163
- definición, 161
- principio, 161-162

Evaluación

- análisis de datos, 145, 147
- autoconciencia, 150
- componentes
  - alteraciones sensoriales y perceptivas, 141c, 144
  - antecedentes, 140-142, 141c
  - aspecto general, 141c, 142
  - autocuidado, 141c, 145
  - comportamiento, 141c, 142
  - concepto de sí mismo, 141c, 144-145
  - entrevista, 140
  - estado de ánimo y afectos, 142
  - nivel de conciencia y procesos cognitivos, 141c, 143-144
  - proceso y contenido del pensamiento, 141c, 142-143
  - roles y relaciones interpersonales, 141c, 145
  - sentido de la realidad y capacidad de introspección, 141c, 144

- comportamiento agresivo, 173-174
- cultural, 125, 125c, 126-127t
  - comunicación, 128
  - control del entorno, 128
  - distancia física, 128
  - organización social, 128
  - orientación en el tiempo, 128
  - variaciones biológicas, 128
- delirium, 442, 444-445
- demencia, 452-453
- diagnósticos psiquiátricos y, 148
- Escala de evaluación de la actividad global, 148, 149c
- examen del estado mental y, 148, 150
- factores influyentes, 139
- pruebas psicométricas (tests), 147, 148, 148t
- riesgo de suicidio, 143, 143c
- trastorno/s
  - disocial, 425
  - por déficit de atención con hiperactividad, 418-419
  - somatomorfos, 401-402, 401c
- Evitación, en comunicación terapéutica, 93
- Exceso de activación, 194
- Excitación psicomotriz, 290
- Exhibicionismo, 497
- Explotación económica, en personas mayores, 190, 190c
- Exposición, 233, 242
- Expresión facial, en comunicación, 108
- Eyacuación precoz, 496

## F

- Facilitación (*kindling*), proceso, 283
- Factores
  - individuales en salud mental
    - autoeficacia, 122
    - desarrollo psicoevolutivo, 120, 120t
    - edad, 120, 121t
    - espiritualidad, 123
    - fortaleza, 122
    - genética y herencia, 120, 121
    - inventiva, 122-123
    - prácticas relacionadas con la salud, 121
    - resistencia, 122-123
    - respuesta a los medicamentos, 121-122
    - salud física, 121
  - inmunoviológicos, en esquizofrenia, 255-256
  - interpersonales
    - apoyo
      - familiar, 124
      - social, 124
    - redes sociales, 124
    - sentido de pertenencia, 123-124
  - neuroanatómicos, en esquizofrenia, 255

- neuroquímicos, en esquizofrenia, [255](#)
- Familia, papel
  - esquizofrenia, [260](#)
  - toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia, [350](#), [365](#)
  - trastornos de la conducta alimentaria, [376-377](#)
- Fármaco/s
  - eficacia, [24](#)
  - y medicamentos controlados por la ley, según la ley de Estados Unidos, [481](#)
  - potencia, [24](#)
- Fase/s
  - estrés
    - agotamiento, [227](#)
    - alarma, [227](#)
    - resistencia, fase de respuesta, [227](#)
  - comportamiento agresivo
    - crisis, [175](#)
    - escalada, [175c](#)
    - poscrisis, [176](#)
    - recuperación, [176](#)
  - desencadenante, [167](#)
  - relación terapéutica
    - aprovechamiento, [50t](#), [51](#)
    - identificación, [50t](#), [51](#)
    - orientación, [50t](#), [51](#)
    - resolución, [50t](#), [51](#)
- FDA. *V.* Food and Drug Administration de Estados Unidos
- Fetichismo, [497](#)
  - travestista, [497](#)
- Fibrosis quística, [23](#)
- Fijación, mecanismo de defensa del yo, [46t](#)
- Filipinos, aspectos culturales, [125t](#), [126t](#), [130-131](#), [212](#)
- Flexibilidad cérica, [142](#), [252](#)
- Fluoxetina, [30](#), [285](#), [286t](#)
- Flurazepam, [34](#), [35t](#)
- Fobia/s, [240-242](#)
  - específica, [233](#)
  - social, [233](#)
    - definición, [240](#)
    - inicio y curso clínico, [241](#)
    - síntomas, [233](#)
    - tratamiento, [241-242](#)
- Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos, [24-25](#)
- Formación reactiva, mecanismo de defensa del yo, [46t](#)
- Frankl, Viktor, logoterapia, [54t](#), [55](#)
- Freud, Sigmund, [393](#)
  - teoría psicoanalítica y, [44-45](#), [45f](#), [47](#)
  - tratamiento de trastornos mentales y, [4-5](#)
- Frotteurismo, [497](#)
- Fuga
  - disociativa, [196](#)
  - ideas, [142](#), [281](#)
- Función/es

directiva, en comunicación terapéutica, 112  
ejecutivas, 448  
no directiva, en comunicación terapéutica, 111-112  
Funcionamiento cognitivo, 144

## G

GABA. *V.* Ácido  $\gamma$ -aminobutírico  
Gabapentina, 33, 302, 302t  
Genética y consideraciones sobre la herencia  
  en esquizofrenia, 255  
  en trastornos  
    de ansiedad, 232  
    del estado de ánimo, 283  
  trastornos mentales y, 23-24  
Gestión  
  de casos, 7  
  de la asistencia  
    contención del gasto y, 7-8  
    definición, 7  
*Ginkgo biloba*, 38  
Glándula pineal, 18  
Glasser, William, 54t, 55  
Glutamato, 21, 21t  
Grupo/s, 57-59  
  abiertos, 58  
  cerrados, 58  
  de apoyo, 59  
  de autoayuda, 59  
  definidos, 57  
  educativos, 59  
  étnico, aspectos culturales por  
    aborígenes de Norteamérica, 125t, 126t, 129  
    afroamericanos, 125t, 126t, 129  
    árabes, 125t, 126t, 129-130  
    camboyanos, 125t, 126t, 130  
    chinos, 125t, 126t, 130  
    cubanos, 125t, 126t, 130  
    del sudeste asiático, 125t, 127t, 132  
    filipinos, 125t, 126t, 130-131  
    haitianos, 125t, 127t, 131  
    japoneses, 125t, 127t, 131  
    mejicanos, 125t, 127t, 131  
    puertorriqueños, 125t, 127t, 131-132  
    rusos, 125t, 127t, 132  
    vietnamitas, 125t, 127t, 132  
  fases del desarrollo de, 57  
  funciones en, 58  
  liderazgo en, 57-58  
  tratamiento en, 58-59

## H

Habilidades sociales, enseñanza de, esquizofrenia, 272

Haitianos, rituales de duelo, 212  
Haloperidol, 5  
    comportamiento agresivo, 169  
Health Care Finance Administration, 8  
Hidroxizina, 34  
Hierba de San Juan, 38  
Higiene del sueño, 495  
Hipersomnia, 494  
Hipnóticos, abuso y dependencia, 354-355  
Hipocampo, 19  
Hipocondría, 394  
    plan de tratamiento, 397-400  
Hipomanía, 282  
Hipotálamo, 19  
Hispanos  
    aspectos culturales, 212  
    rituales de duelo, 212  
Histamina, 21, 21t  
Histeria, 392-393  
Hogar para pacientes en recuperación, 68, 68c  
Homeostasis, 215  
Hospital de día, 68  
Hospitalización, 66-67  
    aspectos legales  
        alta voluntaria, 157  
        hospitalización involuntaria, 157  
        tratamiento ambulatorio involuntario, 158  
    diagnóstico dual y, 67  
    gestión de casos, 67  
    ingresos breves, 66  
    parcial, 68, 68c  
    plan de alta, 67  
    programada, 66  
    prolongada, 66-67  
Hostilidad, 166  
Humanismo, 52  
*Hwa-byung*, 169, 396t

## I

Ideación suicida, 308, 310c  
Ideas de referencia, 142-143, 266  
Identificación  
    con el paciente, en relación terapéutica, 82, 82f  
    mecanismo de defensa del yo, 46t  
IES. *V.* Institute of Education Sciences  
Ilustración, período, 4  
IMAO. *V.* Inhibidores de la monoaminoxidasa  
Imipramina, 287t  
Impulso a la acción (*acting out*), 168  
Inconsciencia, en teoría psicoanalítica, 45  
Incumplimiento del deber, 161  
Indicadores

