

2.^a edición

S E R I E E N F E R M E R Í A

Cuidados de enfermería en salud mental

Linda Eby
Nancy J. Brown

PEARSON



Breve tabla de contenidos

UNIDAD I *Fundamentos de la enfermería de salud mental*, 1

- Capítulo 1 Conocimiento de la salud mental y las enfermedades mentales, 2
- Capítulo 2 Aspectos éticos y legales, 14
- Capítulo 3 Teoría de la personalidad, 30
- Capítulo 4 Enfermería mentalmente saludable, 49
- Capítulo 5 Comunicación y relación profesional de enfermería-paciente, 62
- Capítulo 6 Estrés y afrontamiento, 82
- Capítulo 7 Psicobiología y psicofarmacología, 93

UNIDAD II *Asistencia de enfermería de pacientes con trastornos mentales*, 113

- Capítulo 8 Esquizofrenia, 114
- Capítulo 9 Trastornos del estado de ánimo, 143
- Capítulo 10 Trastornos de la personalidad, 175
- Capítulo 11 Trastornos de ansiedad, 199
- Capítulo 12 Abuso y dependencia de sustancias, 224

UNIDAD III *Asistencia de enfermería de pacientes con trastornos relacionados con el desarrollo*, 251

- Capítulo 13 Trastornos durante la infancia y la adolescencia, 252
- Capítulo 14 Trastornos de la conducta alimentaria, 277
- Capítulo 15 Demencia y trastornos cognitivos, 295

UNIDAD IV *Temas especiales en enfermería de salud mental*, 329

- Capítulo 16 Violencia y maltrato, 330
- Capítulo 17 Problemas psicosociales en la asistencia de los pacientes generales, 354

Apéndices

- I. Respuestas y comentarios sobre el pensamiento clínico, 377
- II. Escala de evaluación de la actividad global (EEAG), 397
- III. Diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA, 398

Bibliografía y recursos, 402

Glosario, 409

Índice alfabético, 414

Cuidados de enfermería en salud mental



Segunda edición

Linda Eby, RN, MN

Instructor of Nursing
Coordinator of Nursing Student Success Program
Portland Community College
Portland, OR

Nancy J. Brown, RN, MSN

Adjunct Nursing Faculty/Former Director, Practical Nursing Program
San Juan Basin Technical College
Cortez, CO

Traducción y producción editorial

GEA CONSULTORÍA EDITORIAL S.L.

Revisión técnica

M.^a del Carmen Sellan Soto

Doctora en Psicología y directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de La Paz. Universidad Autónoma de Madrid

María Fe Hernando Martínez

Licenciada en Psicología. Master en Ciencias de la Enfermería. Bachelor of Nursing.

Profesora de Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Escuela Universitaria de Enfermería de La Paz. Universidad Autónoma de Madrid

Revisión técnica para Latinoamérica

Lic. José Antonio Escobar

Co-Director de la carrera de Enfermería y del Ciclo de la Licenciatura en Enfermería
Hospital Universitario Fundación Favaloro - Universidad Favaloro. Ciudad Autónoma de Buenos Aires - República Argentina

Lic. Adriana Victoria Camio

Coordinadora de la carrera de Enfermería, Especialista en Cuidados Críticos
Hospital Universitario Fundación Favaloro - Universidad Favaloro. Ciudad Autónoma de Buenos Aires - República Argentina

Prentice Hall
es un sello editorial de

PEARSON

Harlow, England • London • New York • Boston • San Francisco • Toronto • Sydney • Singapore • Hong Kong
Tokyo • Seoul • Taipei • New Delhi • Cape Town • Madrid • Mexico City • Amsterdam • Munich • Paris • Milan

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

Segunda edición

Linda Eby, Nancy J. Brown

PEARSON EDUCACIÓN, S.A. 2010

ISBN: 978-84-8322-648-3

Materia: Enfermería, 614

Formato: 215 × 270

Páginas: 456

Todos los derechos reservados.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. Código penal).

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos: www.cedro.org), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

DERECHOS RESERVADOS

©2010, PEARSON EDUCACIÓN S. A.

Ribera del Loira, 28

28042 Madrid (España)

www.pearsoneducacion.com

ISBN: 978-84-8322-648-3

Depósito legal: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Authorized translation from the English language edition, entitled MENTAL HEALTH NURSING CARE, 2nd Edition by LINDA EBY; NANCY BROWN, published by Pearson Education, Inc, publishing as Prentice Hall, Copyright © 2009.

All rights reserved. No part of this book may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording or by any information storage retrieval system, without permission from Pearson Education, Inc.

SPANISH language edition published by PEARSON EDUCACION S.A., Copyright © 2010.

Equipo editorial:

Editor: Miguel Martín-Romo

Técnico editorial: Esther Martín

Equipo de producción:

Director: José Antonio Clares

Técnico: Diego Marín

Diseño de cubierta: Equipo de diseño de Pearson Educación, S. A.

Traducción y maquetación: GEA CONSULTORÍA EDITORIAL, S.L.

Impreso por:

IMPRESO EN ESPAÑA – PRINTED IN SPAIN

Este libro ha sido impreso con papel y tintas ecológicos

Nota sobre enlaces a páginas web ajenas: Este libro puede incluir enlaces a sitios web gestionados por terceros y ajenos a PEARSON EDUCACIÓN, S.A. que se incluyen sólo con finalidad informativa.

PEARSON EDUCACIÓN, S.A. no asume ningún tipo de responsabilidad por los daños y perjuicios derivados del uso de los datos personales que pueda hacer un tercero encargado del mantenimiento de las páginas web ajenas a PEARSON EDUCACIÓN, S.A. y del funcionamiento, accesibilidad o mantenimiento de los sitios web no gestionados por PEARSON EDUCACIÓN, S.A. Las referencias se proporcionan en el estado en que se encuentran en el momento de publicación sin garantías, expresas o implícitas, sobre la información que se proporcione en ellas.

Prentice Hall
es un sello editorial de



Harlow, England • London • New York • Boston • San Francisco • Toronto • Sydney • Singapore • Hong Kong
Tokyo • Seoul • Taipei • New Delhi • Cape Town • Madrid • Mexico City • Amsterdam • Munich • Paris • Milan

El éxito de los estudiantes se construye desde el principio...



Profesionales de enfermería nos han dicho que necesitaban dos cosas para tener éxito y obtener su título de DUE. Primero, necesitaban libros que explicaran lo que debe saber un DUE. Segundo, necesitaban diversos materiales de revisión excelentes para reforzar su aprendizaje. *Salud mental. Asistencia de enfermería* incorpora potentes medios de apoyo para garantizar el éxito en la formación como DUE.

Cuando comience cada capítulo:

Breve sinopsis permite previsualizar lo que el capítulo tratará para tener un acceso rápido y repasar el temario.

Objetivos del aprendizaje identifica lo que puede esperar aprender en cada capítulo y le ayuda a centrar su lectura.



Página web complementaria

- Objetivos del aprendizaje
- Sinopsis de los capítulos
- Glosario de audio
- Preguntas de revisión para el cuestionario NCLEX-PN®
- Revisión de términos clave: preguntas de emparejamiento y crucigramas que le ayudarán a conocer mejor la nueva terminología y las definiciones
- Casos clínicos: situaciones y preguntas para el pensamiento crítico
- Ponga a prueba su conocimiento: preguntas visuales para el pensamiento crítico
- Enlaces web: hipervínculos relacionados con el contenido
- Herramientas de enfermería: materiales de referencia útiles

¡Hace que sea fácil encontrar y utilizar la información necesaria!

Salud mental. Asistencia de enfermería contiene cuadros con códigos de colores y tablas con información importante que debe recordar.

CUADRO 5-3 CONSIDERACIONES CULTURALES
Datos paralingüísticos <i>Todos hablamos inglés; ¿por qué no nos entendemos unos a otros?</i> La comunicación verbal está formada por qué decimos y por cómo lo decimos. Nuestros mensajes verbales están modificados por el sonido de nuestra voz, la velocidad del habla, el tono, la intensidad y la expresión emocional. Estos datos paralingüísticos (parte del lenguaje hablado que se expresa además de las palabras) cambian el significado de las palabras habladas. Por ejemplo, imagine a una enfermera estadounidense de origen europeo que tiene dos pacientes (sí, esto es una fantasía) y que responde a sus llamadas. La primera paciente es una estadounidense de origen vietnamita y habla inglés como segunda lengua. Dice, con voz entrecortada y baja: «Me... duele». La segunda es una paciente estadounidense de origen iraní (tiene como idioma nativo el inglés) en las mismas circunstancias que dice en voz alta, rápidamente y atragantándose con las lágrimas: «¡ME DUELE!». La segunda paciente puede no tener más dolor que la primera. El habla alta y rápida puede ser la forma en la que esta paciente ha aprendido a expresar sus sentimientos. El profesional de enfermería puede recibir con más claridad el mensaje de la segunda paciente porque se emite más de acuerdo con las expectativas del profesional de enfermería. Las personas aprenden a utilizar la voz cuando aprenden a hablar su idioma nativo, por lo que los datos paralingüísticos varían de unas culturas a otras. El profesional de enfermería puede verificar que ha entendido el mensaje del paciente haciendo una clarificación lo que quiere decir el paciente. Por ejemplo, la comunicación mejoraría si el profesional de enfermería dijera: «¿Le duele; ¿le gustaría que le diera el fármaco para el dolor?», en lugar de hacer suposiciones sobre lo que el paciente podría haber querido decir.

Los cuadros **Consideraciones culturales** aportan conocimientos sobre poblaciones y situaciones con las que se pueden encontrar los profesionales de enfermería.

ALERTA clínica
El síndrome neuroléptico maligno es un efecto colateral potencialmente mortal de los fármacos antipsicóticos. Habitualmente se produce en fases tempranas del tratamiento. Los profesionales de enfermería deben monitorizar a los pacientes para detectar fiebre elevada, dolor muscular y signos vitales inestables, y comunicárselos inmediatamente al médico.

Las **Alertas clínicas** llaman la atención de los estudiantes sobre los roles clínicos y las responsabilidades para mejorar su concienciación, monitorización y/o notificación.

CUADRO 8-1
Criterios diagnósticos de esquizofrenia A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito): 1. Ideas delirantes 2. Alucinaciones 3. Lenguaje desorganizado 4. Conducta catatónica o gravemente desorganizada 5. Síntomas negativos (v. su descripción en el texto) B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel de funcionamiento previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la adolescencia, fracasó en cuanto a alcanzar el nivel de funcionamiento interpersonal, académico) C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir los síntomas que cumplan el criterio A (o los tratados con éxito). D. Exclusiones: Los síntomas no se pueden deber a otros psicóticos, drogas o alcohol, ni a una enfermedad general. Nota: Sólo se requiere un síntoma del criterio A si la extrahía o si las alucinaciones consisten en una voz continuamente los pensamientos o el comportamiento; dos o más voces conversan entre ellas. Fuente: Reproducido con autorización de <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision</i>, copyright 2003, American Psychiatric Association.

Los cuadros **Criterios diagnósticos** presentan al lector la definición de las enfermedades mentales.

CUADRO 8-2
Comprobación de la realidad: pacientes con esquizofrenia Lo que han dicho los pacientes con esquizofrenia ■ «Al principio suena como el viento en las hojas, susurrante y suave. Después se convierte en voces, que primero susurran y después hablan más alto. Si me concentro las puedo oír con más claridad.» ■ «Estoy aquí [hospital psiquiátrico] porque me he peleado con mi hermano. No me pasa nada. ¿Usted si que está loco?» ■ «Las brujas están en mi cabeza y me persiguen todo el tiempo. Nunca estoy seguro. Está bien, no le atrapan a usted.» ■ «Un androide llamado Blob me dijo que si saltaba del puente podría volar.» ■ «Tengo miedo. Siempre tengo miedo.» ■ «Hablo con los animales, ya sabe, a través de sus vientres. Soy vegetariano. Nunca les podría hacer daño. Ya sé lo que es ser comido vivo.» ■ «¡Debo trabajar día y noche para mantener controlados estos demonios! Es agotador.» ■ «Si oigo [música de] heavy metal muy alta a través de los auriculares, a veces apaga las voces.» ■ «La máquina de mi cuerpo tenía hambre, por lo que me inyecté algo de manteca de cacahuetes y mahonesa para alimentarla. Así me hice esto» [indicando una gran herida necrótica en el brazo]. ■ «Las voces me están hablando todo el tiempo. Comentan todo, como: "Lo quieres, pero es demasiado bueno para ti, o eres muy malo, o ese hombre te va a matar".» ■ «A veces me pregunto: ¿es un recuerdo real, o no? ¿Esa persona intenta matarme? ¿Mis pensamientos van a herir a alguien? Mi madre se suicidó. Sé por qué.» ■ «Por favor, por favor, ¿puede usted o alguien como usted decirme qué me ha pasado? ¿Por qué tengo estos pensamientos? La última vez que le vi, usted era azul. Ahora es rojo. Sé que es un alienígena. ¿Por favor, dígame qué me pasó?» ■ «No recuerdo mucho sobre mi ingreso hospitalario. Si recuerdo haber tenido miedo, terror. También recuerdo que algunas personas intentaban ayudarme, diciéndome que estaría bien. La tranquilidad me podía durar varios días. No ocurría con mucha frecuencia.» ■ «Antes del nuevo tratamiento pasaba toda mi vida adulta en el hospital. Ahora que me han dado de alta tengo algunos problemas nuevos que nunca me había planteado, como: "¿cómo me puedo divertir?" y "¿cómo tengo que preparar la comida?" No son problemas tan malos.»

Los cuadros **Comprobación de la realidad** expresan la realidad de los trastornos mentales en palabras de los propios pacientes.

CUADRO 8-9

LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

Interacción con una persona con alucinaciones

- ✓ Sólo una persona debe interactuar con el paciente cada vez. El paciente tiene dificultad para interpretar los estímulos, por lo que el paciente tendrá mayor facilidad para responder a una sola persona.
- ✓ Mantenga el ruido ambiental en el mínimo. No hable en voz alta. El paciente tiene dificultad para filtrar los estímulos sensitivos y se puede sobreestimar con facilidad. Un entorno con bajo nivel de estimulación hará que el paciente tenga mayor facilidad para diferenciar los estímulos reales de las voces.
- ✓ Primero pregunte específicamente al paciente sobre las alucinaciones (habitualmente voces) y qué le están diciendo o qué le indican que haga. Es útil saber si los pacientes tienen voces que les obligan a herirse o a sí mismos o a los demás.
- ✓ Céntrese en la realidad. No pida continuamente a los pacientes que describan las alucinaciones. No reaccione a la descripción de las alucinaciones del paciente como si fueran reales. Con frecuencia las alucinaciones son experiencias transitorias para los pacientes. La descripción de la alucinación puede hacer que se forme con más claridad la mente del paciente y reforzarla. La función del profesional de enfermería es ayudar a los pacientes a reconocer la realidad, no confundirlos aún más sobre las alucinaciones o las ideas delirantes. Cuando el profesional de enfermería mantiene la conversación en el ámbito de la realidad, se refuerza la realidad si se pueden minimizar las alucinaciones.
- ✓ No discuta con la experiencia del paciente. Comparta sus propias percepciones. Afirme al paciente que es seguro. El paciente está oyendo las voces de verdad. El objetivo es presentar la realidad, no convencer de que está equivocado. Un desacuerdo puede ayudar al paciente a comprender qué es real, oye voces, pero yo no las oigo. La tranquilidad ayuda al paciente a ver que no está en peligro, lo que se necesita que se defienda.
- ✓ Evite tocar a una persona que tiene alucinaciones. Durante una alucinación, el paciente puede percibir el contacto como parte de la alucinación. Si la alucinación amenaza, el paciente puede atacar en defensa propia.