- desatención, [190](#), [190c](#)
- posible maltrato a personas mayores, [190](#), [190c](#)
- Infancia y sociedad, etapas del desarrollo psicosocial, Erik Erikson, [48](#)
- Infecciones por trastornos mentales, [24](#)
- Información y educación
  - de la familia, [59](#). *V. también* Información y educación del paciente y la familia
  - del paciente y la familia
    - delirium, [446c](#)
    - manía, [307c](#)
    - sobre el tratamiento con neurolépticos, [29](#)
    - toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia, [365c](#)
  - trastorno/s
    - antisocial de la personalidad, [332](#), [332c](#)
    - de la conducta alimentaria, [386](#), [386c](#)
    - disocial, [429](#), [429c](#)
    - límite de la personalidad, [336c](#)
    - somatomorfos, [402-403](#), [403c](#)
- Inhalantes, abuso y dependencia, [357](#)
- Inhibidores
  - enzima monoaminoxidasa (IMAO), [286](#), [287](#), [288t](#)
  - efectos secundarios, [31-32](#)
  - interacciones
    - con alimentos, [31-32](#), [32c](#)
    - farmacológicas, [32](#), [289c](#)
  - mecanismo de acción, [31](#)
  - sobredosis, [289c](#)
  - selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), [235](#)
  - efectos secundarios, [31](#)
  - interacciones farmacológicas, [32](#)
  - listado, [30t](#), [286t](#)
  - mecanismo de acción, [31](#), [285](#)
- Inserción del pensamiento, [143](#), [262](#)
- Insomnio, [494](#)
- Institute of Education Sciences (IES), [193](#)
- Intelectualización, mecanismo de defensa del yo, [46t](#)
- Interacciones farmacológicas, antidepresivos, [32](#)
- Interés sincero, en relación terapéutica, [81-82](#)
- Internalización
  - en factores somatomorfos, [395](#)
  - definición, [395](#)
- Interpersonal
  - Relations in Nursing, [8](#)
  - Techniques: The Crux of Psychiatric Nursing, [8](#)
- Interrupción breve de la interacción con el paciente, [458](#)
- Intervención/es
  - en comportamiento agresivo, [174](#)
  - en crisis, [55-56](#)
  - mente-cuerpo, [59](#)
  - psicosociales en enfermería, [60](#)
- Intoxicación por, [349](#)
  - alcohol, [352](#)
  - alucinógenos, [356-357](#)



- ansiolíticos, 354
- estimulantes, anfetaminas y cocaína, 355
- hipnóticos, 354
- inhalantes, 357
- marihuana, 355-356
- opiáceos, 356
- sedantes, 354

Introyección, mecanismo de defensa del yo, 46t

Inundación, 241

Investigación, papel de los profesionales de la enfermería, 24, 24f

Inyección de liberación prolongada, neurolépticos, 26, 256

Ira. *V. también* Comportamiento agresivo

- inicio y curso clínico, 167
- supresión de, 167
- trastornos mentales relacionados, 168

Isocarboxazida, 30t, 288t

ISRS. *V.* Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina

## J

Japoneses, aspectos culturales, 125t, 127t, 131, 212

JCAHO. *V.* Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

Jemeres, 130

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), 176

Judíos ortodoxos, aspectos culturales, 212-213

Juego

- creativo, 417, 418
- terapéutico, 417

## K

Kava, 38

*Koro*, 234, 396t

Kraepelin, Emil, 4-5

Kubler-Ross, fases del proceso de duelo, 207

## L

Lamotrigina, 33

Lapsus freudiano, 45

Latencia de la respuesta, 261, 290

Lealtad, 161

Lenguaje

- acelerado, 281
- corporal, en comunicación terapéutica, 108-109

Lesión, 161

Levacetilmadol, 359, 360t

Libido, 45

Liderazgo en grupos, 57-58

Límites

- comunicación terapéutica, 99-100
- relación terapéutica, 91-92, 92t
- trastorno límite de la personalidad, 335

Litio, 5

- mecanismos de acción, 33
- posología, 33
- toxicidad por, 301-302, 306t
- Llorar hacia fuera, 207, 208t
- Lóbulo
  - frontal, 18, 18f, 19f
  - occipital, 18, 18f, 19f
  - parietal, 18, 18f, 19f
  - temporal, 18, 18f, 19f
- Locura, entre hispanoamericanos que viven en Estados Unidos, 256
- Logoterapia, 54t, 55
- Lorazepam, 27t, 35t, 169, 230t, 258, 360
  - comportamiento agresivo, 169
- Ludoterapia, 417
- Luto, 206

## M

- MADD. *V.* Mothers Against Drunk Driving
- Malos tratos
  - abusos sexuales y, 186
  - autoconciencia, 202
  - ciclo, 184
  - cónyuge o pareja. *V.* Violencia en la pareja
  - cuadro clínico, 181
  - en infancia, 185-188. *V. también* Maltrato infantil
  - físicos, 182
    - definición, 182
    - en cónyuge o pareja, 182
    - en personas mayores, 190, 190c
  - personas mayores. *V.* Maltrato a personas mayores
  - psicológicos, 182
    - definición, 182
    - en la infancia, 186
    - en la pareja, 182
  - relacionados con trastorno por estrés postraumático, 194-196
  - violencia de género, 182-185
- Maltrato
  - infantil
    - cuadro clínico, 187
    - intervenciones, 187-188
    - tipos de, 186-187
    - tratamiento, 187-188
    - valoración, 187
  - personas mayores, 188-190
    - cuadro clínico, 189
    - intervenciones, 189-190
    - tratamiento, 189-190
    - valoración, 189
- Manía, 281
  - información y educación de paciente y familia, 307c
  - intervenciones, 304b
  - síntomas, 301b

Manicomio, 4  
*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 3-4  
  clasificación de trastornos mentales, 471-478  
  sistema multiaxial, 3-4  
  objetivos, 3  
Marihuana, abuso y dependencia, 355-356  
Maslow, Abraham  
  autorrealización personal, 52  
  jerarquía de las necesidades, 52  
Masoquismo sexual, 497  
MCA. *V.* Tratamiento, *medicina complementaria y alternativa*  
Medicación. *V.* Psicofarmacología  
Medicaid, 8  
Medicamentos para la ansiedad. *V.* Ansiolíticos  
Medicare, 8  
Medicina complementaria, 59  
  y alternativa (MCA), 59  
Medio terapéutico, 66  
  según Sullivan, 48-50  
Mellow, June, 8  
Memoria, valoración, 143  
Mensajes  
  abstractos, 101  
  concretos, 101  
Mental Health Parity Act, ley de Estados Unidos, 8  
Meprobamato, 230t, 235t  
Mesencéfalo, 18f, 19  
Mesoridazina, 29  
Metilfenidato, 36, 37t  
Mexicanos, aspectos culturales, 125t, 127t, 131  
Miastenia grave, 21  
Miedo, 233, 236  
Mirtazapina, 286, 288t  
Modalidades de tratamiento  
  atención comunitaria, 56  
  grupal, 57-59  
    definición, 57  
    fases de desarrollo, 57  
    liderazgo, 57-58  
    roles, 58  
    tratamiento, 58-59  
  medicina complementaria y alternativa (MCA), 59-60  
  psicoterapia individual, 56-57  
  rehabilitación psiquiátrica, 60  
Modelo  
  acceso a la atención comunitaria y de servicios y apoyo eficaces, 6, 71  
  alta transitoria, 69  
  club, para rehabilitación psiquiátrica, 70  
Mothers Against Drunk Driving (MADD), 59  
Musulmanes  
  aspectos culturales, 212  
  rituales de duelo, 212

Mutismo selectivo, [435](#)

## N

NAMI. *V.* National Alliance for the Mentally Ill

NANDA-I, Diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA, [479-480](#)

Narcolepsia, [494](#)

National

    Alliance for the Mentally Ill (NAMI), [59](#)

    Center for

        Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de Estados Unidos, [59](#)

        Education Statistics (NCES) de Estados Unidos, [193](#)

    Institute of Mental Health (NIMH) de Estados Unidos, [5](#)

NCCAM. *V.* National Center for Complementary and Alternative Medicine de Estados Unidos

NCES. *V.* National Center for Education Statistics de Estados Unidos

Nefazodona, [32](#), [286](#), [288t](#)

Negación

    adaptativa, [218](#)

    mecanismo de defensa del yo, [46t](#)

Neurólpticos, [25-29](#), [26t](#), [256](#), [257t](#)

    efectos secundarios, [26-29](#), [258t](#)

        anticolinérgicos, [28](#)

        aumento de peso, [28](#), [258t](#)

        crisis convulsivas, [258t](#), [260](#)

        discinesia tardía, [28](#), [258t](#), [259](#)

        información y educación de paciente y familia, [273t](#)

        síndrome neurólptico maligno, [27-28](#), [260](#)

        síntomas extrapiramidales, [26-27](#), [257](#), [258](#), [258t](#)

    en inyección de liberación prolongada, [26](#)

    información y educación de paciente y familia, [29](#)

    mecanismo de acción, [25-26](#)

    para comportamiento agresivo, [169-170](#)

    para demencia, [451](#)

    para esquizofrenia, [254](#), [255](#), [256](#), [257](#)

Neurotransmisión, [19-20](#), [20f](#)

    anómala, [20](#), [20f](#)

Neurotransmisores, [19-21](#)

    acetilcolina, [21](#), [21t](#)

    ácido  $\gamma$ -aminobutírico, [21](#), [21t](#)

    adrenalina, [20](#), [21t](#)

    definición, [19-20](#)

    dopamina, [20](#), [21t](#)

    funciones, [19-20](#), [20f](#)

    glutamato, [21](#), [21t](#)

    histamina, [21](#), [21t](#)

    noradrenalina, [20](#), [21t](#)

    serotonina, [21](#), [21t](#)

Neutralización, mecanismo de defensa del yo, [47t](#)

NIMH. *V.* National Institute of Mental Health de Estados Unidos

Nivel/es

    ansiedad, relación terapéutica, [51-52](#), [51t](#)

    consciencia

        delirium, [445](#)

- demencia, [452-453](#)
- depresión, [293](#)
- esquizofrenia, [265-266](#)
- evaluación psicosocial, [141c](#), [143-144](#)
- toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia, [364](#)
- trastorno/s
  - antisocial de la personalidad, [328](#)
  - bipolar, [303](#)
  - de angustia, [238](#)
  - de la conducta alimentaria, [383](#)
  - disocial, [425](#)
  - límite de la personalidad, [333](#)
  - obsesivo-compulsivo, [243](#)
  - por déficit de atención con hiperactividad, [418](#)
  - psiquiátricos relacionados con malos tratos y violencia, [199](#)
  - somatomorfos, [402](#)
- Noradrenalina, [20](#), [21t](#)
- Normas de Canadá sobre la práctica de enfermería en salud mental y psiquiatría, [482-485](#)
- Nortriptilina, [287t](#)
- Nursing Mental Diseases, manual de enfermería psiquiátrica, [8](#)
- Nursing Therapy, método de Mellow, [8](#)

## O

- Obesidad, [372](#)
- Observación, en relación terapéutica, [100-101](#)
- Obsesiones, [242](#)
- Olanzapina, [28](#)
- Opiáceos, abuso y dependencia, [356](#)
- Opistótonos, [27](#)
- Organización Mundial de la Salud, definición de salud, [2-3](#)
- Orientación, definición, [143](#)
- Oxazepam, [35t](#), [230t](#), [235t](#)
- Oxcarbazepina, [33](#)

## P

- Palilalia, [448](#)
- Paliperidona, [25](#), [26t](#)
- Parafilias, [496-497](#)
  - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, [477](#)
- Parasomnias, [494](#)
  - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, [477](#)
- Paroxetina, [286t](#)
- PATH. *V. Projects for Assistance in Transition from Homelessness*
- Pávlov, Iván, condicionamiento clásico, [53](#)
- Pedofilia, [497](#)
- Pensamiento/s
  - abstracto, [144](#)
  - circunstancial, [142](#)
  - inconscientes, en teoría psicoanalítica, [44-45](#)
  - proceso del
    - definición, [142](#)
    - delirium, [444](#)

- demencia, [452](#)
- depresión, [290](#), [293](#)
- esquizofrenia, [261](#), [262](#)
- evaluación psicosocial, [141c](#), [142-143](#)
- toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia, [364](#)
- trastorno/s
  - antisocial de la personalidad, [328](#)
  - bipolar, [303](#)
  - de angustia, [237](#), [238](#)
  - de la conducta alimentaria, [383](#)
  - disocial, [425](#)
  - límite de la personalidad, [333](#)
  - obsesivo-compulsivo, [243](#)
  - por déficit de atención con hiperactividad, [418](#)
  - psiquiátricos relacionados con malos tratos y violencia, [199](#)
  - somatomorfos, [401](#), [402](#)
- tangencial, [143](#)
- Peplau, Hildegard, [8](#)
  - niveles de ansiedad, [51-52](#), [51t](#)
  - relación terapéutica, [50-51](#), [50t](#)
- Pérdida
  - de asociaciones, [143](#)
  - de tolerancia, [350](#)
  - tipos, [206](#)
- Perls, Frederick, [54t](#), [55](#)
- Personalidad, componentes, [44-45](#), [45f](#)
- Personas
  - mayores
    - esquizofrenia, [274](#)
    - trastornos de la personalidad, [342](#)
  - que viven en la calle, trastornos mentales y, [6](#), [71](#)
- Pesadillas, [494](#)
- PET. *V.* Tomografía de emisión de positrones
- Petidina, [31](#)
- PHP. *V.* Programas de hospitalización parcial
- Piaget, Jean, etapas del desarrollo cognitivo, [48](#)
- Pica, [433](#)
- Pinel, Phillippe, [4](#)
- Pistas, en comunicación
  - abiertas, [109](#)
  - encubiertas, [107](#)
  - vocales, [109](#)
- Plan de tratamiento de enfermería
  - bulimia nerviosa, [380c-382c](#)
  - delirium, [443-444](#)
  - demencia, [454-455](#)
  - esquizofrenia, [263-264](#)
  - hipocondría, [397-400](#)
  - proceso de duelo, [220-221](#)
  - toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia, [361c-362c](#)
  - trastorno/s
    - antisocial de la personalidad, [329-330](#)



- de ansiedad, [230-231](#)
- disocial, [426-427](#)
- por déficit de atención con hiperactividad, [420-421](#)
- somatomorfos, [397-400](#)
- Población penitenciaria, trastornos mentales y, [72](#)
- Polidipsia, [267](#)
- Politoxicomanía, [349](#)
- Precaución en prospectos de medicamentos, aviso, [25](#)
- Preconsciencia, en teoría psicoanalítica, [44-45](#)
- Presencia atenta, [215](#)
- Prevención y exposición de respuesta, [242](#)
- Principio
  - de hacer el bien, [161](#)
  - de no perjudicar, [161](#)
- Procesos cognitivos en
  - delirium, [445](#)
  - demencia, [452-453](#)
  - depresión, [293](#)
  - esquizofrenia, [265-266](#)
  - evaluación psicosocial, [141b](#), [143-144](#)
  - toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia, [364](#)
  - trastorno/s
    - antisocial de la personalidad, [328](#)
    - bipolar, [303](#)
    - de angustia, [238](#)
    - de la conducta alimentaria, [383](#)
    - disocial, [425](#)
    - límite de la personalidad, [333](#)
    - obsesivo-compulsivo, [243](#)
    - por déficit de atención con hiperactividad, [418](#)
    - psiquiátricos relacionados con malos tratos y violencia, [199](#)
    - somatomorfos, [402](#)
- Profesional de enfermería, papel que desempeña en
  - investigación y enseñanza, [24](#), [24f](#)
  - relación terapéutica, [51](#)
- Profesor, profesional de enfermería como, [93](#)
- Programa/s
  - acción contra las agresiones al personal sanitario (ASAP), [176](#)
  - Healthy People 2010 Mental Health Objectives (Estados Unidos), [7c](#)
  - de hospitalización parcial (PHP), [68](#), [68c](#)
- Projects for Assistance in Transition from Homelessness (PATH), [71](#)
- Promoción de la salud mental
  - esquizofrenia, [274-275](#)
  - toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia [366-367](#)
  - trastornos
    - de ansiedad, [235-236](#)
    - de la conducta alimentaria, [387](#)
    - de personalidad, [343](#)
- Propranolol, [34](#)
- Protuberancia, [18f](#), [19](#), [19f](#)
- Proxémica, [99](#)
- Proyección, mecanismo de defensa del yo, [46t](#)