Autocomprobación crítica. ¿Cuál es la respuesta adecuada del personal de enfermería cuando el paciente dice: «Me quiero suicidar, pero no se lo diga a nadie: Usted es el único en el que confío?»

CASO CLÍNICO

Considere el caso de Bárbara, una mujer estadounidense de origen europeo de 22 años de edad que ingresó en la unidad psiquiátrica de un hospital general después de un episodio de cólera en una cafetería. Se llamó a la policía y encontró que estaba gritando de forma incoherente. Tiene muchas cicatrices en el brazo izquierdo. En el hospital inicialmente estaba gritando y golpeando las paredes con los puños. En este momento está tranquila y afirma que no vale nada. Se odia a sí misma por haber hecho esa escena en la cafetería porque su amiga llegó tarde y se habían confundido con su pedido. Bárbara dijo al profesional de enfermería: «Me apetece hacerme cortes. Cuando la presión se acumula y es muy fuerte, sólo los cortes pueden hacer que se vayan estos sentimientos». ¿Qué puede decir el personal de enfermería para ayudar a Bárbara? ¿Qué puede hacer el profesional de enfermería para reducir el riesgo de que Bárbara se corte a sí misma mientras esté en el hospital o en su domicilio?

Los elementos **Autocomprobación crítica** animan a los lectores a clarificar sus propios valores y creencias, y a pensar críticamente sobre la enfermería de salud mental.

Los **Casos clínicos** ofrecen conocimientos sobre pacientes reales.

Las **Listas de comprobación de la asistencia de enfermería** ofrecen a los estudiantes resúmenes de referencia rápida sobre intervenciones de enfermería importantes.

TABLA 9-1

Fármacos antidepresivos

CLASIFICACIÓN/FÁRMACO	ACCIÓN/USO	RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA	EDUCACIÓN DEL PACIENTE
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) - Citalopram - Escitalopram - Fluoxetina - Fluvoxamina - Paroxetina - Sertralina	Los ISRS ↑ la 5-HT bloqueando la recaptación de 5-HT en la neurona presináptica. ↑ la neurotransmisión de 5-HT. Se utilizan principalmente en la depresión, aunque también se utilizan en trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad, trastorno de ansiedad social, trastorno de estrés posttraumático (TEPT), trastorno de ansiedad generalizada, bulimia nerviosa y trastorno disfórico premenstrual.	Evaluar para detectar EC: sedación o agitación, cefalea, mareo, temblor, disfunción sexual (↓ libido, anorgasmia, disfunción eréctil, eyaculación tardía), efectos digestivos (↓ apetito, náuseas, diarrea, estreñimiento), sequedad de boca, hematomas. Tienen a ser la primera elección para el tratamiento de la depresión en los ancianos, que precisan dosis más bajas.	Algunos pacientes pueden tener alivio de la ansiedad o del insomnio poco después de empezar el tratamiento, aunque habitualmente tardan 2-4 semanas en producir efectos antidepresivos. La mayoría de los efectos colaterales desaparecen con el tiempo.
Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) - Duloxetina - Venlafaxina	Los IRSN ↑ la 5-HT, NA y DA. Bloquean las bombas de recaptación de 5-HT y NA, y ↑ su neurotransmisión. ↑ la neurotransmisión DA en la corteza frontal, especialmente a dosis elevadas. Se utilizan principalmente para tratar la depresión. También se utilizan en incontinencia urinaria de estrés, dolor crónico y neuropático, y trastornos de ansiedad.	Evaluar para detectar EC: ↑ PA (independiente de la dosis), insomnio, sedación, cefalea, náuseas, disminución del apetito, sudoración, disfunción sexual (↓ libido, impotencia, orgasmo anormal), convulsiones (infrecuente).	La acción terapéutica tarda 2-4 semanas. La mayoría de los efectos adversos desaparecen con el tiempo. Se debe realizar monitorización frecuente de la PA del paciente.
Inhibidor de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND) Bupropión	↑ NA y DA mediante bloqueo de la recaptación de NA y DA, y aumenta su neurotransmisión. Se utiliza principalmente en la depresión y la adicción a la nicotina, y también se utiliza en depresión bipolar (TDAH) y disfunción sexual causada por otros fármacos.	Valorar al paciente para detectar EC: sequedad de boca, estreñimiento, náuseas, anorexia, sudoración, temblor, insomnio, agitación y cefalea. Raras veces produce convulsiones (riesgo relacionado con la dosis). Evaluar la eficacia del fármaco.	Tarda 2-4 semanas en producir los efectos deseados. Educar al paciente sobre la prevención del estreñimiento. La mayoría de los efectos colaterales desaparecen con el tiempo.

Las **Tablas de farmacología** refuerzan los conocimientos sobre fármacos seleccionados de uso habitual que encontrarán en la práctica los profesionales de enfermería.

¡Aprenda a priorizar las acciones de enfermería y administrar una asistencia de enfermería segura y eficaz como parte del equipo sanitario!

La **Asistencia de enfermería** se presenta en el formato del proceso de enfermería de cinco pasos, aunque se pone énfasis en el ámbito de la práctica para el DUE. Los fundamentos que se presentan después de cada una de las intervenciones de enfermería explican por qué es importante la acción y apoyan el proceso de enfermería de base científica.

**PLAN ASISTENCIAL
DEL PROCESO DE ENFERMERÍA**
**Paciente con síndrome neuroléptico
maligno**

Usted es un profesional de enfermería de una unidad medicoquirúrgica en la que ha ingresado Roberto Valdez, un paciente de 56 años con posibles cálculos renales (urolitiasis) y deshidratación. Observa en la historia clínica que también se le ha diagnosticado de esquizofrenia y que lleva 3 semanas tomando flufenacina.

Valoración. El Sr. Valdez refiere ansiedad sobre su ingreso hospitalario y su tratamiento. Tiene dolor intenso en todo el cuerpo y lo único que quiere son fármacos para el dolor. Pierde fácilmente el hilo del pensamiento y a veces no responde a las preguntas. Usted determina que el Sr. Valdez tiene una PA inestable desde 100/50 hasta 180/104 y un pulso irregular de 120. La temperatura oral es de 39,4 °C. Está muy sudoroso. Está rígido y pálido. De acuerdo con su conocimiento de la flufenacina y de otros fármacos antipsicóticos, usted se da cuenta de que el Sr. Valdez podría tener síndrome neuroléptico maligno producido por la crisis médica del cólico renal (mientras intenta expulsar un cálculo renal) y la deshidratación. Inmediatamente se lo notifica al profesional de enfermería especializado responsable, que se pone en contacto con el médico.

Los **Planes asistenciales del proceso de enfermería** ilustran la asistencia de enfermería en situaciones de la «vida real» y refuerzan la progresión desde los objetivos hasta las intervenciones hasta la evaluación.

Diagnóstico. Se identificaron varios diagnósticos de enfermería para el Sr. Valdez:

- Riesgo de lesión, relacionada con reacción adversa del fármaco antipsicótico
- Dolor, relacionado con una reacción medicamentosa y el cálculo renal
- Ansiedad, relacionada con el desconocimiento de su enfermedad y del tratamiento y una posible reacción al fármaco antipsicótico

Resultados esperados

- La situación física del paciente se debe estabilizar, según se determine por la normalización de los signos vitales en 24 horas.
- El paciente debe referir un dolor en un nivel de 3 o menos (en una escala de 1-10) en la hora siguiente a la administración de un analgésico.
- El paciente debe referir que tiene menos ansiedad en relación con su enfermedad física y el tratamiento en un plazo de 24 horas.

Planificación y aplicación

- Monitorizar los signos vitales cada 15 minutos.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Monitorizar la situación mental cada 15 minutos.
- Prepararse para trasladar al paciente a la UCI.
- Explicar de forma sencilla y tranquila todas las técnicas al paciente.
- Interrumpir la perfusión, según la orden del médico.
- Administrar fármacos para reducir la fiebre.

Evaluación. Se trasladó al paciente a la UCI. Se inició el tratamiento i.v. y sus signos vitales se estabilizaron. En las primeras 24 horas la PA era 130/86 y el pulso temperatura oral era de 37,2 °C. Los análisis mostraron lesión muscular ni renal. El Sr. Valdez mentalmente alerta. No ha tenido alucinaciones. El médico ha pedido una consulta psiquiátrica para que el fármaco antipsicótico sustituirá a la se controló con morfina. Expulsó el cálculo renal y expresó su agradecimiento.

Pensamiento crítico en el proceso de enfermería

1. ¿Por qué se avergüenza el Sr. Sánchez de decir a otras personas que toma fármacos psicotrópicos?
2. ¿Es ético que el profesional de enfermería anime a este paciente a tomar el fármaco sabiendo que no produce efectos adversos?
3. ¿El profesional de enfermería de este paciente hizo un trabajo adecuado de educación sobre el tratamiento durante su ingreso hospitalario psiquiátrico?

Nota: En el apéndice I puede encontrarse un comentario sobre las preguntas de pensamiento crítico.

Los elementos **Pensamiento crítico** permiten aplicar nuevos conocimientos a un paciente específico.

*Resúmenes completos al final
del capítulo...*



Términos clave presenta una lista con el vocabulario nuevo.

Puntos clave resume los conceptos que debe conocer del capítulo.

EXPLORE MediaLink le anima a utilizar la página web complementaria para realizar una revisión multimodal, independientemente de su estilo de aprendizaje.



Preparación para el examen NCLEX-PN® incluye:

- Un consejo para pasar la prueba con una indicación específica para el estudio.
- Preguntas del estilo del cuestionario NCLEX-PN® para la revisión y la práctica de exámenes, con preguntas en los formatos tradicional y alternativo. Las respuestas se encuentran en el apéndice I.

Protocolo asistencial de pensamiento crítico le prepara para tener éxito en el examen NCLEX-PN®, en los exámenes clínicos y en el trabajo diario con una revisión específica de un problema de un paciente, incluyendo:

- Área específica del examen NCLEX-PN®
- Estudio de un caso
- Recopilación de datos
- Informe
- Asistencia de enfermería
- Documentación



Prepárese para su carrera profesional como DUE...

Después de cada unidad de este libro puede utilizar las páginas **¡Aprenda de sí mismo!** como una oportunidad para reflexionar sobre los temas de la unidad en relación con las experiencias de su propia vida y su visión del mundo. Esta sección capta su interés y le permite aplicar el aprendizaje a su propia vida.

Estas son algunas de las actividades que encontrará para divertirse y desarrollar su introspección:

- Identificar sus propios rasgos de personalidad
- Revisar su estado de salud mental
- Comprobar sus mecanismos de afrontamiento
- Analizar las tendencias de codependencia
- Pensar sobre conductas «extrañas»
- Analizar qué valores son importantes en su vida
- Imaginar el mundo de la esquizofrenia
- Practicar las asociaciones laxas
- Imaginar sus estados de ánimo... intensificados
- Identificar los trastornos de la personalidad
- Pensar sobre cómo afronta la ansiedad
- Revisar las etapas de su propio desarrollo
- Considerar su autoconcepto

FINAL DE LA UNIDAD I

¡Aprenda de sí mismo!

CAPÍTULO 1 Conocimiento de la salud mental y las enfermedades mentales

Identifique el estado de su propia salud mental.

Me siento bien en relación conmigo mismo.

☐ Sí ☐ No

Me siento cómodo dirigiendo un grupo de vista realista.

☐ Sí ☐ No

Tengo interacciones personales satisfactorias.

☐ Sí ☐ No

Mi vida tiene significado.

☐ Sí ☐ No

Soy productivo en mi trabajo y en mis clases.

☐ Sí ☐ No

Disfruto de oportunidades en las que puedo ser creativo.

☐ Sí ☐ No

Tengo tres comidas equilibradas al día.

☐ Sí ☐ No

Siento que soy el único responsable de mi conducta.

☐ Sí ☐ No

Tengo una actitud positiva la mayor parte del tiempo.

☐ Sí ☐ No

Soy flexible y me adapto fácilmente a los cambios.

☐ Sí ☐ No

Durmo al menos 8 horas todas las noches.

☐ Sí ☐ No

Me levanto sintiéndome descansado todas las mañanas.

☐ Sí ☐ No

Me el conflicto como un reto y no me veo superado por ello.

☐ Sí ☐ No

¿Qué tal le ha hecho? ¿Una mayoría de respuestas «sí» indica que está en un estado relativamente bueno de salud mental.

CAPÍTULO 2 Aspectos éticos y legales

Subiendo que los valores y la ética se enseñan para determinar la conducta, ¿piensa en una semana normal, y sea en qué situaciones la clasificación de los valores fue importante en su respuesta a diferentes situaciones.

Como estudiante de enfermería, encuentre que valores (seleccione):

1. 2.

Puede mostrar cuánto significan para mí mis valores esta semana mediante ejemplos:

1. 2.

Demuestre mis valores esta semana mediante (seleccione):

1. 2.

CAPÍTULO 3 Teoría de la personalidad

Decida sobre sus propios rasgos de personalidad marcando los rasgos con:

☐ Extravertido ☐ Introverso

☐ Agradable ☐ Desagradable

☐ Consciente ☐ Impulsivo

☐ Estable ☐ Inestable

☐ Emocionalmente ☐ Emocionalmente

☐ Abierto ☐ Cerrado

¿Qué rasgo se usó en los amigos?

¿Ha utilizado alguna vez un mecanismo de defensa?

A continuación se muestran ejemplos de algunos. Lea la afirmación a situaciones, y decida qué mecanismo de defensa se está utilizando.

Mecanismo de defensa

A. Supresión

B. Desplazamiento

C. Compensación

D. Racionalización

Afirmación

1. «No saqué un sobresaliente en el examen de farmacología porque no le quito al profesor.»

2. «No he sido feliz hoy en las prácticas clínicas, pero no puedo pensar en ello ahora. Pensaré en ello mañana.»

3. Después de haber sido reprendido por su profesor de Fundamentos, la estudiante de enfermería se fue a casa y gritó a su hijo: «¿Por qué tienes la habitación siempre tan desordenada? Estoy cansada de ir detrás de él recogiendo las cosas.»

4. «No puedo correr tan rápido como mi hermano, por lo que voy a participar en el equipo de debate en lugar de salir a correr a la pista.»

Preguntas al cuestionario

A (2) B (3) C (4) D (5)

CAPÍTULO 4 Enfermería mentalmente saludable

Identifique su tendencia a la codependencia con este cuestionario. (No es una herramienta de investigación oficial, simplemente un ejercicio de diversión elaborado por los autores.)

Tengo dificultad para decir «no» a otras personas (cuando me piden que haga algo por ellas).

☐ Sí ☐ No

Necesito gustar a todos los que me rodean.

☐ Sí ☐ No

Me gusta que mis amigos acudan a mí para que les ayude a resolver sus problemas.

☐ Sí ☐ No

Me siento responsable de los sentimientos de los que me rodean.

☐ Sí ☐ No

Estoy más interesado en agradar a los demás que en agradarme a mí mismo.

☐ Sí ☐ No

Capítulo 7 Psicología y psicofarmacología 111

Salud mental. Asistencia de enfermería
será un recurso fundamental a medida que avance
por los cursos de enfermería y se convierta
en un profesional de enfermería.

La naturaleza de la enfermería: ¡crezca con ella!



Dedico este trabajo a mi familia, especialmente a Monica y Kate.

■ **Linda Eby**

Dedico este trabajo a mi marido, Herb, por su comprensión, a Cindy, David, Cara y Jana, por su entusiasmo, y a mi madre, Edith, una inspiración en mi vida.

■ **Nancy J. Brown**





Prefacio

Salud mental. Asistencia de enfermería se escribió para ofrecer un amplio conocimiento básico a los estudiantes de DUE que fuera interesante y atractivo de leer, y que se pudiera aplicar fácilmente a la práctica de la enfermería. Nuestra filosofía docente es que el aprendizaje se maximiza cuando el profesor está entusiasmado por el tema, el material se presenta en un estilo claro y atractivo y los conceptos son importantes para su aplicación práctica. El estudiante debe tener voluntad de participar en el proceso del aprendizaje. El aprendizaje es participativo.

En esta edición hemos añadido color para hacer que el libro sea más atractivo, interesante y agradable. Todas las fotografías tienen orientación clínica y se han incluido con la finalidad de añadir profundidad al texto. Hemos actualizado todos los capítulos y hemos modificado la organización para mejorar el flujo lógico de información.

Este libro se ha escrito tal y como se practica realmente la enfermería psicosocial: con inteligencia, empatía, afecto y base científica. Es por encima de todo práctico, con estrategias que los estudiantes pueden aplicar en la práctica para fomentar la salud, el bienestar y la capacitación de sus pacientes.

Los principales conceptos del currículo son:

- La salud mental
- La naturaleza biopsicosocial de los trastornos mentales
- El desarrollo de la introspección y el fomento de la salud mental de los estudiantes de enfermería
- El proceso de enfermería (una parte del cual es el pensamiento crítico)
- La atención a pacientes heterogéneos (de distintas edades, sexos y culturas)
- La capacitación del paciente y del profesional de enfermería
- La colaboración asistencial con otros miembros del equipo sanitario
- La enfermería psicosocial como componente de la práctica de la enfermería general, así como en el contexto psiquiátrico

El estilo de escritura es deliberadamente personal con la finalidad de hacer que este complicado y fascinante tema sea atractivo y fácil de comprender. Es claro, sin simplificaciones excesivas ni falta de respeto al paciente ni al estudiante. El estilo, la organización y la pedagogía se han elegido teniendo en mente los principios de la formación de adultos.

Hemos escrito este libro con el conocimiento de que la mayoría de los profesionales de enfermería no ejercen en la especialidad de enfermería de salud mental. El fo-

mento de la salud mental y el trabajo con pacientes con trastornos mentales y problemas psicosociales forman parte del rol de la enfermería en todos los contextos asistenciales. Enseñamos a los estudiantes a ejercer la enfermería psicosocial con diversos pacientes en distintas situaciones. Planteamos casos clínicos y citas de pacientes con sus propias palabras para ayudar a los estudiantes que no tengan oportunidades clínicas en enfermería psiquiátrica a desarrollar empatía por nuestros pacientes. Las fotografías de los pacientes añaden otra dimensión para ayudar a los estudiantes a ver a los pacientes afectados.

Las autoras aportan a este libro su entusiasmo y su experiencia en la enseñanza de la enfermería de salud mental. Enseñamos la teoría y la práctica de la enfermería de salud mental a distintos estudiantes de enfermería. En la elaboración de este libro se han tenido en consideración las necesidades de estudiantes que hablan inglés como idioma no nativo, estudiantes inmigrantes y otros estudiantes no tradicionales. La defensa de los pacientes con trastornos mentales y de sus familias es también un aspecto importante del libro. Estamos comprometidas con la educación en enfermería de salud mental y queremos ayudarle a enseñar a sus alumnos.

Organización

UNIDAD I: Fundamentos de la enfermería de salud mental proporciona la base para conocer los aspectos fundamentales sobre los que se edifica la enfermería de salud mental. El orden de los capítulos de esta unidad ha cambiado. Hemos comenzado esta edición con el capítulo sobre la salud mental y la enfermedad mental como una base para la información posterior. El estigma de la enfermedad mental sigue siendo un factor social que inhibe la asistencia en salud mental. A continuación se muestran los aspectos éticos y legales de la enfermería de salud mental. Se presentan las teorías de la personalidad como base de los diversos abordajes terapéuticos de los trastornos del pensamiento, los sentimientos y la conducta. Se incluyen estrategias prácticas para el fomento de la salud mental.

Esta unidad incluye un capítulo para favorecer la práctica mentalmente saludable de la enfermería. Los protocolos asistenciales críticos comienzan aquí como una herramienta interactiva para que los estudiantes practiquen la aplicación de la información que se les presenta en el capítulo en el estudio de un caso real. Se presenta la relación profesional de enfermería-paciente como el fundamento de la práctica de la enfermería. Se insiste en la importancia de la defensa del paciente. Se analiza la base biológica de los trastornos mentales. Se sitúa la psicofarmacología en su lu-



gar correcto como un pilar importante, pero no el único, de la enfermería de salud mental.

UNIDAD II: Asistencia de enfermería de pacientes con trastornos mentales aborda información biológica y clínica específica sobre las principales enfermedades mentales incluidas en el manual DSM-IV-TR. La conducta, los pensamientos y los sentimientos de los pacientes son la base de los objetivos e intervenciones de la enfermería en salud mental. El proceso de enfermería constituye el formato para la práctica de la enfermería. El manejo de la medicación, la colaboración con otros profesionales sanitarios y la capacitación de los pacientes son partes integrales.

UNIDAD III: Asistencia de enfermería de pacientes con trastornos relacionados con el desarrollo incluye trastornos de niños, adolescentes y ancianos. Se abordan de forma extensa la demencia y los trastornos cognitivos debido a su importancia en la práctica de la enfermería. Aquí también se presentan los trastornos de la conducta alimentaria.

UNIDAD IV: Temas especiales en enfermería de salud mental incluye los actuales temas de la violencia y el maltrato, además de los aspectos psicosociales de la asistencia de pacientes generales. El último capítulo lleva la enfermería psicosocial a todos los pacientes y presenta estrategias realistas para abordar la asistencia de pacientes «difíciles», pacientes con necesidades especiales de salud mental y pacientes con necesidades espirituales en la práctica de la enfermería general.

Al estudiante

Se ha elaborado este libro con el fin de que sea un recurso realista e interesante para usted en su aprendizaje sobre el fascinante tema de la enfermería de salud mental. Independientemente de que quiera especializarse en Enfermería Psiquiátrica o de que nunca vea el interior de un hospital psiquiátrico, puede utilizar la información que aprenda aquí para ayudar a los pacientes con trastornos mentales y a las personas con necesidades psicosociales en cualquier situación de enfermería.

Mantenga abierta la mente y disfrute del proceso. Antes de leer este libro piense en lo que ya sabe sobre las personas con enfermedades mentales. Probablemente algo de lo que piense que sabe sea erróneo (hay muchos errores conceptuales). Creemos aprenderá algunas cosas que le ayudarán a ver a los pacientes con enfermedades mentales bajo una luz más positiva y empática. Lo que es más importante, pensamos que aprenderá algunas cosas interesantes que podrá utilizar para mejorar las vidas de las personas, incluyendo la suya propia.

Consulte el paseo visual del comienzo del libro si quiere tener una visión general de las características de este.

Agradecimientos

En primer lugar queremos expresar nuestro agradecimiento a las personas para las que se ha escrito este libro: los estudiantes de enfermería. Nos enorgullece la oportunidad de ayudar a los estudiantes a conocer y moldear sus actitudes sobre la enfermería de salud mental y su identidad como profesionales de enfermería. Tenemos un profundo respeto por las personas que viven con trastornos mentales y esperamos que este libro fomente el desarrollo de profesionales de enfermería atentos y competentes que les capaciten y defiendan.

La producción de un libro es como la enfermería: es necesario un trabajo en equipo. Extendemos nuestra sincera gratitud y respeto al grupo de personas que ha hecho posible este libro. El estímulo original de nuestro equipo fue Barbara Krawiec, que inspiró este proyecto y nos unió. A Barbara le siguió Kelly Trakalo, que posee un entusiasmo contagioso por la educación en enfermería práctica/vocacional. Kelly ha sido fundamental para el desarrollo de la serie de libros para estudiantes de enfermería práctica/técnica, otro equipo al que nos enorgullece pertenecer. Queremos expresar nuestro agradecimiento y deuda al trabajo de Susan Geraghty, nuestra directora de desarrollo, que ha trabajado muy cerca de nosotras en la elaboración de este libro para convertirlo en un todo cohesivo y bien organizado. Ha superado nuestras expectativas, trabajando con nosotras mañanas, tardes y fines de semana, y durante enfermedades, bodas y nuevos nietos. Susan nos ha ayudado en esta tarea tanto como ha podido (lo que ha sido una misión casi imposible).

Queremos expresar nuestro agradecimiento a Yagnesh Jani, la directora de producción, que nos ha ayudado con asuntos técnicos, como el acceso a una amplia galería de fotografías útiles.

Trish Finley, directora de producción de GGS Book Services, materializó en papel nuestra visión (lo que ha sido una profunda experiencia para nosotras). Finalmente, queremos dar las gracias a todo el personal de Prentice Hall que nos llevó hasta Upper Saddle River, New Jersey, a visitar la compañía, reunirnos con el personal y participar en un simulacro de incendio no programado. Agradecemos el tiempo que pasaron explicándonos la producción del libro y dándonos impulso para comenzar esta segunda edición y discutir ideas para futuras empresas editoriales. Todo el mundo fue muy acogedor y alentador.

¡Gracias a todos vosotros!

Paz,

Linda Eby y Nancy J. Brown

Sobre las autoras

Linda Eby, RN, MN

Linda Eby obtuvo sus títulos de Bachelor of Science in Nursing y Master of Nursing en la Oregon Health and Science University. Su experiencia laboral incluye su trabajo como enfermera de plantilla y supervisora de enfermería en cuidados intensivos, enfermera de asistencia domiciliar/cuidados paliativos, gestora de casos, especialista en enfermería clínica de genética clínica y enfermera de psiquiatría-salud mental. Ha sido consultora y educadora en talleres sobre temas como la promoción del éxito de los estudiantes y la reducción del sesgo cultural en la educación en enfermería.

Actualmente Linda es profesora de Enfermería de Salud Mental e imparte cursos clínicos en el Portland Community College. También es coordinadora del Nursing Student Success Program. Este programa



fomenta el éxito de los estudiantes de enfermería que hablan inglés como idioma no nativo, estudiantes inmigrantes, estudiantes de color, estudiantes con dificultades académicas y estudiantes de enfermería no tradicionales. Su mayor logro académico es su contribución al éxito de estos inspiradores alumnos.

Es secretaria de AFT-Oregon, miembro estatal de la American Federation of Teachers y vicepresidenta de la Portland College Faculty Federation. Tiene dos hijas gemelas, Kristine, que recientemente se casó con Jens Schrader y continúa sus estudios en la Portland State University, y Monica, una artista, profesora y estudiante de arte en la Marylhurst University (le gusta de verdad el arte). Linda es entusiasta de la naturaleza, de las artes y de las manualidades y buena amiga de sus perros, Wendu y Charlie.

Nancy J. Brown, RN, MSN

Nancy J. Brown obtuvo su título de Bachelor of Science in Nursing en la Universidad de Missouri, y el de Master of Science in Nursing en la Universidad de Colorado. Ha participado de forma activa en la enseñanza de enfermería práctica en los últimos quince años. Otras experiencias docentes incluyen cargos en formación de personal en instituciones de cuidados crónicos y en instituciones estatales durante nueve años, donde ha trabajado estrechamente con DUE en prácticas. Nancy se ha involucrado en la administración de enfermería como directora de enfermería antes de pasar a la educación en enfermería. Recibió el galardón «Teacher of the Year» en 1998 en la San Juan Basin Technical School (posteriormente San Juan Basin Technical College). Nancy dimitió de su cargo administrativo en la facultad en 2005 para asumir más responsa-



bilidades familiares. Siguió siendo profesora adjunta, enseñando a tiempo parcial salud mental, geriatría, liderazgo y gestión, y farmacología a las estudiantes de enfermería en prácticas. Además de enseñar enfermería práctica, Nancy también coordinó e impartió clases en el programa Certified Nursing Assistant, creando un nivel avanzado de auxiliar de enfermería que ofrecía a los auxiliares de enfermería más técnicas de control conductual para pacientes con demencia y problemas de salud mental. Nancy se ha mudado recientemente al estado de Nebraska, donde su objetivo es implicarse una vez más en la educación en enfermería práctica y auxiliar de enfermería. En su tiempo libre Nancy escribe e interpreta obras de teatro de marionetas en su iglesia local. Tiene cuatro hijos, Cindy, David, Cara y Jana, que ya le han dado ocho nietos. Su marido, Herb, está jubilado y es un gran apoyo.



Colaborador

Colaborador en el manual para el instructor y las diapositivas en formato PowerPoint

Debra S. McKinney, MSN, MBA/HCM, BSN, RN
Nursing Education Consultant
Warrenton, VA

Revisores

Michele Blash, RN, MSN
Nursing Instructor
Hagerstown Community College
Hagerstown, MD

Jacquelyn Bryant, RN Med, MSN, FNP
Nursing Instructor
Lanier Technical College
Oakwood, GA

Kimberly S. Burgess, MSN, RN, APN, FNP
Nursing Instructor
Lake Land College
Mattoon, IL

Emily Cannon, RN, MSN
Associate Professor of Nursing
Ivy Tech Community College
Terre Haute, IN

Catherine M. Griswold, RN, MSN, CLNC
Assistant Professor of Nursing
Community College of Baltimore County
Baltimore, MD

Becki L. Quick, RN, BA, MAC
Director of Nursing, VN Program
Maric College San Diego
San Diego, CA

Sandra Monroe, RN, MSN
Department Chair, Practical Nursing
Fayetteville Technical Community College
Fayetteville, NC

Johnny J. Montemayor, RN, BSN
Nursing Instructor
McLennan Community College
Waco, TX

Kathleen L. Slyh, RN, MSN
Nursing Instructor
Technical College of the Lowcountry
Beaufort, SC

Jackie Sublett, MSN, RN
Director of Nursing
Frank Phillips College
Borger, TX

Nancy Turner, RN, C, MSN
Associate Professor of Nursing
West Kentucky Community and Technical College
Paducah, KY

Patricia C. Williams, RN, MSN
Associate Professor
Hagerstown Community College
Hagerstown, MD

Bobbie Williamson, BSN, RN
Nursing Instructor
San Jacinto College
Houston, TX

Índice

UNIDAD I *Fundamentos de la enfermería de salud mental*, 1

Capítulo 1 **Conocimiento de la salud mental y las enfermedades mentales**, 2

- Salud mental, 3
- Trastornos mentales, 4
- Estigmas de las enfermedades mentales, 7
- Perspectivas históricas, 7
- Función de los profesionales de enfermería en la promoción de la salud mental, 9
- Prevención, 10
- Vulnerabilidad de los enfermos mentales, 11

Capítulo 2 **Aspectos éticos y legales**, 14

- Ética en enfermería**, 15
 - Valores personales, 15
 - Códigos éticos para profesionales de enfermería, 17
 - Niveles de calidad asistencial, 18
 - Principios éticos, 18
 - Dilemas éticos, 19
 - Toma de decisiones éticas, 19
- Aspectos legales de la enfermería de salud mental**, 20
 - Tipos de derecho, 20
 - Leyes de la práctica de la enfermería, 20
 - Ingreso hospitalario psiquiátrico, 21
 - Tratamiento ambulatorio involuntario, 21
 - Alta condicional, 21
 - Derechos legales de los pacientes de salud mental, 21
 - Derechos civiles, 21
 - Competencia, 23
 - Derecho al consentimiento informado, 23
 - Derecho a rechazar el tratamiento, 23
 - Derecho a la confidencialidad, 24
 - Derecho a conservar las pertenencias personales, 24
 - Americans with Disabilities Act, 24
 - Voluntades anticipadas, 24
 - Responsabilidad del personal de enfermería en la documentación, 25
 - Mala praxis, 25
 - Normas de calidad de la asistencia adecuada culturalmente, 26
- PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO**: Asistencia de un paciente que rechaza la medicación, 28