Proyecto Genoma Humano, 23  
Psicocirugía, 8  
Psicofarmacología, 24-37  
  ansiolíticos, 34-35, 35t  
  antidepresivos, 29-32, 30t  
  aspectos culturales, 37-38  
  autoconciencia, 38  
  directrices para el tratamiento, 25  
  disulfiram, 36-37  
  estabilizadores del estado de ánimo, 32-34  
  estimulantes del sistema nervioso central, 35-36, 37t  
  neurolépticos, 25-29, 26t  
  perspectiva histórica, 5  
Psicofármacos (psicótropos), 5, 24  
Psicoimmunología, 24  
Psicosis, 253  
  posparto (psicosis puerperal), 282  
Psicoterapia  
  depresión, 289  
  grupal, 57-59  
  individual, 56-57  
  trastorno  
    bipolar, 302, 303  
    de la personalidad, 323  
Puertorriqueños, aspectos culturales, 125t, 127t, 131-132

## Q

Qi-gong, 256  
Quimioadicción, 349

## R

Racionalización, mecanismo de defensa del yo, 46t  
Reacciones distónicas, 257  
Realización personal, 52  
Receptores de la dopamina, efecto de neurolépticos sobre, 25  
Recidiva, recaída, signos precoces indicativos, 271c  
Recuerdos reprimidos, 196  
Recuperación, definición, 211  
Reestructuración, 455, 458  
  positiva, 234  
Refuerzo  
  en condicionamiento operante, 54  
  negativo, 54  
  positivo, 54  
Regresión, mecanismo de defensa del yo, 46t  
Rehabilitación psiquiátrica, 60  
  definición, 69  
  modelo del club, 70  
  objetivos, 69c  
  servicios sociales, 69  
  tratamiento activo comunitario para, 70-71, 70c  
Relación/es

- causa-efecto, 161
- íntimas, 87
- sociales, 86-87
- terapéutica, 80-95
  - autoconciencia del profesional y, 94-95
  - componentes, 81-86
  - comunicación al paciente de asuntos personales durante, 90
  - confidencialidad, 90
  - contratos entre el profesional y el paciente en, 89-90
  - declaración obligatoria a terceros, 90
  - entre profesional de enfermería y paciente, 50-51, 51t
  - fases, 50t, 51
    - de trabajo, 88t, 90-91
    - orientación, 87-90, 88t
    - terminación, 88t, 91
  - función del profesional de enfermería, 51, 93-94
  - negativa, conductas para evitar la, 91-93
    - aceptación, 83
    - autoconciencia del profesional, 83-86
    - confianza, 81, 81b
    - consideración positiva, 83
    - dependencia del paciente, 92
    - empatía, 82, 82f
    - evitación, 93
    - identificación con el paciente, 92
    - interés verdadero, 81-82
    - límites inadecuados, 91-92
    - no aceptación, 93
  - niveles de ansiedad en, 51-52, 51t
  - patrones de conocimiento, 85-86
  - señales indicativas de trasgresión de límites, 93b
  - transferencia, 91
  - uso terapéutico de uno mismo, 84-85
- Reorganización, 211
- Represión, mecanismo de defensa del yo, 46t
- Resistencia, mecanismo de defensa del yo, 46t
- Resonancia magnética (RM), cerebro, 22
- Retraso
  - mental, 411-412, 411c
    - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 471
  - psicomotor, 142, 261, 290
- Richards, Linda, 8
- Riesgo de suicidio
  - antidepresivos y, 31, 313c
  - desenlaces, 311
  - intervenciones, 311
  - personas mayores, 312
  - promoción de la salud mental, 313
  - sistema de apoyo y, 311
  - valoración, 308, 310-311
- Risperidona, 25, 26t
- RM. *V.* Resonancia magnética

Robo del pensamiento, 143  
definición, 262  
Rogers, Carl, tratamiento centrado en el cliente, 52-53  
Roles y relaciones interpersonales  
delirium, 445  
demencia, 453  
depresión, 294  
esquizofrenia, 266  
evaluación psicosocial, 141c, 145  
toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia, 364  
trastorno  
antisocial de la personalidad, 328  
bipolar, 303-304  
de angustia, 239  
de la conducta alimentaria, 383  
disocial, 425  
límite de la personalidad, 334  
obsesivo-compulsivo, 243  
por déficit de atención con hiperactividad, 419  
psiquiátricos relacionados con malos tratos y violencia, 199-200  
somatomorfos, 402  
Rusos, aspectos culturales, 125t, 127t, 132

## S

Sadismo sexual, 497  
Salud mental  
definición, 2-3  
factores influyentes, 3  
Salud, definición de la OMS, 2-3  
*Sangue dormido*, 396t  
Sedantes, abuso y dependencia, 354-355  
Semivida de un fármaco, 24  
Sentido de la realidad  
delirium, 445  
demencia, 453  
depresión, 293  
esquizofrenia, 266  
evaluación psicosocial, 141c, 144  
toxicomanías, drogodependencia y farmacodependencia, 364  
trastorno/s  
antisocial de la personalidad, 328  
bipolar, 303  
de angustia, 238  
de la conducta alimentaria, 383  
disocial, 425  
límite de la personalidad, 333  
obsesivo-compulsivo, 243  
por déficit de atención con hiperactividad, 418  
psiquiátricos relacionados con malos tratos y violencia, 199  
somatomorfos, 402  
Serotonina, 21, 21t  
Sertralina, 286t

Servicios de apoyo comunitario, 60

Seudoparkinsonismo, 27, 257

*Shenjing shuariuo*, 396, 396t

Silencio, en comunicación terapéutica, 109

Simulación, 394

Sinapsis, 19

Síndrome

- abstinencia
  - alcohol, 352-353
  - alucinógenos, 357
  - ansiolíticos, 355
  - definición, 349
  - estimulantes, anfetaminas y cocaína, 355
  - hipnóticos, 355
  - inhalantes, 357
  - marihuana, 356
  - opiáceos, 356
  - sedantes, 355
- adaptación general, 227
- atacones nocturnos, 374
- Kórsakov, 460
- Münchhausen, 395
- neuroléptico maligno (SNM), 27-28, 260
- serotoninérgico, 32, 289c

Síntomas extrapiramidales (SEP), 26-27, 257

- acatisia, 27
- distonía aguda, 27
- fármacos para el tratamiento, 27t
- seudoparkinsonismo, 27

Sistema de apoyo, riesgo de suicidio y, 311

Sistema/s

- inmunitario, trastornos mentales y, 24
- médicos alternativos, 59
- multiaxial, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 478
- nervioso
  - central, 18-19
    - sistema límbico, 19
    - cerebelo, 18-19, 18f, 19f
    - cerebro, 18, 18f, 19f
    - tronco encefálico, 18f, 19, 19f
  - neurotransmisores, 19-21
  - sistema límbico, 19

Skinner, B.F., condicionamiento operante, 53-54

SNAP-IV, Escala de puntuación para padres y profesores, trastornos de la infancia y la adolescencia, 430-432b

SNC. *V.* Sistema nervioso central

SNM. *V.* Síndrome neuroléptico maligno

Sobredosis

- alcohol, 352
- alucinógenos, 356-357
- ansiolíticos, 354
- estimulantes, anfetaminas y cocaína, 355
- hipnóticos, 354

- inhalantes, [357](#)
- marihuana, [355-356](#)
- opiáceos, [356](#)
- sedantes, [354](#)
- Social Security Disability Income (SSDI), [5](#)
- Sodomía, [183](#)
- Solución de problemas, proceso en comunicación terapéutica, [113-114](#)
- Somatización, definición, [393](#)
- Sonambulismo, [494-495](#)
- SPECT. *V.* Tomografía por emisión de fotón único
- SSDI. *V.* Social Security Disability Income
- SSI. *V.* Supplemental Security Income
- Sublimación, mecanismo de defensa del yo, [46t](#)
- Substitución, mecanismo de defensa del yo, [47t](#)
- Suicidio, [308-312](#)
  - asistido, [312](#). *V. también* Suicidio
  - autoconciencia, [314](#)
  - definición, [308](#)
  - incidencia, [308](#)
  - intento, [308](#)
  - mitos e ideas erróneas sobre, [309c](#)
  - precauciones para evitar el, [294](#), [311](#)
  - respuesta
    - del personal de enfermería, [312](#)
    - familiar, [311-312](#)
- Sullivan, Harry Stack
  - etapas de la vida según, [48-50](#), [49t](#)
  - medio terapéutico según, [48-50](#)
- Supervivientes, [181](#)
- Superyó, [44](#), [45f](#)
- Supplemental Security Income (SSI), [5](#)
- Supresión, mecanismo de defensa del yo, [47t](#)
- Sureste asiático, aspectos culturales, [125t](#), [127t](#), [132](#)