Capítulo 3 **Teoría de la personalidad**, 30

- Desarrollo de la personalidad, 31

- Teoría psicoanalítica, 31
 - Psicoterapia por psicoanalistas, 34
 - Implicaciones de enfermería, 34
- Teorías del yo, 34
 - Carl Jung, 34
 - Alfred Adler, 34
 - Karen Horney, 34
 - Erik Erikson, 35
 - Margaret Mahler, 37
 - Psicoterapia por los teóricos del yo, 37
 - Implicaciones de enfermería, 37
- Teorías biológicas, 38
 - Hans Eysenck, 38
 - Perspectiva terapéutica, 38
 - Implicaciones de enfermería, 39
- Teorías de los rasgos, 39
 - Psicoterapia por los teóricos de los rasgos, 39
 - Implicaciones de enfermería, 39
- Teorías conductistas y del aprendizaje, 39
 - Ivan Pavlov, 40
 - B.F. Skinner, 40
 - Terapia conductual, 40
 - Implicaciones de enfermería, 40
- Teorías cognitivas de la personalidad, 40
 - Teoría de la *gestalt*, 40
 - Jean Piaget, 41
 - Howard Gardner, 41
 - Albert Bandura, 42
 - Psicoterapia cognitiva, 42
 - Implicaciones de enfermería, 43
- Teorías existenciales y humanistas, 43
 - Viktor Frankl, 43
 - Carl Rogers, 43
 - Abraham Maslow, 44
 - Psicoterapia humanista, 45
 - Implicaciones de enfermería, 45
- Teorías interpersonales, 46
 - Harry Stack Sullivan y Hildegard Peplau, 46
 - Psicoterapia interpersonal, 46
 - Implicaciones de enfermería, 46

Capítulo 4 **Enfermería mentalmente saludable**, 49

- Atributos de la atención, 50
 - Profesionales de enfermería sometidos a estrés, 50
 - Límites personales, 51
 - Codependencia, 51
 - Organizaciones enfermas, 53
- Síndrome de desgaste profesional, 53
- ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 54



PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO: Asistencia de un paciente con afrontamiento ineficaz, 60

Capítulo 5 **Comunicación y relación profesional de enfermería-paciente, 62**

Uso terapéutico del propio yo, 63

Relación profesional de enfermería-paciente, 63

Fases de la relación, 64

Elementos de la relación profesional de enfermería-paciente, 64

Proceso de comunicación, 65

Tipos de comunicación, 66

Espacio personal, 67

Autorrevelación, 68

Estrategias de comunicación eficaces, 68

Escucha activa, 68

Congruencia, 68

Mensajes concretos, 68

Empatía, 69

Barreras a la comunicación, 69

Aconsejar, 69

Acuerdo, 70

Generalizaciones o clichés, 71

Actitud defensiva, 71

Cambio de tema, 71

Falta de respeto, 71

Transferencia, 71

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 72

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: Comunicación eficaz con el paciente, 77

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO: Asistencia de un paciente con baja autoestima crónica, 80

Capítulo 6 **Estrés y afrontamiento, 82**

Homeostasis, 83

Respuesta de estrés, 83

Variación individual, 84

Efecto de la cultura sobre la respuesta de estrés, 84

Adaptación al estrés, 85

Respuestas positivas (adaptativas) al estrés, 86

Respuestas negativas (maladaptativas) al estrés, 86

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 86

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: Paciente con afrontamiento ineficaz, 88

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO: Asistencia de un paciente con dificultad para el afrontamiento, 91

Capítulo 7 **Psicobiología y psicofarmacología, 93**

Psicobiología, 94

Trastornos mentales, 94

Anatomía y función del encéfalo, 94

Neurotransmisores, 96

Estudios de imagen del encéfalo, 98

Genética de las enfermedades mentales, 100

Sistema neuroendocrino, 100

Psicofarmacología, 101

Farmacocinética, 101

Farmacodinámica, 102

Fases del tratamiento farmacológico, 102

Síntomas diana, 103

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 104

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: Paciente con disposición para mejorar los conocimientos, 106

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO: Asistencia de un paciente que toma fármacos psicotrópicos, 109

FINAL, 111

UNIDAD II **Asistencia de enfermería de pacientes con trastornos mentales, 113**

Capítulo 8 **Esquizofrenia, 114**

Esquizofrenia, 115

Causas de la esquizofrenia, 115

Diagnóstico y características clínicas, 116

Síntomas positivos, 117

Síntomas desorganizados, 118

Síntomas negativos, 119

Evolución de la enfermedad, 119

Recuperación, 120

Asistencia integral, 121

Espectro continuo de la asistencia, 121

Terapia ambiental, 121

Rehabilitación psicosocial, 122

Psicofarmacología, 122

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 130

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: Paciente con síndrome neuroléptico maligno, 138

Representación de los pacientes, 139

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO: Asistencia de un paciente con psicosis, 141

Capítulo 9 **Trastornos del estado de ánimo, 143**

Trastorno depresivo mayor, 144

Depresión, 144

Causas, 145

Evolución de la enfermedad, 146

Otros tipos de depresión, 146

Características clínicas, 147

Estigma, 148

Suicidio, 149

Asistencia integral, 151



Trastorno bipolar, 158

Definición de trastorno bipolar, 158

Características clínicas, 158

Causa del trastorno, 160

Evolución del trastorno, 161

Trastornos asociados, 161

Asistencia integral, 161

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 164

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: Paciente con depresión, 170

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO: Asistencia de un paciente con trastorno bipolar, 173

Capítulo 10 Trastornos de la personalidad, 175

Trastornos de la personalidad, 176

Criterios diagnósticos, 176

Características clínicas comunes, 177

Retos para los profesionales de enfermería, 178

Trastornos de la personalidad del grupo A: raros-excéntricos, 178

Trastorno paranoide de la personalidad, 178

Trastorno esquizoide de la personalidad, 179

Trastorno esquizotípico de la personalidad, 179

Trastornos de la personalidad del grupo B: dramáticos-emocionales, 180

Trastorno antisocial de la personalidad, 180

Trastorno límite de la personalidad, 182

Trastorno histriónico de la personalidad, 184

Trastorno narcisista de la personalidad, 185

Trastornos de la personalidad del grupo C: ansiosos-temerosos, 186

Trastorno de la personalidad por evitación, 186

Trastorno de la personalidad por dependencia, 186

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 187

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 189

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: Paciente con trastorno límite de la personalidad, 194

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO: Asistencia de un paciente con deterioro de la comunicación, 197

Capítulo 11 Trastornos de ansiedad, 199

Base biológica de la ansiedad, 200

Niveles de ansiedad, 201

Afrontamiento de la ansiedad, 201

Resiliencia, 201

Métodos conscientes de afrontamiento, 202

Trastornos de ansiedad, 203

Causas, 203

Trastorno de ansiedad generalizada, 203

Trastorno de angustia, 204

Agorafobia, 205

Trastorno obsesivo-compulsivo, 206

Trastorno de estrés postraumático, 207

Trama sexual militar, 208

Fobia social, 209

Fobias específicas, 210

Asistencia integral, 211

Terapia cognitiva-conductual, 212

Fármacos psicotrópicos, 212

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 217

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: Paciente con trastorno de ansiedad generalizada, 219

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO: Asistencia de un paciente con ansiedad, 222

Capítulo 12 Abuso y dependencia de sustancias, 224

Diagnóstico tardío, 225

Abuso y dependencia de sustancias, 226

Alcohol, 227

Otros depresores del SNC, 232

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, 233

Estimulantes del SNC: anfetaminas, metanfetaminas y cocaína, 234

Alucinógenos, 234

Inhalantes, 235

Cannabis, 235

Cafeína y nicotina, 235

Asistencia integral, 237

Fase aguda del tratamiento, 237

Fase de recuperación, 238

Diagnóstico dual, 239

Dependencia de sustancias en profesionales de enfermería, 240

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 241

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: Paciente con afrontamiento ineficaz, 244

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO: Asistencia de un paciente con dependencia de sustancias, 247

FINAL, 249

UNIDAD III Asistencia de enfermería de pacientes con trastornos relacionados con el desarrollo, 251

Capítulo 13 Trastornos durante la infancia y la adolescencia, 252

Efecto de los trastornos mentales sobre el desarrollo, 253

Trastornos mentales en niños y adolescentes, 254

Retraso mental, 254

Trastornos del aprendizaje, 254

Trastornos de la comunicación, 256

Trastornos generalizados del desarrollo, 257

Trastorno autista, 258

Trastorno de Asperger, 259



Trastorno de Rett, 259
Trastorno desintegrativo infantil, 259
Trastornos por déficit de atención y conducta perturbadora, 259
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 259
Trastorno disocial, 264
Trastorno negativista desafiante, 265
Trastornos de ansiedad, 265
Trastorno de ansiedad por separación, 265
Trastorno de estrés postraumático, 266
Trastornos de la eliminación, 267
Enuresis, 267
Encopresis, 267
Depresión, psicosis y suicidio, 267
Depresión infantil, 267
Trastornos psicóticos, 268
Suicidio, 268
Autoconcepto, 269
ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 270
PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: Paciente con TDAH, 272
PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO: Asistencia de un paciente con incumplimiento del tratamiento, 275

Capítulo 14 Trastornos de la conducta alimentaria, 277

Anorexia nerviosa, 278
Bulimia nerviosa, 281
Trastorno de la conducta alimentaria por atracón, 281
Varones con trastornos de la conducta alimentaria, 282
Causas de los trastornos de la conducta alimentaria, 282
Asistencia integral, 284
Fármacos, 284
Terapia cognitiva-conductual, 284
Obesidad, 285
Causas, 285
Asistencia integral, 285
ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 287
PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: Paciente con bulimia nerviosa, 289
PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO: Asistencia de un paciente con obesidad, 293

Capítulo 15 Demencia y trastornos cognitivos, 295

Trastorno confusional (*delirium*), 296
Enfermedades que producen trastorno confusional, 296
Manifestaciones del trastorno confusional agudo, 297
Asistencia integral, 299
ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 301
Demencia, 303
Tipos y causas de demencia, 304
Síntomas y fases, 306

Alteraciones de la conducta asociadas a la EA, 308
Asistencia integral, 310
ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 316
PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: Paciente con EA en fase media, 323
PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO: Asistencia de un paciente con trastorno confusional, 326
FINAL, 328

UNIDAD IV *Temas especiales en enfermería de salud mental*, 329

Capítulo 16 Violencia y maltrato, 330

Familias violentas, 331
Identificación de las personas afectadas por violencia familiar, 332
Características de las familias violentas, 333
¿Por qué las mujeres se quedan tanto con sus parejas maltratadoras?, 335
Maltrato infantil, 337
Prevención del maltrato infantil, 338
Maltrato de ancianos, 339
Aspectos legales de la violencia familiar, 340
Perpetradores de la violencia familiar, 341
Agresión sexual y violación, 342
Síndrome del trauma de la violación, 342
El lenguaje importa, 342
ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 342
Violencia en el centro sanitario, 344
Causas de conducta violenta, 344
Asistencia integral, 345
ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 348
PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: Paciente en una relación de maltrato, 349
PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO: Asistencia de un paciente que está agitado, 352

Capítulo 17 Problemas psicosociales en la asistencia de los pacientes generales, 354

Ansiedad, 355
ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 356
Paciente en crisis, 357
ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 359
Pacientes enfadados, 360
ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 362
Habilidades no saludables de afrontamiento y comunicación, 363
Conducta pasiva-agresiva, 363
Cuidado cuando se juzgue el incumplimiento, 363
ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 364
Manipulación, 365



Cuando los profesionales de enfermería fomentan la patología de los pacientes, 365
ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 366
Enfermedad crónica, 366
Necesidades psicosociales de poblaciones especiales, 368
 Pacientes con sida, 368
Necesidades espirituales, 368
ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, 369
PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: Paciente con sufrimiento espiritual, 371
PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO: Asistencia de un paciente con una conducta manipuladora, 374
FINAL, 376

Apéndices

- I. Respuestas y comentarios sobre el pensamiento clínico, 377
- II. Escala de evaluación de la actividad global (EEAG), 397
- III. Diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA, 398

Bibliografía y recursos, 402

Glosario, 409

Índice alfabético, 414

Fundamentos de la enfermería de salud mental

UNIDAD I



Capítulo 1	Conocimiento de la salud mental y las enfermedades mentales
Capítulo 2	Aspectos éticos y legales
Capítulo 3	Teoría de la personalidad
Capítulo 4	Enfermería mentalmente saludable
Capítulo 5	Comunicación y relación profesional de enfermería-paciente
Capítulo 6	Estrés y afrontamiento
Capítulo 7	Psicobiología y psicofarmacología

Capítulo 1

Conocimiento de la salud mental y las enfermedades mentales

BREVE sinopsis

Salud mental

Trastornos mentales

Estigmas de las enfermedades mentales

Perspectivas históricas

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

Vulnerabilidad de los enfermos mentales

CASO CLÍNICO:
Trastorno depresivo mayor

OBJETIVOS del aprendizaje

Al finalizar la lectura de este capítulo, usted será capaz de:

1. Definir la salud mental y la enfermedad mental en sus propias palabras.
2. Analizar los estigmas de la salud mental en nuestra sociedad.
3. Reconocer la vulnerabilidad de los pacientes con enfermedades mentales.

Por muchos motivos es difícil definir la salud mental y la enfermedad mental. Las personas son únicas e impredecibles. Cada persona tiene experiencias vitales diferentes. La conducta aceptable no es universal. Las definiciones de salud mental y enfermedad mental pueden variar a medida que la cultura y la sociedad cambian sus actitudes y expectativas.

Salud mental

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

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

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

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

Un autoconcepto saludable incluye en primer lugar una valoración realista del propio yo (capacidades, función y aspecto). Además, para tener un autoconcepto saludable las personas se deben aceptar como son. La figura 1-1 ■ muestra a una niña que se pone a prueba a sí misma, tiene éxito en los deportes al nivel de su capacidad y se acepta a sí misma como es, incluyendo el hecho de que tiene parálisis cerebral. La **introspección**, o conocimiento de uno mismo, es una parte importante de la relación con uno mismo, porque permite que las personas conozcan sus propias motivaciones o las razones que están detrás de sus sentimientos y su conducta. Una persona que carece de introspección podría negarse a tomar un fármaco porque hace que se le seque la boca. Con introspección una persona podría decidir que aunque no le guste tomar el tratamiento, mejora su enfermedad mental, por lo que lo va a tomar. La introspección es crítica para la toma de decisiones positivas sobre los problemas de salud. Sin ella las personas con frecuencia no se dan cuenta de que tienen una enfermedad.

Los seres humanos son criaturas que se desarrollan mejor cuando están con los demás. El amor es la emoción humana más importante. El desarrollo humano normal no es posible en una situación de aislamiento. Las personas deben poder inter-



Figura 1-1. ■ Una persona con un autoconcepto saludable se acepta a sí misma como es, incluyendo el hecho de que tiene parálisis cerebral. Fuente: PhotoEdit Inc.

actuar y **relacionarse con los demás** a fin de prosperar. Sin la capacidad de relacionarse con los demás de una forma satisfactoria una persona no puede estar sana.

Los seres humanos buscan motivos y **significado en la vida**. Muchas personas encuentran un sentido de significado en el mundo a través de la religión. Otras muchas encuentran el significado en la naturaleza, la filosofía, la ética o el servicio a los demás (fig. 1-2 ■). Este sentido de la espiritualidad exclusivamente humano es una parte importante de lo que significa ser una persona. Una persona mentalmente sana por completo tendrá un sentido de lo que es importante en la vida y de lo que da significado a la vida.