## T

- TAC. *V.* Tratamiento activo comunitario
- TAE. *V.* Trastorno afectivo estacional
- Tálamo, [19](#)
- TC. *V.* Tomografía computarizada
- TDAH. *V.* Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Técnicas
  - imagen cerebral, [21-23](#), [22t](#)
  - limitaciones, [22](#)
  - tipos, [22-23](#)
  - reorientación (grounding), [200](#)
- Temazepam, [34](#), [35t](#)
- Teoría/s
  - biológicas de trastornos
    - estado de ánimo
      - genéticas, [283](#)
      - neuroendocrinas, [283](#)
      - neuroquímicas, [283](#)



- somatomorfos, 396
- conductuales (conductistas)
  - condicionamiento
    - clásico de Pávlov, 53
    - operante de Skinner, 53-54
  - sobre los trastornos de ansiedad, 234
- existenciales, 54-55, 54t
  - logoterapia, 54t, 55
  - terapia
    - cognitiva, 54-55
    - gestáltica, 54t, 55
    - racional emotiva, 54t, 55
  - tratamiento a través de la realidad, 54t, 55
- humanistas, 52-53
  - jerarquía de las necesidades de Maslow, 52, 52f
  - tratamiento centrado en el cliente de Rogers, 53-54
- interpersonales, 48-52
  - etapas de la vida según Sullivan, 48-50, 49t
  - relación terapéutica según Peplau, 50-52, 50f, 50t
  - sobre los trastornos de ansiedad, 234
- neurobiológicas
  - causas de trastornos mentales
    - genéticas, 23-24
    - infecciosas, 24
    - psicoinmunológicas, 24
  - comportamiento agresivo, 168
- neuroendocrinas, trastornos del estado de ánimo, 283
- neuroquímicas, trastornos
  - de ansiedad, 232, 234
  - del estado de ánimo, 283
- psicoanalítica, 44-47, 45f
  - análisis de sueños, 45
  - asociación libre, 45
  - componentes de la personalidad, 44-45, 45f
  - contratransferencia, 45, 47
  - fases del desarrollo psicosexual, 45, 47t
  - mecanismos de defensa del yo, 45, 46t-47t
  - pensamientos inconscientes, 44-45
  - práctica actual, 47
  - sobre los trastornos de ansiedad, 234
  - transferencia, 45
- psicodinámicas, trastornos del estado de ánimo, 283-284
- psicoevolutivas, etapas del desarrollo, 47-48
  - cognitivo de Piaget, 48
  - psicoevolutivo
    - etapas psicosociales de Erikson, 47-48, 48t
    - etapas de desarrollo
      - cognitivo de Piaget, 48
      - psicosexual de Freud, 45, 47t
  - grupos, 57
  - psicosocial de Erikson, 47-48, 48t
- psicosociales, 43-61

- aspectos culturales, 56
- autoconciencia, 60-61
- comportamiento agresivo, 169
- intervención en crisis, 55-56
- teorías
  - conductistas, 53-54
  - evolutivas, 47-48, 48t
  - existenciales, 54-55, 54t
  - humanistas, 52-53
  - interpersonales, 48-52
  - psicoanalíticas, 44-45, 45f, 47
- trastornos somatomorfos, 395
- TEPT. *V.* Trastorno por estrés postraumático
- Terapia
  - a través de la realidad, 54t, 55
  - cognitiva, 54-55
  - de familia, 58-59
  - de grupo
    - apoyo, 59
    - autoayuda, 59
    - educación de la familia, 59
    - familia, 58-59
    - grupos educativos, 59
    - psicoterapia, 58
    - reminiscencia, para demencia, 457
  - electroconvulsiva (TEC), 8
    - para depresión, 287, 288-289
  - gestáltica, 54t, 55
  - racional emotiva, 54t, 55
- Terrores nocturnos, 494
- Tics, trastornos de, 411c, 434
  - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), 471*
- Tioridazina, 29
- TND. *V.* Trastorno negativista desafiante
- TOC. *V.* Trastorno obsesivo-compulsivo
- Tolerancia a un fármaco, 350
- Toma de decisiones éticas, 163
- Tomografía
  - computarizada (TC), 22
    - técnicas de imagen cerebral, 22, 22f
  - emisión
    - de fotón único (SPECT), 22-23
    - positrones (PET), 22-23, 23f
- Topiramato, 33, 302, 302t
- Tortícolis, 27
- Toxicomanías
  - drogodependencia en violencia intrafamiliar, 182
  - drogodependencia y farmacodependencia, 348-368
    - alcohol, 352-353
    - alucinógenos, 356-357
    - aspectos culturales, 351-352
    - atención comunitaria, 366

- autoconciencia, [367-368](#)
- cannabis, [355-356](#)
- curso clínico, [35](#)
- definición, [349-350](#)
- diagnóstico dual, [360-362](#)
- en personas mayores, [366](#)
- en profesionales sanitarios, [367](#)
- estimulantes, anfetaminas y cocaína, [355](#)
- etiología, [350-351](#)
- inhalantes, [357](#)
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, [349](#), [352c](#), [472-475](#)
- opiáceos, [356](#)
- plan de tratamiento, [361c-362c](#)
- proceso de enfermería, [363-366](#)
  - análisis de datos, [364](#)
  - desenlaces, [364](#)
  - información y educación de paciente y familia, [365c](#)
  - intervenciones, [365-366](#), [365c](#)
  - valoración, [363-364](#)
- resultados del tratamiento, [366](#)
  - programas de tratamiento, [358-359](#), [359c](#)
  - promoción de la salud mental, [366-367](#)
  - psicofarmacología, [359-360](#), [360t](#)
  - sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, [354-355](#)
  - tipos de drogas y fármacos con potencial adictivo, [349-350](#)
  - trastornos relacionados, [350](#)
  - tratamiento, [357-361](#)
- Transferencia, [45](#)
- Transmisión intergeneracional, proceso, [182](#)
- Trastorno/s, [327-332](#)
  - adaptativos, [232](#)
    - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, [477](#)
  - afectivo/s. *V.* Trastornos del estado de ánimo
    - estacional (TAE), [282](#)
  - amnésicos, [460](#). *V. también* Trastornos cognitivos
    - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, [472](#)
- angustia, [236-240](#)
  - curso clínico, [236-237](#)
  - proceso de enfermería
    - análisis de datos, [239](#)
    - desenlaces, [239](#)
    - intervenciones, [239-240](#)
    - valoración, [237-239](#)
  - resultados del tratamiento, [240](#)
  - síntomas, [233](#)
  - tratamiento, [237](#)
- ansiedad
  - aspectos culturales, [234](#)
  - atención comunitaria, [235](#)
  - como respuesta al estrés, [227-229](#)
  - definición, [226](#)
  - en personas mayores, [235](#)

- etiología, 232-234
- fobias, 240-242
- generalizada, 233, 246
- incidencia, 232
- inducidos por drogas y medicamentos, 232
- inicio y curso clínico, 232
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 476
- plan de tratamiento, 230-231
- por separación, 232, 434-435
- promoción de la salud mental, 235-236
- síntomas, 233
- trastorno
  - de angustia, 236-240
  - de ansiedad generalizada, 233, 246
  - obsesivo-compulsivo (TOC), 227, 233
  - por estrés agudo, 233, 247
  - por estrés postraumático (TEPT), 233, 246-247
- tratamiento, 234-235, 235t
- antisocial de la personalidad
  - definición, 327
  - información y educación de paciente y familia, 332
  - intervenciones, 324t
  - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 327c
  - plan de tratamiento, 329-330
  - proceso de enfermería, 327-332
    - análisis de datos, 328
    - desenlaces, 328
    - intervención, 328, 331-332
    - valoración, 327-328
      - resultados del tratamiento, 328, 331-332
  - síntomas, 324t
- aprendizaje, 411c, 412
  - Manual diagnóstico y estadístico de los trastorno mentales (DSM-IV-TR)*, 471
- Asperger, 413
- autista, 412-413
- bipolar, 298-308
  - curso clínico, 299
  - información y educación de paciente y familia, 307-308, 307c
  - manía. *V.* Manía
  - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 475-476
  - proceso de enfermería, 303-308
    - análisis de datos, 304
    - desenlaces, 304
    - intervenciones de enfermería, 304-306, 307-308
    - valoración, 303-304
      - resultados del tratamiento, 308
  - psicofarmacología, 301-302
    - anticonvulsivos, 301-302
    - litio 301
  - psicoterapia, 302, 303
- ciclotímico, 282
- cognitivos

- definición, 440
- delirium
  - aspectos culturales, 441, 442
  - atención comunitaria, 447
  - causas, 441, 442c
  - definición, 441
  - frente a demencia, 448t
  - información y educación de paciente y familia, 446c
  - plan de tratamiento, 443-444
  - proceso de enfermería, 443-447
  - tratamiento, 442
- demencia
  - aspectos culturales, 450-451
  - autoconciencia, 461
  - causas, 449-450
  - cuidador del paciente, 459-460
  - definición, 447
  - factores de riesgo, 459
  - fases, 449
  - frente a delirium, 448t
  - plan de tratamiento, 454-455
  - proceso de enfermería, 452-458
  - síntomas, 449
  - tipos, 447-448
  - tratamiento, 451
    - comunitario, 458-459
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 472
- tipos, 440
- trastornos amnésicos, 460
- comunicación, 411c, 412
  - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 471
- conducta alimentaria, 372-388
  - anorexia nerviosa, 377-379
    - atracones, 374
    - curso clínico, 377
    - definición, 377
    - factores de riesgo, 375t
    - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 374c
    - psicofarmacología, 379
    - purgas, 378
    - tratamiento, 378-379
  - aspectos culturales, 377
  - atención comunitaria, 387
  - autoconciencia, 387-388
  - bulimia nerviosa
    - definición, 379
    - factores de riesgo, 375t
    - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 379c
    - plan de tratamiento, 380b-382b
    - psicofarmacología, 380
    - terapia cognitivo-conductual, 379
    - tratamiento, 379-380

- clasificación, 373-375
- cuestiones generales, 372-373
- etiología, 375-377
- factores de riesgo, 375t
- información y educación de paciente y familia, 386, 386c
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 477
- obesidad, 372
- papel de la familia, 376-377
- proceso de enfermería, 380, 382-387
  - análisis de datos, 383
  - desenlaces, 383, 385
  - intervenciones, 385-388, 385c
  - valoración, 382-383
    - resultados del tratamiento, 387
- promoción de la salud mental, 387
- síndrome de atracones nocturnos, 374
- trastorno por atracón, 374
- control de impulsos, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 477
- conversión, 393, 394
- delirante, 254
- depresivo de la personalidad, 341-342
  - curso clínico, 341
  - definición, 341
  - intervenciones, 324t, 341-342
  - síntomas, 324t
- desarrollo de la coordinación, 412
- deseo
  - disfunciones sexuales, 496
  - sexual, 496
- desintegrativo infantil, 413
- despersonalización, 196
- dismórfico corporal, 394, 401
- disocial, 411c, 422-429
  - aspectos culturales, 424
  - atención comunitaria, 429
  - causas, 424
  - clasificación, 423
  - curso clínico, 423-424
  - definición, 422-423
  - información y educación de paciente y familia, 429, 429c
  - plan de tratamiento, 426-427
  - proceso de enfermería, 425-429
    - análisis de datos, 427
    - desenlaces, 427
    - intervenciones, 426-427, 427-429, 428c
    - valoración, 425
      - resultados del tratamiento, 429
  - síntomas, 423c
  - tratamiento, 424-425
- disociativos, 195
  - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 476
- distímico, 282



eliminación, [411b](#), [434](#)  
*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, [471](#)

excitación sexual, [496](#)

erección, [496](#)

esquizoafectivo, [253](#)

esquizofreniforme, [254](#)

esquizoide de la personalidad  
 curso clínico, [325-326](#)  
 definición, [325](#)  
 intervenciones, [324t](#), [326](#)  
 síntomas, [324t](#)

esquizotípico de la personalidad  
 curso clínico, [326](#)  
 definición, [326](#)  
 intervenciones, [324t](#), [326-327](#)  
 síntomas, [324t](#)

estado de ánimo  
 aspectos culturales, [284](#)  
 atención comunitaria, [312-313](#)  
 autoconciencia, [313-314](#)  
 clasificación, [281-282](#)  
 concepto, [280-281](#)  
 etiología, teorías  
 biológicas, [283](#)  
 psicodinámicas, [283-284](#)  
 inducidos por drogas o medicamentos, [282](#)  
*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, [475-476](#)  
 promoción de la salud mental, [313](#)  
 suicidio. *V.* Suicidio

trastorno  
 bipolar, [298-308](#)  
 curso clínico, [299](#)  
 proceso de enfermería, [303-308](#)  
 psicofarmacología, [301-302](#)  
 psicoterapia, [302](#), [303](#)  
 depresivo mayor, [281](#)  
 curso clínico, [284](#)  
 proceso de enfermería, [290-298](#)  
 psicofarmacología, [285-287](#), [286t](#), [287t](#), [288t](#)  
 psicoterapia, [289](#)  
 síntomas, [285b](#)  
 terapia electroconvulsiva (ECT), [287](#), [288-289](#)  
 tratamientos en investigación, [290](#)  
 relacionados, [282](#)

excitación sexual en la mujer, [496](#)

facticios, [395](#)  
*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, [476](#)

fonológico, [412](#)

generalizados del desarrollo, [411c](#)  
*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, [471](#)

trastorno  
 autista, [412-413](#)

- Asperger, 413
- desintegrativo infantil, 413
- Rett, 413
- Gilles de la Tourette, 434
- habilidades motoras, 411b, 412
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 471
- histriónico de la personalidad, 337
  - curso clínico, 337
  - definición, 337
  - intervenciones, 324t, 337
  - síntomas, 324t
- identidad
  - de la integridad corporal (TIIC), 395
  - disociativo, 196
  - sexual, 497
  - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 477
- infancia y de la adolescencia
  - autoconciencia, 435
  - Escala de puntuación SNAP-IV, 430-432c
  - mutismo selectivo, 435
  - retraso mental, 411-412, 411c
  - trastorno/s
    - ansiedad por separación, 434-435
    - aprendizaje, 411c, 412
    - comunicación, 411c, 412
    - conducta alimentaria
      - ingestión alimentaria, 433-434
      - pica, 433
      - trastorno de rumiación, 433
    - disocial, 411c, 422-429
      - aspectos culturales, 424
      - atención comunitaria, 429
      - causas, 424
      - clasificación, 423
      - curso clínico, 423-424
      - definición, 422-423
      - plan de tratamiento, 426-427
      - proceso de enfermería, 425-429
      - síntomas, 423c
      - tratamiento, 424-425
    - eliminación, 411c, 434
    - generalizados del desarrollo, 411c
      - trastorno de Asperger, 413
      - trastorno autista, 412-413
      - trastorno desintegrativo infantil, 413
      - trastorno de Rett, 413
    - habilidades motoras, 411c, 412
    - movimientos estereotipados, 435
    - negativista desafiante (TND), 429, 433
    - por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), 411c, 414-422
      - aspectos culturales, 416
      - causas, 415-416

- curso clínico, 415
- definición, 414
- en adultos, 415, 416c
- factores de riesgo, 416
- información y educación de paciente y familia, 422, 422c
- plan de tratamiento, 420-421
- proceso de enfermería, 418-422
- psicofarmacología, 416-417, 417t
- síntomas, 415c
- tratamiento, 416-418
- reactivo de la vinculación, 435
- tics, 411c, 434
  - trastorno de Gilles de la Tourette, 434
- lenguaje, 412
  - expresivo, 412
- límite de la personalidad, 332-336
  - definición, 332
  - información y educación de paciente y familia, 336c
  - intervenciones de enfermería, 324t
  - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 332c
  - proceso de enfermería, 332-336
    - análisis de datos, 334
    - desenlaces, 334
    - intervenciones, 334-336
    - valoración, 332-334
    - resultados del tratamiento, 336
  - síntomas, 324t
- mental/es
  - asociados a la cultura, 396t
  - definición de la American Psychiatric Association, 3
- mixto del lenguaje receptivo-expresivo, 412
- motor crónico, 434
- movimientos estereotipados, 435
- narcisista de la personalidad
  - curso clínico, 337-338
  - definición, 337
  - intervenciones, 324t, 338
  - síntomas, 324t
- negativista desafiante (TND), 429, 433
- obsesivo-compulsivo (TOC), 24, 227
  - análisis de datos, 243
  - de la personalidad, 340-341
    - curso clínico, 340-341
    - definición, 340
    - intervenciones, 324t, 341
    - síntomas, 324t
  - información y educación de paciente y familia, 246c
  - inicio y curso clínico, 242
  - intervenciones, 245-246, 246c
  - proceso de enfermería, 243
  - tratamiento, 242-243
  - valoración, 246