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



Figura 1-2. ■ Encontrar el sentido del significado en la vida forma parte de la salud mental. Esta excursionista encuentra el significado en la naturaleza. Fuente: Omni-Photo Communications, Inc.

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

La **adaptabilidad** es crítica para tener éxito como persona. La única cosa constante alrededor de nosotros es que todo cambia. Las personas sanas se pueden comprometer, planificar y ser flexibles. Pueden manejar con éxito los conflictos. No es fácil aprender a cambiar, pero si las personas son sanas lo lograrán.

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

Autocomprobación crítica. Piense en personas a las que conozca que no tengan enfermedades físicas. ¿Algunas de ellas están más sanas que otras? ¿Qué hace que estén más sanas? ¿Esta misma idea se aplica a la salud mental?

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

Trastornos mentales

Los trastornos mentales son enfermedades con síntomas relacionados con el pensamiento, los sentimientos o la conducta. Se deben a influencias genéticas, biológicas, sociales, químicas o psicológicas. Estas enfermedades producen deterioro del desempeño de funciones y otros síntomas.

El significado de una enfermedad para una persona está relacionado con su cultura. Incluso la forma en la que un paciente describe el trastorno depende de su cultura. El cuadro 1-1 ■ describe los trastornos tal y como se ven a la luz de la cultura del paciente.

Se ha investigado mucho sobre los trastornos mentales. La fuente definitiva que utilizan los psiquiatras y otros médicos en relación con los criterios diagnósticos de los trastornos mentales es el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). Se revisa a medida que se dispone de nuevos conocimientos (American Psychiatric Association, 2000). Este libro ha sido escrito por expertos internacionales que crearon una terminología estándar para los trastornos mentales y establecieron un conjunto de criterios para diagnosticarlos. Debido a esto, un médico de la Columbia Británica y otro de Florida utilizarán la misma lista de criterios para diagnosticar a sus pacientes, y llamarán a sus trastornos con los mismos nombres. Esta estandarización es crítica como base de la investigación y el tratamiento de los trastornos mentales.

Los autores del DSM han insistido en que intentan clasificar trastornos, no personas (American Psychiatric Association, 2000). Las personas no se definen por sus enfermedades. Una persona con una enfermedad es simplemente eso, una persona primero, no un diabético, ni un esquizofrénico, ni «la apendicectomía de la habitación 213».

El formato de las etiquetas diagnósticas del DSM es más meticuloso que el diagnóstico médico tradicional porque incluye trastornos psiquiátricos y físicos, agentes estresantes actuales en la vida de la persona y una valoración de la magnitud en la que está afectada su actividad general. Este tipo de proceso diagnóstico exhaustivo ofrece un cuadro mucho más

CUADRO 1-1

CONSIDERACIONES CULTURALES

Este es el primero de una serie de cuadros de «Consideraciones culturales» (busque uno en cada capítulo), que tienen como finalidad prepararle para prestar una asistencia de enfermería culturalmente adecuada.

Valoración de la cultura y síndromes dependientes de la cultura

Las funciones de una cultura incluyen decidir quién está enfermo, indicar la conducta de las personas enfermas y prescribir su tratamiento. Como profesional de enfermería trabaja con personas de diversas culturas. Estas pueden describir sus sensaciones o síntomas de formas con las que usted no estará familiarizado. Será importante tener en consideración la cultura del paciente como una parte integral de la valoración. La valoración de la cultura debe incluir los siguientes aspectos.

Identidad cultural del individuo

La cultura estadounidense de origen europeo es la dominante en EE. UU. Muchos pacientes son estadounidenses pero se identifican con la cultura de sus padres o de su grupo étnico (afroamericanos, estadounidenses de origen vietnamita, estadounidenses de origen mexicano, etc.). Algunos pacientes que viven en EE. UU. son inmigrantes de otros países y tienen lazos estrechos con su cultura nativa. Por ejemplo, pueden considerarse a sí mismos británicos, nigerianos o rusos. Algunos indicadores de identidad cultural son su idioma, su religión, si la mayor parte de sus amigos son miembros del mismo grupo cultural o étnico, la duración de su estancia en este país y si han ido al colegio aquí (especialmente el instituto).

Factores culturales relacionados con el entorno y el desempeño de funciones del paciente

Esta área incluye el *significado cultural de los estresantes que experimenta el paciente*; por ejemplo, en una cultura en la que la enfermedad mental tiene un estigma grave que se extiende a toda la familia (algunas personas pueden no querer casarse con nadie de esa familia), un paciente puede sentir una carga de culpa por afectar a toda la familia. La *disponibilidad de apoyo social* es un aspecto relacionado con la cultura, como se ha mostrado en grupos culturales que tienen poco contacto con sus familias extensas después de casarse, por lo que no pueden esperar que alguien pueda ayudarles en casa. La *religión* es importante en la experiencia de ingreso hospitalario del paciente cuando el personal no conoce las necesidades religiosas del paciente (como requisitos dietéticos especiales, necesidad de algunos consejeros religiosos o circunstancias específicas para la oración). Algunos grupos culturales tienen *redes de personas emparentadas* (familia extensa y otras personas importantes a las que se puede acudir cuando sea necesario disponer de transporte, cuidado de los hijos, apoyo económico o cuidado de los enfermos) que pueden facilitar el desempeño de funciones por parte del paciente.

Explicaciones culturales de la enfermedad del paciente

Los europeos y los norteamericanos tienen actitudes similares hacia la enfermedad mental, con variaciones locales e individuales. El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders (DSM) se basa en estas culturas occidentales. El profesional de enfermería puede encontrarse ante pacientes cuya conducta sea considerada anormal y problemática por su grupo cultural aunque no se enumere en el DSM. Estos síndromes asociados a la cultura son patrones locales específicos de conducta anormal. Algunos ejemplos de diferentes culturas incluyen:

- El **amok** es un episodio disociativo. (Puede haber disociación de la consciencia, memoria, identidad y percepción del entorno del paciente.) El paciente puede tener un período de rumiación y sentirse perseguido, después de lo cual se produce una conducta violenta dirigida a personas u objetos. El paciente puede no recordar el episodio y volver posteriormente a su nivel de funcionamiento normal. El *amok* se describió originalmente en Malasia. Se encuentra una enfermedad similar con diferentes nombres en Filipinas, Laos, Polinesia y entre los indios navajos.
- La **bilis, cólera o muina** produce síntomas de tensión nerviosa aguda, cefalea, temblor, gritos, trastornos gástricos y posiblemente pérdida de conciencia producida por una ira o una furia muy intensas. Para muchos grupos latinos, la ira es una emoción muy potente que puede tener efectos directos sobre el cuerpo. El principal efecto de la ira es alterar el equilibrio del cuerpo (entre los aspectos material y espiritual, o caliente y frío, de una persona).
- El **mal de ojo** es un concepto que se encuentra ampliamente en las culturas mediterráneas y en otras partes del mundo. El *mal de ojo* es una frase española que se traduce en inglés por «evil eye». Los síntomas incluyen sueño inquieto, llanto sin causa aparente, diarrea, vómitos y fiebre en un niño lactante. Los niños tienen mayor riesgo, aunque los adultos (especialmente mujeres) pueden tener este trastorno.
- **Nervios** es una expresión de sufrimiento en latinos de EE. UU. y Latinoamérica. Otros diversos grupos étnicos tienen ideas similares sobre los «nervios». Se refiere a un estado general de vulnerabilidad ante experiencias vitales estresantes y a diversos síntomas de sufrimiento emocional producidos por circunstancias difíciles. Los síntomas habituales incluyen cefalea, que el paciente puede describir como «dolor cerebral», irritabilidad, dificultad para dormir, llanto fácil, molestia gástrica, temblor y dificultad para concentrarse. Los nervios tienden a ser un problema continuo que tiene una amplia gama de expresiones.
- El **fallo o desconexión temporal** son episodios que se producen principalmente en el sur de EE. UU. y en grupos caribeños. El paciente cae al suelo súbitamente, a veces sin previo aviso, a veces precedido por sensación de mareo o de «inestabilidad» en la cabeza. Los pacientes refieren ser incapaces de ver, aun cuando tienen los ojos abiertos. Pueden oír lo que ocurre alrededor de ellos, pero no se pueden mover.

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

claro de la persona en conjunto que simplemente una etiqueta diagnóstica como «depresión». A continuación se presenta el sistema de diagnóstico en cinco ejes del DSM:

- Eje I: trastornos psiquiátricos clínicos
- Eje II: trastornos de la personalidad o retraso mental
- Eje III: enfermedades médicas generales
- Eje IV: problemas psicosociales y ambientales
- Eje V: evaluación global del desempeño de funciones (se puede ver esta herramienta de valoración en el apéndice I, «Formularios de valoración de la salud mental»)

CASO CLÍNICO

Un varón de 50 años de edad con antecedentes de trastorno depresivo mayor ingresó en el hospital después de decir a su psiquiatra que estaba pensando en autolesionarse. Su esposa le abandonó hace 2 meses y perdió el trabajo hace aproximadamente 1 mes porque estaba demasiado deprimido para ir a trabajar habitualmente. Tiene hipertensión. No tiene amigos íntimos. La declaración diagnóstica multiaxial de nuestro paciente sería:

- Eje I: trastorno depresivo mayor
- Eje II: ninguno
- Eje III: hipertensión
- Eje IV: separación de su cónyuge, pérdida de trabajo
- Eje V: 50 (síntomas graves) en la Escala de evaluación de la función global

Aunque los profesionales de enfermería no establecen estos diagnósticos, es importante que los profesionales de enfermería los conozcan. Los profesionales de enfermería forman parte del equipo terapéutico multidisciplinar que planifica y suministra la asistencia de los pacientes. Las enfermedades mentales y físicas de los pacientes, sus estresantes vitales y los efectos sobre la capacidad de la persona de desempeñar sus funciones son datos útiles para la planificación de la asistencia de los pacientes.

Los médicos analizan los trastornos mentales en relación con los procesos de enfermedad y del tratamiento médico. Los profesionales de enfermería se concentran más en cómo se ven afectadas las personas por estos trastornos. Los profesionales de enfermería se centran en la *respuesta* de los pacientes a la enfermedad, tanto física como mental. Mire la lista de diagnósticos de enfermería del apéndice II, «Diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA». Muchos de ellos diagnostican problemas psicosociales.

Los trastornos mentales son un problema importante para personas de todo el mundo. Con frecuencia se infraestima la incidencia de los trastornos mentales. Un motivo de esto probablemente sea que no se reconocen las graves consecuencias que tienen los trastornos mentales. En 1996 el Global Burden of Disease Study mostró que las enfermedades mentales son 5 de las 15 causas principales de discapacidad en los países desarrollados. El cuadro 1-2 ■ muestra los cinco trastornos mentales más frecuentes en todo el mundo.

CUADRO 1-2

Los cinco trastornos mentales más frecuentes en el mundo

- Trastorno depresivo mayor
- Abuso de alcohol
- Esquizofrenia
- Lesiones autoinfligidas
- Trastorno bipolar

El trastorno depresivo mayor es la principal causa de discapacidad en los países desarrollados. En EE. UU. casi la mitad de las personas tendrá un trastorno psiquiátrico o un trastorno por abuso de sustancias en algún momento de su vida (National Institute of Mental Health, 2006). El cuadro 1-3 ■ ofrece más detalles sobre la incidencia de las enfermedades mentales en EE. UU.

CUADRO 1-3

Datos fundamentales sobre la incidencia de enfermedades mentales en EE. UU.

- En cualquier año dado, aproximadamente el 26,2% de la población adulta (1 de cada 4 adultos) estará afectado por un trastorno mental.
- Las enfermedades mentales son la principal causa de discapacidad en EE. UU. y en Canadá entre los 15 y los 44 años de edad.
- Aproximadamente el 20% de los niños menores de 18 años tiene una enfermedad mental suficientemente grave como para precisar tratamiento.
- El 6% de los estadounidenses tiene un trastorno por consumo de sustancias; 10,3 millones de estas personas tienen alcoholismo.
- Una cuarta parte de los 700.000 indigentes del país tiene enfermedades mentales graves.
- Al menos dos tercios de los ancianos que viven en residencias de ancianos tienen un trastorno mental, como enfermedad depresiva mayor.
- Más del 25% de los reclusos tiene un trastorno mental.
- Once de cada 100.000 personas en EE. UU. murieron por suicidio en 2002. Más del 90% de las personas que se suicidan tiene un trastorno mental o un trastorno por abuso de sustancias.
- La incidencia de enfermedad de Alzheimer (EA) ha aumentado al doble desde 1980. Una de cada 10 personas mayores de 65 años y 1 de cada 2 personas mayores de 85 años tiene EA.
- La mayoría de los seguros médicos privados no cubre el tratamiento de las enfermedades mentales o lo cubre a un nivel menor que las enfermedades médicas generales.

Fuente: Datos tomados del National Institute of Mental Health en www.nimh.nih.gov/healthinformation/ (acceso el 30/7/06) y la Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Mental Health Information Center en www.mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/Homelessness/ (acceso el 30/7/06).

Autocomprobación crítica. Si un amigo le preguntara «¿tienes una cardiopatía?» o «¿tienes una enfermedad mental?», ¿se sentiría diferente en relación con las dos preguntas? ¿Por qué?

Estigmas de las enfermedades mentales

Intente enumerar todos los términos que ha oído en relación con una persona con enfermedad mental. *Loco, majareta, chiflado, le falta un hervor, chaveta, pirado y chalado* son algunos. ¿Puede enumerar más? ¿Qué tienen todos estos términos en común? Todos son negativos, insultantes y despreciativos. Cuando hablamos sobre las enfermedades físicas no utilizamos estos términos tan insultantes. Nunca llamaríamos a una persona con diabetes un «adicto a la insulina» o un «loco por el azúcar». Estas etiquetas son inexactas, inadecuadas y desagradables.

Simplemente hablar sobre las enfermedades mentales con frecuencia hace que las personas se rían nerviosamente porque la enfermedad mental tiene un **estigma**, o «marca de vergüenza», en nuestra cultura. Es muy frecuente que las personas tengan actitudes negativas que devalúan a las personas con enfermedades mentales.

Las personas pueden sentirse tan avergonzadas de tener una enfermedad mental que pueden negarse a solicitar tratamiento. Personas que se presentan a cargos políticos han abandonado la política cuando se ha sabido que se les ha tratado por una enfermedad mental. Incluso los médicos a veces dudan de dar a sus pacientes el diagnóstico de un trastorno mental por miedo a que se asigne a los pacientes una «etiqueta» y, en consecuencia, se les trate mal.

Las personas con trastornos mentales tienen síntomas y deterioro de la capacidad funcional. Sin embargo, estos trastornos se pueden tratar. Las personas afectadas pueden tener éxito, y con frecuencia lo tienen, como políticos (incluyendo jefes de estado), artistas, periodistas, policías, profesores (tal vez su profesor), médicos, sacerdotes, conductores de autobús, profesionales de enfermería y estudiantes de enfermería. Es evidente que el estigma frente a los enfermos mentales no está justificado. Como defensores de los pacientes, los profesionales de enfermería deben dejar de utilizar etiquetas negativas sobre los pacientes con enfermedades mentales y deben animar a los demás a que dejen de utilizarlas. Deben educar al público de que la enfermedad mental se debe tratar de la misma forma que la enfermedad física. Los profesionales de enfermería deben evitar la tendencia a explicar la enfermedad mental según sus propios miedos y conjeturas. Los profesionales de enfermería pueden tomar la delantera basando su práctica en datos científicos, no en suposiciones ni estereotipos.

Perspectivas históricas

La enfermedad mental vino antes que los psiquiatras y los profesionales de enfermería de salud mental. En los tiempos más

antiguos de los que se dispone de datos se pensaba que la enfermedad mental se debía a fuerzas sobrenaturales. Se trataba a las personas con enfermedades mentales como si estuvieran afectadas por demonios o por influencias divinas.

En su «teoría de la enfermedad», Hipócrates (460-375 a. C.) describió los «humores» corporales: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. Pensaba que la melancolía (depresión) estaba producida por un exceso de bilis negra. También pensaba que la sangría podía aliviar este exceso (Frisch y Frisch, 2006).

En Europa en la Edad Media y el Renacimiento (cuando floreció el arte y la ciencia, pero no el tratamiento de los enfermos mentales) se pensaba que las personas con enfermedades mentales estaban afectadas por la luna (el término *lunático* procede de la palabra latina que se refiere a la luna). Se pensaba que las personas afectadas eran hadas, brujas o herejes. Se les temía, se les internaba en instituciones en las que se les trataba como criminales y se les castigaba por sus conductas. Las personas con enfermedades mentales eran maltratadas, sujetadas, golpeadas y se las alimentaba y vestía mal (Frisch y Frisch, 2006).

En el siglo XVIII se seguía encerrando a los enfermos mentales en prisiones en las que los empleados no tenían formación y estaban más interesados en el castigo que en el tratamiento. Lentamente empezó a producirse un período de ilustración en el tratamiento de los enfermos mentales a partir de 1790. El médico francés Phillippe Pinel inició el «tratamiento moral» de los enfermos mentales. Liberó a las personas de sus cadenas y adoptó un abordaje terapéutico psicológico. Ordenó satisfacer las necesidades básicas de alimento y ropa de los pacientes con trastornos mentales. Les estudió a ellos mismos y su conducta, intentando comprender su pensamiento anormal. William Tukes aplicó esas mismas ideas en Inglaterra. Estableció el concepto de *manicomio*, que debía ser un puerto seguro para las personas que habían sido azotadas, golpeadas y privadas de alimentos simplemente porque tenían una enfermedad mental. Los cuáqueros (amigos) en EE. UU. aplicaron los principios de la fe de los cuáqueros a la asistencia de los pacientes con enfermedades mentales. Pensaban que tratar a las personas con amabilidad en un entorno agradable podría producir la recuperación (Carson, 2000). La filosofía cuáquera formó el fundamento de la *terapia ambiental* (en la que se considera que el entorno es parte del tratamiento), que se sigue utilizando en la actualidad.

A principios del siglo XIX la maestra de escuela Dorothea Dix tuvo conocimiento de las horribles condiciones de los enfermos mentales en EE. UU. cuando se prestó voluntaria a enseñar en la escuela dominical de la cárcel de East Cambridge, Massachusetts. Las figuras 1-3 ■ y 1-4 ■ muestran los dispositivos que se utilizaban durante este período para sujetar a los pacientes con trastornos mentales. Encontró enfermos mentales y criminales hacinados en celdas sin calefacción. Habló con legisladores y líderes comunitarios. Durante años capitaneó una cruzada para obtener medios para el tratamiento



Figura 1-3. ■ La «silla tranquilizadora» se utilizaba para controlar a personas con trastornos mentales en el siglo XIX. Fuente: National Library of Medicine.

de los enfermos mentales. Sus esfuerzos finalmente llevaron al establecimiento de hospitales en EE. UU., Canadá, Escocia y Japón (Carson, 2000).

Bien entrado el siglo XIX las personas que trabajaban en los manicomios no tenían formación. Se hizo evidente que el nuevo modelo terapéutico precisaba cuidadores con formación, compasión y deseo de ayudar a los demás. En 1882 el McLean Asylum de Somerville, Massachusetts, abrió la primera escuela de formación del mundo para profesionales de enfermería de salud mental. El plan era «medicalizar la asistencia de los locos». Llamaron a los internos «pacientes» y a las cuidadoras «enfermeras» (Frisch y Frisch, 2006). También aproximada-

mente al final del siglo XIX se abrieron la Bellevue Training School en Nueva York y la Connecticut Training School. Son importantes porque utilizaron el modelo de Nightingale, en el que las enfermeras eran educadas por enfermeras, no por médicos.

En el siglo XX avanzó la enfermería de salud mental. En 1913 la Johns Hopkins Hospital School, bajo la dirección de Effie J. Taylor, empezó a incluir la enfermería de salud mental en la formación de las enfermeras generales. Esta fue la primera vez que un programa hospitalario ofrecía enfermería de salud mental a todos sus estudiantes. El objetivo de Taylor era suministrar una base de conocimientos estándar a todas las enfermeras para que no hubiera ninguna división artificial entre mente y cuerpo (Frisch y Frisch, 2006). Esta idea es la base de la enfermería holística.

A partir de 1930 se popularizaron las **terapias somáticas** (terapias físicas), que incluían terapia mediante sueño profundo (coma), choque insulínico y terapia con electrochoque.

En 1946 el Congreso de EE. UU. aprobó la National Mental Health Act, que estableció el National Institute of Mental Health (NIMH). Esta ley aportó financiación federal para la investigación y la formación en todas las áreas de la asistencia psiquiátrica. Como consecuencia de esta ley se establecieron programas de formación de grado para especialistas en enfermería de salud mental.

Entre 1950 y 1960 se produjo una revolución de la asistencia psiquiátrica con la invención de los **fármacos psicotrópicos** (fármacos que tratan las enfermedades mentales). La clorpromacina y el litio fueron los primeros que se utilizaron de forma generalizada. En la década siguiente se desarrollaron fármacos para tratar la ansiedad y la depresión. Por primera vez había un tratamiento eficaz para las **psicosis** (pérdida del pensamiento realista) para muchas personas. Se daba de alta a las personas de los hospitales psiquiátricos.

La **desinstitucionalización** de los pacientes comenzó en la década de los cincuenta. En este movimiento se daba de

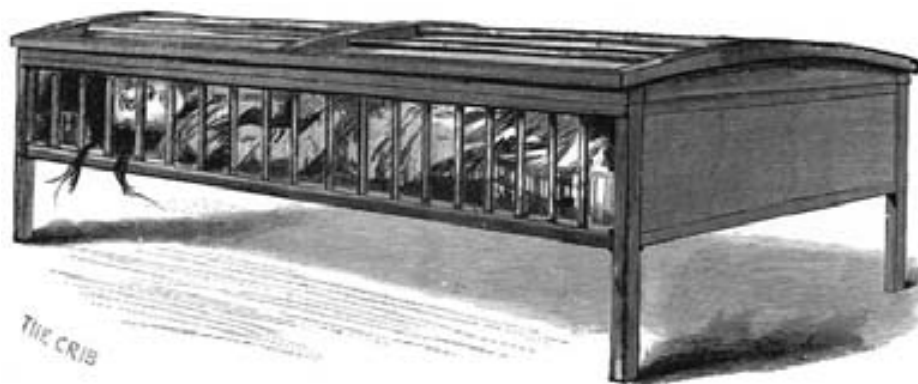


Figura 1-4. ■ La «cuna» se utilizaba para controlar a los pacientes con trastornos mentales en el siglo XIX. Fuente: Stock Montage, Inc./Historical Pictures Collection.

alta a las personas de las instituciones psiquiátricas, y después se cerraban las instituciones. Aproximadamente el 92% de las personas que habrían estado viviendo en los hospitales psiquiátricos públicos en 1955 no estaba allí en 1994 (Torrey, 1997). Este movimiento se sustentaba en dos ideas:

1. Se debe tratar a los pacientes en el entorno menos restrictivo posible.
2. Es más barato tratar a los pacientes en la comunidad que en un hospital estatal.

Lamentablemente, la consecuencia de este gigante experimento social es que 2,2 millones de pacientes con enfermedades mentales graves en EE. UU. no reciben ningún tratamiento psiquiátrico. No se satisfacen las necesidades de tratamiento comunitario. Muchas personas carecen de hogar, «[situación en la que] el «contexto menos restrictivo» resulta ser una caja de cartón, una celda de una cárcel o una existencia aterradora plagada por enemigos reales e imaginarios» (Torrey, 1997, pág. 11). El experimento de desinstitucionalización ha sido un fracaso.

Los pacientes con enfermedades mentales en EE. UU. siguen sufriendo el estigma de la enfermedad mental. Hay discriminación en el alojamiento y ausencia de cobertura de seguros debido a la discriminación en los seguros. Con frecuencia los seguros médicos no cubren las enfermedades mentales tan bien como las enfermedades médicas.

Sin embargo, todavía hay esperanza. Se declaró que la década de los noventa era la «década del cerebro». Se desarrollaron nuevos estudios diagnósticos y nuevos fármacos para las enfermedades mentales. Actualmente se dispone de las herramientas más eficaces de toda la historia para el tratamiento de las enfermedades mentales. Se sabe mucho más sobre las causas y los tratamientos de los trastornos mentales que nunca antes. El U.S. Department of Health and Human Services ha elaborado una lista de objetivos para los pacientes de EE. UU. en el año 2010. El cuadro 1-4 ■ enumera los objetivos de salud mental.

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

Los datos son claros: la enfermedad mental es un gran problema. Están afectadas muchas personas, que tienen disminución de la calidad de vida y de la duración de sus vidas. ¿Qué pueden hacer los profesionales de enfermería? El cuadro 1-5 ■ enumera las formas en las que los profesionales de enfermería pueden establecer la diferencia.

En los capítulos posteriores se va a abordar el tratamiento y la rehabilitación y recuperación de las enfermedades mentales. El primer paso para la prevención de las enfermedades menta-

CUADRO 1-4

Objetivos de salud mental de la iniciativa *Healthy People 2010*

- Reducir los suicidios a no más de 6 por cada 100.000 personas
- Reducir la incidencia de intento de suicidio con lesiones en adolescentes de 14 a 17 años
- Reducir la proporción de adultos indigentes que tienen enfermedad mental grave
- Aumentar la proporción de personas con enfermedades mentales graves que están empleadas hasta el 51%
- Reducir la tasa de recurrencia en personas con trastornos de la conducta alimentaria, incluyendo anorexia nerviosa y bulimia nerviosa
- Aumentar el número de personas vistas en atención primaria a las que se realiza cribado y valoración de la salud mental
- Aumentar la proporción de niños y adultos con problemas de salud mental que reciben tratamiento
- Aumentar la proporción de instituciones penitenciarias juveniles que hacen el cribado de problemas de salud mental en los nuevos ingresos
- Aumentar la población de personas con problemas de abuso de sustancias y trastornos mentales simultáneos que reciben tratamiento por ambos trastornos
- Aumentar la proporción de gobiernos locales con programas comunitarios de desvío de la cárcel para adultos con enfermedades mentales graves
- Aumentar hasta 30 el número de estados que hacen un seguimiento de la satisfacción de los pacientes con los servicios sanitarios que reciben
- Aumentar el número de estados con un plan de salud mental operativo que aborda la competencia cultural, la intervención de salud mental en caso de crisis, el cribado continuo y el tratamiento de los ancianos

Fuente: *Healthy People 2010: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. U.S. Department of Health and Human Services. © 2000. Washington, D.C.: Author.

les es reconocer cuáles son los factores de riesgo y trabajar para minimizarlos. No se pueden modificar algunos factores, como la predisposición biológica. Otros, como los recursos inadecuados o la falta de conocimientos, son factores de riesgo modificables. La figura 1-5 ■ muestra los factores que favorecen la salud mental o que sitúan a las personas en riesgo de enfermedad mental.

CUADRO 1-5

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

- **Prevención** de la enfermedad mental (primaria, secundaria y terciaria)
- **Tratamiento** en la fase aguda de la enfermedad
- **Rehabilitación** de los pacientes después de que se hayan recuperado de la fase aguda de la enfermedad

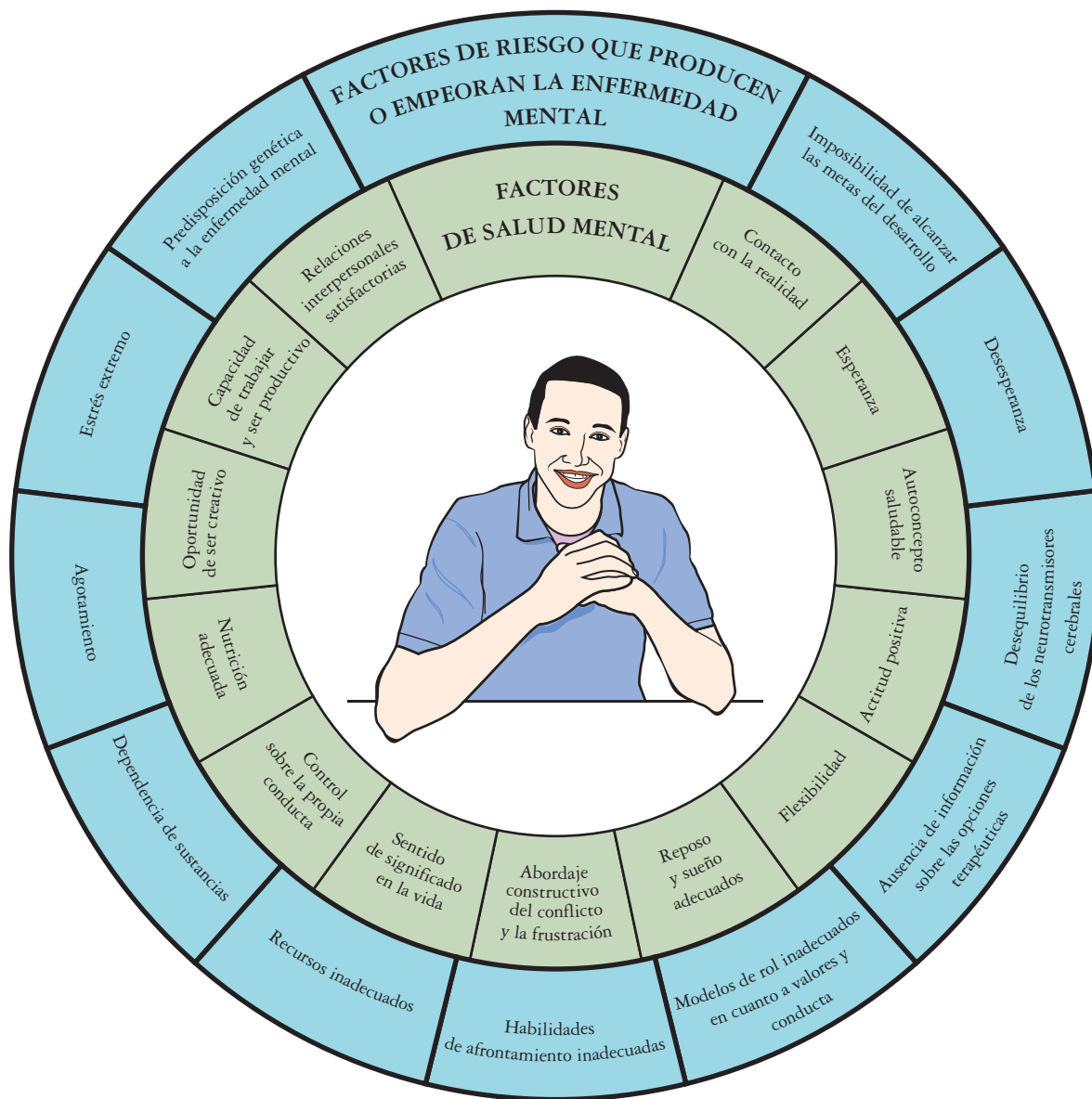


Figura 1-5. ■ Factores de riesgo y factores preventivos de la enfermedad mental.