- orgásmicos, 496
  - femenino, 496
- paranoide de la personalidad
  - curso clínico, 324-325
  - definición, 324
  - intervenciones, 324t, 325
  - síntomas, 324t
- pasivo-agresivo de la personalidad
  - curso clínico, 342
  - definición, 342
  - intervenciones, 324t, 342
  - síntomas, 324t
- personalidad, 319-343
  - antisocial, 327-332
    - definición, 327
    - información y educación de paciente y familia, 332c
    - intervenciones, 324t
    - plan de tratamiento, 329-330
    - proceso de enfermería, 327-332
    - síntomas, 324t
  - aspectos culturales, 322
  - atención comunitaria, 343
  - autoconciencia, 343
  - clasificación, 320
  - definición, 319
  - depresivo, 341-342
    - curso clínico, 341
    - definición, 341
    - intervenciones, 324t, 341-342
    - síntomas, 324t
  - en personas mayores, 342
  - esquizoide
    - curso clínico, 325-326
    - definición, 325
    - intervenciones, 324t, 326
    - síntomas, 324t
  - esquizotípico
    - curso clínico, 326
    - definición, 326
    - intervenciones, 324t, 326-327
    - síntomas, 324t
  - etiología, 321-322
  - grupo A, 324-327
  - grupo B, 320, 327-338
  - grupo C, 320, 338-341
  - histriónico, 337
    - curso clínico, 337
    - definición, 337
    - intervenciones, 324t, 337
    - síntomas, 324t
  - límite, 332-336
    - definición, 332

- información y educación de paciente y familia, 336c
- intervenciones, 324t
- proceso de enfermería, 332-336
- síntomas, 324t
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 478
- narcisista
  - curso clínico, 337-338
  - definición, 337
  - intervenciones, 324t, 338
  - síntomas, 324t
- obsesivo-compulsivo, 340-341
  - curso clínico, 340-341
  - definición, 340
  - intervenciones, 324t, 341
  - síntomas, 324t
- paranoide
  - curso clínico, 324-325
  - definición, 324
  - intervenciones, 324t, 325
  - síntomas, 324t
- pasivo-agresivo
  - curso clínico, 342
  - definición, 342
  - intervenciones, 324t, 342
  - síntomas, 324t
- por dependencia, 339-340
  - curso clínico, 339
  - definición, 339
  - intervenciones, 324t, 339-340
  - síntomas, 324t
- por evitación, 339
  - curso clínico, 338-339
  - definición, 338
  - intervenciones de enfermería, 324t, 339
  - síntomas, 324t
- promoción de la salud mental, 343
- psicofarmacología, 322-323, 323t
- psicoterapia, 323
- tratamiento, 322-323
- por atracón, 374
- por aversión al sexo, 496
- por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), 411c, 414-422
  - aspectos culturales, 416
  - causas, 415-416
  - curso clínico, 415
  - definición, 414
  - en adultos, 415, 416c
  - estrategias en casa y colegio para, 417, 418
  - factores de riesgo, 416
  - información y educación de paciente y familia, 422, 422c
  - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 471
  - medicación, 37c

- plan de tratamiento, 420-421
- proceso de enfermería, 418-422
  - análisis de datos, 419
  - desenlaces, 419
  - intervención, 418c, 419-422
  - valoración, 418-419
    - resultados del tratamiento, 422
- psicofarmacología, 416-417, 417t
- síntomas, 415
- tratamiento, 416-418
- por dolor, 394
  - trastornos sexuales, 496
  - tratamiento, 396, 397
- por estrés
  - agudo, 233
    - en TEPT, 194
- postraumático (TEPT), 180, 194-195, 233, 246-247
  - definición, 194
  - intervenciones, 196
  - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR), 194
  - proceso de enfermería
    - análisis de datos, 200
    - desenlaces, 200
    - intervenciones, 200-201, 200c
    - valoración, 196, 199, 200
      - resultados del tratamiento, 201-202
    - síntomas, 195t
    - trastorno por estrés agudo, 194
    - tratamiento, 196
- psicótico
  - breve, 254
  - compartido, 254
- reactivo de la vinculación, 435
- Rett, 413
- ritmo circadiano, 494
- rumiación, 433
- sexuales
  - disfunciones sexuales, 496
    - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR), 476-477
  - parafilias, 496-497
  - por dolor, 496
- somatización, 393
- somatomorfos, 392-405
  - aspectos culturales, 396
  - atención comunitaria, 404
  - autoconciencia, 404
  - curso clínico, 394
  - estrategias de afrontamiento, 403, 404
  - etiología, 395-396
  - hipocondría, 394, 397-400
  - información y educación de paciente y familia, 402-403, 403c
  - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR), 476



- criterios diagn3sticos, 393
- plan de tratamiento, 397-400
- proceso de enfermer3a
  - an3lisis de datos, 402
  - desenlaces, 402
  - intervenciones, 397-400, 402-404, 402c
  - valoraci3n, 401-402, 401c
    - resultados del tratamiento, 404
- promoci3n de la salud mental, 404
- simulaci3n, 394
- s3ndrome de M3nchhausen, 395
- teor3as
  - biol3gicas, 396
  - psicosociales, 395
- trastorno
  - de conversi3n, 393, 394
  - de somatizaci3n, 393
  - dism3rfico corporal, 394
  - f3cticio, 395
  - por dolor, 394
- tratamiento, 396-397, 397t
- sue3o, 494-495
  - disomnias, 494
  - higiene del sue3o y, 495
  - hipersomnias, 494
  - inducidos por drogas o medicamentos, 495
  - insomnio, 494
  - Manual diagn3stico y estad3stico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 477
  - narcolepsia, 494
  - parasomnias, 494
  - pesadillas, 494
  - relacionados con
    - enfermedad m3dica, 495
    - respiraci3n, 494
    - ritmo circadiano, 494
  - sonambulismo, 494-495
  - terrores nocturnos, 494
- Tratamiento/s
  - activo comunitario (TAC), 67, 70-71, 70c
  - biol3gicos de trastornos mentales, 60
  - centrado en el cliente, 52-53
  - comunitario
    - comportamiento agresivo y, 176-177
    - delirium, 447
    - demencia, 458-459
    - esquizofrenia, 274
    - toxicoman3as, drogodependencia y farmacodependencia, 366
  - trastornos
    - ansiedad, 235
    - de la conducta alimentaria, 387
    - de la personalidad, 343
    - somatomorfos, 404

- y comunicación terapéutica, 115
- estado actual, 6-7
- en investigación para la depresión, 290
- hablado, 66
- hospitalario. *V.* Hospitalización
- por la energía, 60
- por manipulación y basados en el cuerpo, 60
- Trazodona, 32
- Treatment Advocacy Center, 6
- Triazolam, 34, 35t
- Tronco encefálico, 18f, 19, 19f

## U

- Uno mismo, uso terapéutico de, 84-85
- Utilitarismo, 161

## V

- Vaginismo, 496
- Valeriana, 38
- Valproato, 302, 302t
  - comportamiento agresivo, 169
- Venlafaxina, 286, 288t
- Veracidad, 161
- Vietnamitas, aspectos culturales, 125t, 127t, 132, 212
- Violación
  - definición, 190
  - dinámica, 191-192
  - intervenciones, 192-193
  - mitos, 192c
  - tratamiento, 192-193
  - valoración, 192
- Violencia
  - cuadro clínico de la, 181
  - de género
    - cuadro clínico, 183-184
    - intervenciones, 184-185
    - tratamiento, 184-185
    - valoración, 184
  - en la pareja, 183-185. *V. también* Violencia de género, qué se debe hacer y qué no se debe hacer con las víctimas, 185t
  - en la sociedad, 193-194
  - en las relaciones, signos de alarma, 193c
  - intrafamiliar
    - aspectos culturales, 182
    - características, 181-182, 181
    - ciclo, 184
    - en cónyuge o pareja. *V.* Violencia de género
    - en el niño. *V.* Maltrato infantil
    - en personas mayores. *V.* Maltrato a personas mayores
- Voyeurismo, 497

## **Y**

Yo, 44, 45f

mecanismos de defensa, 45, 46t-47t, 234

## **Z**

Zar, 256

Ziprasidona, 26t, 27

# Índice

Titlepage	2
Copyright	4
Agradecimientos	6
Revisores	7
Prefacio	10
Índice de capítulos	13
<b>UNIDAD I TEORÍAS Y PRÁCTICAS ACTUALES EN ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA</b>	<b>22</b>
Capítulo 1 Bases de la enfermería en psiquiatría y salud mental	22
Salud mental y trastorno mental	23
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales	25
Perspectiva histórica del tratamiento de los trastornos mentales	26
Los trastornos mentales en el siglo XXI	30
La práctica de la enfermería psiquiátrica	37
Capítulo 2 Teorías neurobiológicas y psicofarmacología	53
Anatomía y fisiología del sistema nervioso central	55
Técnicas de imagen cerebral	62
Causas neurobiológicas de los trastornos mentales	65
Papel del personal de enfermería en la investigación y la información al paciente y a sus familiares	67
Psicofarmacología	68
Aspectos culturales	97
Capítulo 3 Teorías y terapias psicosociales	106
Teorías psicosociales	108
Aspectos culturales	130
Modalidades de tratamiento	130
El personal de enfermería y las intervenciones psicosociales	140
Capítulo 4 Contextos asistenciales y programas de tratamiento	149
Contextos asistenciales	150
Programas de rehabilitación en psiquiatría	159
Poblaciones especiales de pacientes	163
El equipo multidisciplinario	166

La enfermería psicosocial en salud pública y atención domiciliaria	168
<b>UNIDAD II CONSTRUCCIÓN DE LA RELACIÓN ENFERMERÍA-PACIENTE</b>	<b>177</b>
Capítulo 5 La relación terapéutica	177
Elementos de la relación terapéutica	179
Tipos de relación con el paciente	191
El establecimiento de la relación terapéutica	193
Cómo evitar los comportamientos que afectan negativamente a la relación terapéutica	202
Funciones del personal de enfermería en la relación terapéutica	205
Capítulo 6 La comunicación terapéutica	214
¿Qué es la comunicación terapéutica?	216
Habilidades para la comunicación verbal	221
Habilidades para la comunicación no verbal	230
Significado y sentido de la comunicación	235
Comprender el contexto	236
Comprender la espiritualidad	236
Aspectos culturales	237
La sesión de comunicación terapéutica	238
Comunicación asertiva	246
Atención comunitaria	248
Capítulo 7 Actitud del paciente ante el trastorno mental	255
Factores individuales	256
Factores interpersonales	265
Factores culturales	268
Capítulo 8 Evaluación	292
Factores que influyen en la evaluación	293
La entrevista	295
Contenido de la evaluación	297
Evaluación de la ideación suicida y violenta	302
Análisis de los datos	309
<b>UNIDAD III TEMAS PSICOSOCIALES DE INTERÉS EN LA ACTUALIDAD</b>	<b>324</b>
Capítulo 9 Aspectos éticos y legales	324
Aspectos legales	325

Aspectos éticos	337
Capítulo 10 Ira, hostilidad y agresividad	346
Inicio y curso clínico	348
Trastornos mentales relacionados	350
Etiología	352
Aspectos culturales	353
Tratamiento	354
Aplicación del proceso de enfermería	354
Hostilidad en el lugar de trabajo	364
Atención comunitaria	365
Capítulo 11 Malos tratos y violencia	372
Cuadro clínico de los malos tratos y de la violencia	373
Características de las familias violentas	374
Aspectos culturales	377
Violencia en la pareja	378
Maltrato infantil	385
Maltrato a personas mayores	389
Violación y agresiones sexuales	395
Violencia en la sociedad	400
Trastornos psiquiátricos relacionados con los malos tratos y la violencia	402
Aplicación del proceso de enfermería	407
Capítulo 12 Pérdida y duelo	425
Tipos de pérdida	427
Proceso de duelo	429
Dimensiones del duelo	433
Aspectos culturales	438
Duelo oculto	443
Duelo complicado	444
Aplicación del proceso de enfermería	448
<b>UNIDAD IV PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA EN LA</b>	
<b>ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES</b>	<b>468</b>
Capítulo 13 Ansiedad, trastornos de ansiedad y enfermedades relacionadas con el estrés	468
Ansiedad como respuesta al estrés	470
Incidencia	480



Inicio y curso clínico	480
Trastornos relacionados	481
Etiología	481
Aspectos culturales	485
Tratamiento	485
Ansiedad en las personas mayores	486
Atención comunitaria	487
Promoción de la salud mental	487
Trastorno de angustia	488
Aplicación del proceso de enfermería: trastorno de angustia	491
Fobias	498
Trastorno obsesivo-compulsivo	502
Aplicación del proceso de enfermería: trastorno obsesivo-compulsivo	503
Trastorno de ansiedad generalizada	511
Trastorno por estrés postraumático	511
Trastorno por estrés agudo	511
Capítulo 14 Esquizofrenia	520
Curso clínico	524
Trastornos relacionados	525
Etiología	526
Aspectos culturales	530
Tratamiento	532
Aplicación del proceso de enfermería	538
Esquizofrenia en las personas mayores	566
Atención comunitaria	566
Promoción de la salud mental	567
Capítulo 15 Trastornos del estado de ánimo	577
Clasificación de los trastornos del estado de ánimo	580
Trastornos relacionados	581
Etiología	583
Aspectos culturales	586
Trastorno depresivo mayor	588
Aplicación del proceso de enfermería: depresión	598
Trastorno bipolar	613
Aplicación del proceso de enfermería: trastorno bipolar	619

Suicidio	632
Atención comunitaria	641
Promoción de la salud mental	642
Capítulo 16 Trastornos de la personalidad	652
Clasificación de los trastornos de la personalidad	654
Inicio y curso clínico	655
Etiología	656
Aspectos culturales	659
Tratamiento	660
Trastorno paranoide de la personalidad	664
Trastorno esquizoide de la personalidad	666
Trastorno esquizotípico de la personalidad	668
Trastorno antisocial de la personalidad	671
Aplicación del proceso de enfermería: trastorno antisocial de la personalidad	671
Trastorno límite de la personalidad	680
Aplicación del proceso de enfermería: trastorno límite de la personalidad	681
Trastorno histriónico de la personalidad	690
Trastorno narcisista de la personalidad	692
Trastorno de la personalidad por evitación	694
Trastorno de la personalidad por dependencia	696
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad	698
Trastorno depresivo de la personalidad	700
Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad	702
Trastornos de la personalidad en las personas mayores	703
Atención comunitaria	704
Promoción de la salud mental	704
Capítulo 17 Trastornos relacionados con sustancias	713
Clasificación del abuso de sustancias	716
Inicio y curso clínico	717
Trastornos relacionados	718
Etiología	719
Aspectos culturales	720
Tipos de sustancias y tratamiento	722
Tratamiento y pronóstico	733
Aplicación del proceso de enfermería	740

Consumo de sustancias en las personas mayores	749
Atención comunitaria	750
Promoción de la salud mental	750
Consumo de sustancias entre los profesionales sanitarios	751
Capítulo 18 Trastornos de la conducta alimentaria	760
Aspectos generales	761
Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria y trastornos relacionados	762
Etiología	766
Aspectos culturales	771
Anorexia nerviosa	772
Bulimia nerviosa	775
Aplicación del proceso de enfermería	780
Atención comunitaria	790
Promoción de la salud mental	790
Capítulo 19 Trastornos somatomorfos	799
Aspectos generales	801
Inicio y curso clínico	804
Trastornos relacionados	804
Etiología	807
Aplicación del proceso de enfermería	810
Atención comunitaria	821
Promoción de la salud mental	821
Capítulo 20 Trastornos de la infancia y de la adolescencia	830
Trastorno autista	835
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	838
Aplicación del proceso de enfermería: trastorno por déficit de atención con hiperactividad	846
Trastorno disocial	855
Aplicación del proceso de enfermería: trastorno disocial	860
Atención comunitaria	867
Promoción de la salud mental	868
Capítulo 21 Trastornos cognitivos	886
Delirium	887
Aplicación del proceso de enfermería: delirium	891
Atención comunitaria	900

Demencia	900
Aplicación del proceso de enfermería: demencia	909
Atención comunitaria	923
Promoción de la salud mental	924
Papel del cuidador	924
Trastornos relacionados	927
Respuestas a los ejercicios de autoevaluación	936
Apéndice A Clasificación de los trastornos mentales en el DSM-IV-TR	952
Apéndice B Diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA	976
Apéndice C Clasificación de sustancias controladas (distribución prohibida por la ley o bien restringida para usos médicos y farmacéuticos) de Estados Unidos	980
Apéndice D Normas de Canadá sobre la práctica de la enfermería en psiquiatría y salud mental (3.ª edición)	982
Apéndice E Trastornos del sueño	992
Apéndice F Trastornos sexuales y de la identidad sexual	996
Glosario de términos clave	1001
Índice alfabético de materias	1023