PREVENCIÓN

Hay tres tipos de prevención:

1. La prevención **primaria** comienza con la persona sana e impide que esté afectada por un trastorno. Un ejemplo es la educación sobre el abuso de drogas en niños. Aprenden a evitar el consumo de drogas antes de que hayan tenido cualquier problema. La figura 1-6 ■ muestra una clase de resistencia al abuso de drogas.
2. La prevención **secundaria** incluye a personas que ya están afectadas por un trastorno. Se las identifica y trata precozmente para prevenir los resultados negativos del trastorno. Un ejemplo es el cribado de la depresión, cuando se estudia a las personas y se identifican precozmente los casos de depresión, antes de que la persona haya tenido pérdida de trabajo, desesperanza o incluso intento de suicidio.
3. La prevención **terciaria** se dirige a las personas que ya tienen una afectación grave por un trastorno mental. El objetivo es ayudarlas a recuperarse y a prevenir una discapacidad posterior. Un ejemplo de prevención terciaria es una consulta ambulatoria comunitaria a la que pueden acudir los pacientes con esquizofrenia para aprender habilidades de socialización, vida independiente y manejo de la medicación que les ayudarán a permanecer fuera de las instituciones y en sus domicilios.



Figura 1-6. ■ Educar a los adolescentes sobre cómo evitar el abuso de drogas es una estrategia de prevención primaria de las enfermedades mentales. *Fuente:* PhotoEdit Inc.



Figura 1-7. ■ Hay más donaciones de caridad a favor de los animales sin techo que para las personas sin techo. *Fuente:* Photo Researchers, Inc.

Vulnerabilidad de los enfermos mentales

Los pacientes con enfermedades mentales se encuentran entre los más vulnerables de nuestra sociedad. Con frecuencia tienen una afectación demasiado grave por su enfermedad como para poder hablar de forma eficaz por sí mismos. La persona indigente y desaseada genera menos simpatía de los colaboradores con causas caritativas que los niños o que incluso los animales sin hogar (fig. 1-7 ■).

ALERTA clínica

Una de las funciones más importantes de los profesionales de enfermería en la asistencia de salud mental es la defensa de los pacientes. Los pacientes con enfermedad mental son muy vulnerables y con frecuencia tienen dificultad para hablar por sí mismos.

La National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) es una organización poderosa, aunque financiada de forma insuficiente, que actúa como defensora de los pacientes con enfermedad mental y de sus familias. La NAMI proporciona apoyo, educación y defensa política. También hay miembros estatales de la NAMI que ayudan a las familias a afrontar las enfermedades mentales a un nivel local. La página web de la NAMI, www.nami.org, tiene información para los usuarios y sus familias en

inglés y español. Se utiliza el término *usuario*, y no *paciente*, para describir a una persona de la comunidad que utiliza los servicios de salud mental.

Los profesionales de enfermería de cualquier lugar son también defensores de los pacientes. Los enfermos mentales tienen una necesidad especial de defensa para poder acceder a servicios diagnósticos y terapéuticos, financiación de los servicios y priorización de la investigación sobre nuevas modalidades terapéuticas. Los profesionales de enfermería pueden ser defensores ante los legisladores para proponer cambios en la ley y en las políticas sanitarias. Pueden animar a las agencias locales a que pongan a disposición de los pacientes servicios y alojamientos. Pueden trabajar junto a los pacientes con enfermedad mental, que con frecuencia necesitan un defensor para satisfacer las más sencillas de las necesidades diarias.

Los pacientes con trastornos mentales con frecuencia inician el tratamiento por síntomas físicos. Con frecuencia se les trata y se les da de alta sin preocuparse por sus problemas mentales continuos. Sin ningún diagnóstico ni conocimiento de sus trastornos mentales, estos pacientes no reciben servicios adecuados. Pedir una consulta de salud mental para un paciente hospitalizado es con frecuencia un acto importante de defensa de los pacientes.

Nota: La bibliografía y los recursos de este y el resto de capítulos se han reunido al final del libro.

Revisión del capítulo

TÉRMINOS CLAVE

adaptabilidad

desinstitucionalización

estigma

fármacos psicotrópicos

introspección

psicosis

realidad

terapias somáticas

PUNTOS clave

- Salud mental es un término relativo: las personas pueden estar ligeramente sanas mentalmente o muy sanas mentalmente. Pueden estar más o menos sanas mentalmente independientemente de que tengan o no un diagnóstico de trastorno mental.
- Todas las personas tienen la posibilidad de desarrollo hacia una mejor salud mental.
- Se clasifican los trastornos mentales; no se clasifican las personas.
- La desinstitucionalización de los enfermos mentales dio lugar a que hubiera muchas personas con enfermedades mentales sin hogar y sin tratamiento.
- El estigma de la enfermedad mental impide que muchas personas obtengan el tratamiento que necesitan.
- Los profesionales de enfermería pueden fomentar la salud mental de los pacientes en cualquier contexto.
- Los profesionales de enfermería pueden participar en todos los niveles de prevención de las enfermedades mentales.
- Los enfermos mentales son un grupo muy vulnerable.
- Pedir una consulta de salud mental es un acto importante de defensa de un paciente por un profesional de enfermería.



EXPLORE MediaLink

Pueden encontrarse recursos interactivos adicionales en la página web complementaria www.prenhall.com/eby. Haga clic en «Chapter 1» y en «Begin» para seleccionar las actividades de este capítulo.

- Audio glossary
- NCLEX-PN® review
- Case study
- Study outline
- Critical thinking questions
- Matching questions
- Weblinks

Preparación del examen NCLEX-PN®

CONSEJO PARA PASAR LA PRUEBA

Cuando se siente para realizar el examen, el pensamiento más tranquilizador es que ha hecho todo lo posible para estar preparado. Asegúrese de que sea verdad estudiando de forma continua. No lo deje para poco antes del examen, intentando «embutir» toda la información en su cansado cerebro.

- 1** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones indica que el hablante está perdiéndose un aspecto importante de una vida mentalmente sana?
 1. «Soy responsable de mis reacciones ante las situaciones; otras personas no tienen ningún control sobre mis emociones.»
 2. «Mi objetivo en la vida es tratar siempre a los demás como quiero que me traten a mí.»
 3. «Soy autosuficiente; no necesito relaciones personales con otras personas.»
 4. «Veo cada problema como un reto y una fuente de desarrollo creativo.»
- 2** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en relación con la salud mental?
 1. Hay grados de salud mental.
 2. No hay ninguna definición aceptada de forma universal de salud mental.
 3. Todas las personas tienen la capacidad de mejorar su propia salud mental.
 4. Una persona con una enfermedad mental diagnosticada no puede alcanzar un estado mentalmente más sano.
- 3** ¿Cuál de las siguientes es una afirmación verdadera sobre la edición actual del DSM?
 1. Proporciona una valoración holística de la enfermedad mental.
 2. Es específico de los problemas de salud mental de EE. UU.
 3. Es una clasificación de los pacientes con trastornos mentales.
 4. Tienen consideración sólo los trastornos psiquiátricos clínicos y de la personalidad.
- 4** De acuerdo con la escala de evaluación de la función global, un varón de 40 años de edad con trastorno antisocial de la personalidad que tiene dificultad para mantener relaciones personales íntimas o para mantener un trabajo durante mucho tiempo tiene:
 1. Síntomas mínimos, buena actividad en todas las áreas.
 2. Síntomas moderados o dificultad moderada en la actividad social, ocupacional o escolar.
 3. Algunos síntomas leves, pero en general funciona bastante bien.
 4. Síntomas graves o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar.
- 5** ¿Cuál de las siguientes es la enfermedad mental más frecuente en todo el mundo?
 1. Abuso de alcohol
 2. Esquizofrenia
 3. Trastorno depresivo mayor
 4. Trastorno bipolar
- 6** Una persona indigente con esquizofrenia ha ingresado en una unidad médica con neumonía. El profesional de enfermería sospecharía que la circunstancia vital de este paciente es la consecuencia de:
 1. El experimento de la desinstitucionalización.
 2. La imposibilidad de controlar los síntomas con fármacos psicotrópicos.
 3. La ausencia de financiación federal de alojamientos.
 4. El paciente no se preocupa lo suficiente de obtener tratamiento.
- 7** La recomendación de derivación de un paciente con esquizofrenia para una consulta psiquiátrica en una clínica comunitaria ambulatoria y un programa terapéutico es un ejemplo de:
 1. Prevención primaria.
 2. Prevención secundaria.
 3. Prevención terciaria.
 4. Intervención activa.
- 8** ¿Por qué los pacientes con enfermedad mental necesitan la defensa de los profesionales de enfermería?
 1. No se expresan muy bien.
 2. Con frecuencia no pueden hablar por sí mismos debido a su enfermedad.
 3. Realmente no conocen sus necesidades asistenciales.
 4. Tienen miedo de hablar.
- 9** ¿Dónde pueden ir las familias de los pacientes con enfermedades mentales para obtener información sobre la enfermedad y servicios de apoyo familiar?
 1. National Alliance for the Mentally Ill
 2. National Foundation for Mental Science
 3. American Family Help Plan
 4. Centers for Disease Control
- 10** ¿Cuáles de los siguientes factores de riesgo de la aparición de enfermedad mental podrían ser modificados por el profesional de enfermería como parte de la prevención primaria? (Seleccione todas las correctas.)
 1. Ausencia de información sobre las opciones terapéuticas
 2. Reposo y sueño inadecuados
 3. Autoconcepto poco saludable
 4. Predisposición genética a la enfermedad mental
 5. Habilidades de afrontamiento ineficaces

En el apéndice I pueden encontrarse las respuestas a las preguntas de revisión.

Capítulo 2

Aspectos éticos y legales

BREVE sinopsis

ÉTICA EN ENFERMERÍA

Valores personales

Códigos éticos para profesionales de enfermería

Niveles de calidad asistencial

Principios éticos

ASPECTOS LEGALES

DE LA ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Tipos de derecho

Leyes de la práctica de la enfermería

Ingreso hospitalario psiquiátrico

Derechos legales

de los pacientes de salud mental

Competencia

Americans with Disabilities Act

Voluntades anticipadas

Responsabilidad del personal de enfermería en la documentación

Mala praxis

Normas de calidad de la asistencia adecuada culturalmente

CASO CLÍNICO:

Mala praxis

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO:

Asistencia de un paciente que rechaza la medicación

OBJETIVOS del aprendizaje

Al finalizar la lectura de este capítulo, usted será capaz de:

1. Clarificar sus propios valores personales.
2. Ofrecer asistencia de enfermería basada en los valores éticos de la profesión.
3. Aplicar el proceso de enfermería como modelo para la toma de decisiones éticas.
4. Identificar métodos para evitar problemas de mala praxis.
5. Planificar las intervenciones de enfermería para proteger los derechos legales y éticos de los pacientes con trastornos psiquiátricos.

El principio de la enfermería profesional se basa en los principios éticos de nuestra profesión y en las leyes de nuestra sociedad. La enfermería tiene niveles de calidad elevados. Nuestros niveles de calidad éticos y legales sirven para proteger a nuestros pacientes, a nuestra sociedad y a nosotros mismos.

ÉTICA EN ENFERMERÍA

La **ética** es la ciencia relacionada con los principios morales o las normas que regulan la conducta. Es el conjunto de conocimientos que responde a la pregunta: «teniendo en consideración todos los aspectos, ¿qué es lo *correcto* que se debe hacer en una situación determinada?». Los profesionales de enfermería trabajan con problemas éticos todos los días. Se plantean problemas éticos cuando un vecino pide información sobre una persona famosa que está en el hospital, cuando un paciente no entiende el tratamiento, cuando un fármaco hace que el paciente se sienta mal o cuando se da de alta a una paciente antes de que esté preparada para llevar una vida independiente en su hogar.

Valores personales

Los profesionales de enfermería deben conocer sus propios valores antes de tomar decisiones en relación con la ética profesional. Los **valores** son creencias personales sobre el valor de una idea, un objeto o una conducta.

Los valores son las decisiones de una persona sobre lo que está bien, lo que está mal y lo que es más importante. Las personas con frecuencia manifiestan vehemencia en relación con el tema de los valores. Son los valores (como el patriotismo, la libertad, la justicia, la igualdad y la religión) lo que hace que las personas vayan a la guerra, o marchen contra ella. Las personas con frecuencia quieren luchar o incluso morir por sus valores (fig. 2-1 ■). ¿Por qué los valores personales son tan importantes para la enfermería?



Figura 2-1. ■ Las personas con frecuencia son vehementes en relación con sus valores. Fuente: PhotoEdit Inc.

mos. Estas normas cambian lentamente con el paso del tiempo, a medida que evolucionan los valores de nuestra cultura. Las leyes varían de unos estados a otros. Usted debe conocer las leyes que afectan a la enfermería en el estado en el que va a ejercer.

Los valores personales afectan a cómo los seres humanos (incluyendo los profesionales de enfermería) interpretan el mundo. Los valores personales pueden afectar a la conducta de un profesional de enfermería en su trabajo. Un profesional de enfermería que valora mucho la autosuficiencia puede priorizar la asistencia de un paciente independiente con respecto a la de un paciente que tiene tetraplejía. Un profesional de enfermería que valora mucho el aspecto físico puede responder primero a las luces de llamada de los pacientes atractivos. Estos profesionales de enfermería pueden no saber por qué se comportan de esta forma salvo que clarifiquen sus valores por sí mismos.

La **clarificación de los valores** es un proceso de autodescubrimiento en el que las personas identifican sus propios valores y los priorizan. Cuando los profesionales de enfermería conocen claramente sus propias actitudes sobre lo que está bien y lo que está mal, es más fácil que decidan sobre la conducta profesional ética. El proceso de clarificación de los valores (fig. 2-2 ■) tiene tres pasos (Steele y Harmon, 1979):

1. **Elegir** los valores que se van a mantener de entre varias alternativas
2. **Apreciar** los valores elegidos, lo que significa hacer un compromiso público con esos valores (como con pegatinas, joyas simbólicas, tatuajes, decírselo a otras personas, etc.)
3. **Actuar** según los valores elegidos

Integridad significa actuar según los propios valores. Si una persona valora la honradez y actúa en consecuencia con honradez, se dice que esta persona tiene integridad. Si esta persona dice que valora la honradez pero actúa de una forma inconsecuentemente poco honrada actúa con *hipocresía* (conducta contraria a los valores declarados).

Los profesionales de enfermería que conocen sus valores tienen mayor capacidad de actuar profesionalmente con los pacientes sin permitir que sus problemas personales interfieran con la asistencia de los pacientes. Considere el caso de un profesional de enfermería que tiende a actuar de forma irrespetuosa hacia los pacientes que tienen sobrepeso. Si el profesional de enfermería clarifica que valora mucho la forma física, sabrá por qué tiene sentimientos negativos hacia las personas que no tienen buena forma física. Con algún esfuerzo, este profesional de enfermería puede entender que el carácter de una persona no se mide en la báscula del baño. Puede ser



(1)



(2)



(3)

Figura 2-2. ■ Pasos del proceso de clarificación de los valores. (1) Elegir libremente entre las alternativas. *Fuente: Rough Guides. Dorling Kindersley.* (2) Apreciar los valores elegidos haciendo públicas las elecciones. *Fuente: The Stock Connection.* (3) Actuar según los valores elegidos. *Fuente: Photo Researchers, Inc.*

menos crítico y más considerado con los pacientes con sobrepeso. Sin este autodescubrimiento puede que nunca modifique su propia conducta.

Algunos valores personales (como el racismo) no son aceptables en ningún campo de la práctica de la enfermería. Los estudiantes de enfermería deben aprender las normas y valores de la profesión de la enfermería. Entonces podrán decidir si quieren o no integrarse en esta profesión.

A veces los valores de la profesión (ética profesional) superan a los valores de un profesional de enfermería individual. Considere una profesional de enfermería que sea presidenta de un grupo antiabortista. Es vehemente en relación con lo que cree que es el derecho a la vida del no nacido. Quiere trabajar en una unidad de obstetricia. Se negaría a prestar asistencia a cualquier mujer a la que se hiciera un aborto. Sin embargo, en la unidad de obstetricia de su hospital local ingresan pacientes que tienen complicaciones después de hacerse abortos. En la profesión de la enfermería, los derechos de todos los pacientes a la asistencia de enfermería son más importantes que el derecho de un profesional de enfermería individual a actuar según sus propios valores. Esta profesional de enfermería deberá trabajar en un área diferente del hospital o deberá reexaminar su decisión de excluir a algunas pacientes de su asistencia. Una persona que tiene valores personales que excluyen a determinados grupos de personas de la asistencia de enfermería debe plantearse otras opciones profesionales.

Los profesionales de enfermería no tienen por qué estar de acuerdo con las conductas o los valores de sus pacientes. De hecho, con frecuencia están en desacuerdo. Sin embargo, los profesionales de enfermería deben prestar asistencia a las personas con respeto a su dignidad humana e independientemente de sus atributos personales.

En el contexto psiquiátrico, los profesionales de enfermería pueden atender a pacientes que han cometido delitos contra la integridad de las personas (como agresión sexual) u otros actos violentos o conductas anormales que son ofensivos para los profesionales de enfermería. Independientemente de lo difícil que sea, es necesario que los profesionales de enfermería separen la conducta del paciente de la necesidad de asistencia de enfermería del paciente.

Usted trae sus propios valores individuales a la profesión de la enfermería. Estos valores pueden madurar y transformarse cuando adquiera introspección y experiencia en la enfermería.

Códigos éticos para profesionales de enfermería

La American Nurses Association (2001) ha establecido una guía ética para toda la profesión de enfermería, el Código ético para profesionales de enfermería (*Code of Ethics for Nurses*) (cuadro 2-1 ■). Observe que el código presenta principios y directrices, aunque no orientaciones específicas, para las intervenciones de enfermería. Los códigos éticos profesionales deben

CUADRO 2-1

Código de ética para profesionales de enfermería de la American Nurses Association

1. El profesional de enfermería, en todas las relaciones profesionales, debe ejercer su profesión con compasión y respeto por la dignidad, el valor y el carácter único inherentes a todas las personas, sin restricciones por consideraciones de situación social o económica, atributos personales o naturaleza de los problemas sanitarios.
2. El compromiso principal del profesional de enfermería se contrae con el paciente, ya sea un individuo, una familia, un grupo o una comunidad.
3. El profesional de enfermería fomenta, apoya y lucha por proteger la salud, seguridad y derechos del paciente.
4. El profesional de enfermería es responsable de la práctica de la enfermería individual, y determina la correspondiente delegación de tareas compatibles con la obligación del profesional de enfermería de prestar una asistencia óptima a sus pacientes.
5. El profesional de enfermería tiene las mismas obligaciones consigo mismo y con los demás, incluyendo la responsabilidad de mantener la integridad y la seguridad, de mantener la competencia y de continuar el desarrollo personal y profesional.
6. El profesional de enfermería participa en el establecimiento, mantenimiento y mejora de los entornos asistenciales y de las condiciones laborales que lleve a la provisión de una asistencia sanitaria de calidad y que sea compatible con los valores de la profesión mediante la acción individual y colectiva.
7. El profesional de enfermería participa en el avance de la profesión mediante contribuciones a la práctica, formación, administración y desarrollo de los conocimientos.
8. El profesional de enfermería colabora con todos los demás profesionales sanitarios y con el público en la promoción de los esfuerzos comunitarios, nacionales e internacionales para satisfacer las necesidades sanitarias.
9. La profesión de la enfermería, tal y como la representan las asociaciones y sus miembros, es responsable de articular los valores de enfermería, mantener la integridad de la profesión y su práctica, y modelar las políticas sociales.

Fuente: Reproducido con autorización de American Nurses Association, *Code of Ethics for Nurses with Interpretative Statements*, © 2001 Nursesbooks.org, American Nurses Association, Washington, D.C.

ser generales para cubrir todas las posibles situaciones en las que se utilizarán.

El Código ético para profesionales de enfermería refleja las normas éticas actuales de la enfermería. La ética de la profesión evoluciona con el paso del tiempo, a medida que se modifican las actitudes de la sociedad y las circunstancias sociológicas. El Código se elaboró por primera vez en 1950. Se evalúa y revisa periódicamente para hacer que sea compatible con la práctica contemporánea. La revisión más reciente insiste en el servicio de los profesionales de enfer-

CUADRO 2-2

Normas legales/éticas para el diplomado universitario en enfermería

El diplomado universitario en enfermería:

1. Debe tener una autorización actualizada para ejercer la enfermería como DUE de acuerdo con la ley del estado en la que trabaja.
2. Debe conocer el ámbito de la práctica de la enfermería autorizada por la ley Nursing Practice Act en el estado en el que trabaja.
3. Debe tener el compromiso personal de cumplir las responsabilidades legales inherentes a la buena práctica de la enfermería.
4. Debe adoptar acciones responsables en situaciones en las que haya una conducta no profesional de un igual o de otro profesional sanitario.
5. Debe reconocer y tener el compromiso de cumplir las necesidades éticas y morales de la práctica de la enfermería.
6. No debe aceptar ni realizar responsabilidades profesionales para las que sepa que no está capacitado.

Fuente: Reproducido con autorización de National Federation for Licensed Practical Nurses, Inc. (2003). www.nflpn.org/practice.

mería a los pacientes y también su deber consigo mismos. También refuerza la responsabilidad de los profesionales de enfermería de mejorar los entornos asistenciales mediante acciones colectivas y reconoce la responsabilidad global de la enfermería.

La National Federation of Licensed Practical Nurses (NFLPN) es la organización profesional que representa a los profesionales de enfermería (DUE). En 2003 la NFLPN publicó las directrices más actualizadas *Nursing Practice Standards for the Licensed Practical/Vocational Nurse*. La organización tiene normas en relación con la formación, la situación legal/ética, la práctica profesional, la formación continuada y la práctica de la enfermería especializada para diplomados universitarios en enfermería. Las normas sobre la situación ética/legal se presentan en el cuadro 2-2 ■.

Niveles de calidad asistencial

Los **niveles de calidad de la asistencia de enfermería** son las expectativas éticas y legales en relación con la práctica profesional; son el nivel de calidad del trabajo que considera adecuado la profesión. Hay habilidades y conocimientos estándar que habitualmente poseen los miembros de la profesión de enfermería. La sociedad espera que los profesionales de enfermería utilicen al menos una asistencia habitual y razonable para que no se produzca ningún perjuicio innecesario al paciente. Cuando haya dudas sobre la asistencia de un profesional de enfermería, se pueden comparar las acciones del personal de enfermería con las normas de calidad profesional (Guido, 2006).

Algunos niveles son establecidos por las organizaciones que emplean a los profesionales de enfermería. Estos *niveles internos* con frecuencia son políticas y procedimientos por escrito para la realización de las tareas de enfermería. Los profesionales de enfermería son responsables de conocer y seguir las políticas y procedimientos de su empleador.

También hay *criterios externos*, que son establecidos por organizaciones estatales y nacionales. Los comités estatales de enfermería, las organizaciones profesionales de enfermería, como la ANA y la NFLPN, y el gobierno federal, elaboran criterios externos (Guido, 2006). Se espera que los profesionales de enfermería conozcan estas normas y las cumplan.

Principios éticos

Los principios éticos constituyen la base para la discusión y la toma de decisiones éticas. Estos principios se pueden utilizar de forma aislada, aunque habitualmente se utilizan combinados entre sí (Guido, 2006). Los siete principios éticos más importantes para la enfermería son:

- **Justicia.** Justicia significa que todas las personas tienen derecho a ser tratadas de forma igual y equitativa. Todos los recursos disponibles para la asistencia sanitaria se deben distribuir por igual a todas las personas.
- **Beneficencia.** Beneficencia significa hacer el bien a los demás. Este es el fundamento de la mayor parte de las acciones de la enfermería: hacer el bien.
- **No maleficencia.** No maleficencia significa no hacer ningún perjuicio. Los profesionales sanitarios no deben perjudicar a sus pacientes de forma intencionada ni accidental (Aiken y Catalano, 1994).
- **Autonomía.** La autonomía supone la libertad personal y la autodeterminación. Es el derecho a elegir lo que le ocurrirá a uno mismo.
- **Paternalismo.** El paternalismo permite que alguien actúe «en mejor interés» de otras personas, tomando decisiones por los demás cuando estos carecen de información completa o de capacidad para tomar las decisiones (Aiken y Catalano, 1994).
- **Veracidad.** Veracidad significa decir la verdad. Este principio afirma que siempre se debe decir toda la verdad.
- **Fidelidad.** Fidelidad significa cumplir las promesas. Cuando usted es leal, usted cumple sus promesas.

Autocomprobación crítica. ¿El sistema sanitario de EE. UU. se basa en el principio de la justicia? ¿Por qué o por qué no?

Los principios éticos pueden parecer relativamente sencillos al principio, aunque pueden ser bastante complejos cuando se aplican a la práctica real. En ocasiones puede haber conflicto entre varios principios, y a veces un principio es más

importante que los demás. Considere el caso de una paciente con un trastorno psiquiátrico grave que no quiere tomar su medicación. Cuando no toma su medicación, se agita y se puede lesionar a sí misma o a otras personas. La pregunta es: ¿se debe obligar a esta paciente a tomar los fármacos prescritos? De acuerdo con el principio de autonomía, ¿qué se debe hacer? De acuerdo con el principio de beneficencia, ¿qué se debe hacer? ¿Qué pasos se deben dar si el principio utilizado es el paternalismo? ¿Se debe obligar a esta persona a tomar la medicación? Los principios éticos con frecuencia chocan entre sí, creando dilemas éticos que dificultan la toma de decisiones.

DILEMAS ÉTICOS

Las decisiones sobre la acción correcta o errónea en una situación dada se complican en parte por qué principios éticos se utilizan (como en el ejemplo anterior). Otros factores que complican la situación incluyen los recursos disponibles, la cultura y los valores de las personas implicadas, quién es la persona que toma la decisión y las posibles consecuencias de las acciones (que pueden ser diferentes desde el punto de vista de cada una de las personas).

Existe un **dilema ético** cuando se pueden considerar alternativas morales contradictorias ante la realización de una acción. En un dilema ético hay algunos datos de que una acción particular puede ser correcta y algunos datos de que puede ser errónea.

TOMA DE DECISIONES ÉTICAS

En la cultura sanitaria de EE. UU. se da mucho valor a la autonomía del paciente. Si el paciente tiene edad suficiente para tomar decisiones legales (la edad varía de unos estados a otros) y no ha sido declarado legalmente incompetente por un tribunal de justicia o no se le ha nombrado un tutor legal, se considera que el paciente es quien toma las decisiones en las situaciones de tratamiento médico. Parece una buena idea en cualquier situación asistencial, pero considere las siguientes situaciones que pueden poner a prueba los fundamentos éticos de los profesionales de enfermería:

1. Un paciente de una unidad medicoquirúrgica de un hospital está diagnosticado de insuficiencia respiratoria por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Este paciente fuma de una a dos cajetillas de cigarrillos al día. Los profesionales de enfermería educan al paciente en relación con los peligros del tabaco siempre que está en el hospital y siempre que va a la consulta del médico, pero sigue fumando. ¿Qué deben hacer los profesionales de enfermería?
2. Un paciente de una unidad psiquiátrica tiene esquizofrenia. Tiene pensamiento delirante que le hace no querer tomar la medicación antipsicótica. Piensa que le produce la enfermedad mental y no quiere tomarlo. ¿Qué debe hacer el profesional de enfermería?

3. Se ha diagnosticado de demencia a una paciente de un centro de cuidados crónicos. No quiere tomar su medicación, incluyendo la que puede mejorar su función cognitiva. A veces la toma, pero hoy no quiere. ¿Qué debe hacer el profesional de enfermería?
4. Una mujer con depresión grave ingresó voluntariamente en el hospital psiquiátrico. Cuando se niega a tomar la medicación antidepresiva que ha prescrito su psiquiatra, sus padres y su marido preguntan al psiquiatra si se la puede obligar a tomar la medicación para que se sienta mejor. ¿Qué debe hacer el profesional de enfermería?

En todos estos casos parece que los principios éticos de beneficencia (hacer el bien) y paternalismo (saber mejor que los pacientes lo que es bueno para ellos) parecen indicar que se debe hacer algo para que los pacientes hagan lo que claramente parece que redunde en su mejor interés. Pero el principio *más importante* de autonomía indica que se debe permitir que el paciente decida en todos estos casos. Estos adultos legalmente competentes tienen derecho a elegir si quieren o no operarse o participar en terapia de grupo, cuánto quieren comer de las comidas y si quieren o no tomar la medicación, entre las muchas decisiones diarias de la vida de un paciente. También tienen derecho a tomar sus propias decisiones sobre su conducta relacionada con la salud cuando están en su domicilio. Pueden fumar, tomar alimentos no saludables, trabajar demasiado durmiendo demasiado poco o realizar otras diversas conductas no saludables, aun cuando el profesional de enfermería no las apruebe.

Autocomprobación crítica. ¿Es correcto desde el punto de vista ético que un profesional de enfermería de un centro de cuidados crónicos engañe a una paciente para que tome el tratamiento mezclando con los alimentos los comprimidos machacados de la paciente?

Por tanto, usted puede preguntar de qué sirven los profesionales de enfermería si no podemos hacer que los pacientes hagan nada. En la relación profesional de enfermería-paciente fomentamos la confianza y enseñamos a los pacientes lo que deben saber para que puedan tomar decisiones informadas por sí mismos. Atendemos a los pacientes, los educamos y los apoyamos. No tenemos que aprobar su conducta ni sus ideas, simplemente atendemos, educamos y apoyamos. La única conducta que podemos controlar es la nuestra propia.

Por supuesto, la excepción es cuando la conducta de un paciente es peligrosa. Todos los estados tienen una ley que permite que el personal médico actúe para proteger a otras personas cuando un paciente es peligroso para ellas, o para proteger a los pacientes cuando son peligrosos para sí mismos. Los profesionales de enfermería deben conocer las leyes correspondientes de los estados en los que ejercen.

ASPECTOS LEGALES DE LA ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Aunque los principios éticos de la asistencia de enfermería protegen los derechos de los pacientes, el derecho protege las necesidades de la sociedad. El contexto legal de la asistencia afecta a los derechos de los pacientes y la calidad de la asistencia que reciben. Los derechos civiles, penales y de los consumidores de los pacientes se han expresado y ampliado mediante leyes (Stuart y Laraia, 2005). Algunas leyes que afectan a los enfermos mentales son federales; otras han sido aprobadas por los estados y varían de unos estados a otros. Los profesionales de enfermería deben conocer las leyes del estado en el que ejercen.

Tipos de derecho

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

penal protege a las personas de conductas perjudiciales para el bienestar público y castiga a las personas que violan estas leyes (Townsend, 2006). La figura 2-3 ■ muestra las relaciones entre los tipos de derecho en relación con la práctica de la enfermería.

Leyes de la práctica de la enfermería

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

- Las definiciones de la enfermería y los diversos tipos de profesionales de enfermería
- Los requisitos para la formación de cada tipo de profesional de enfermería
- Las condiciones para la revocación de una autorización

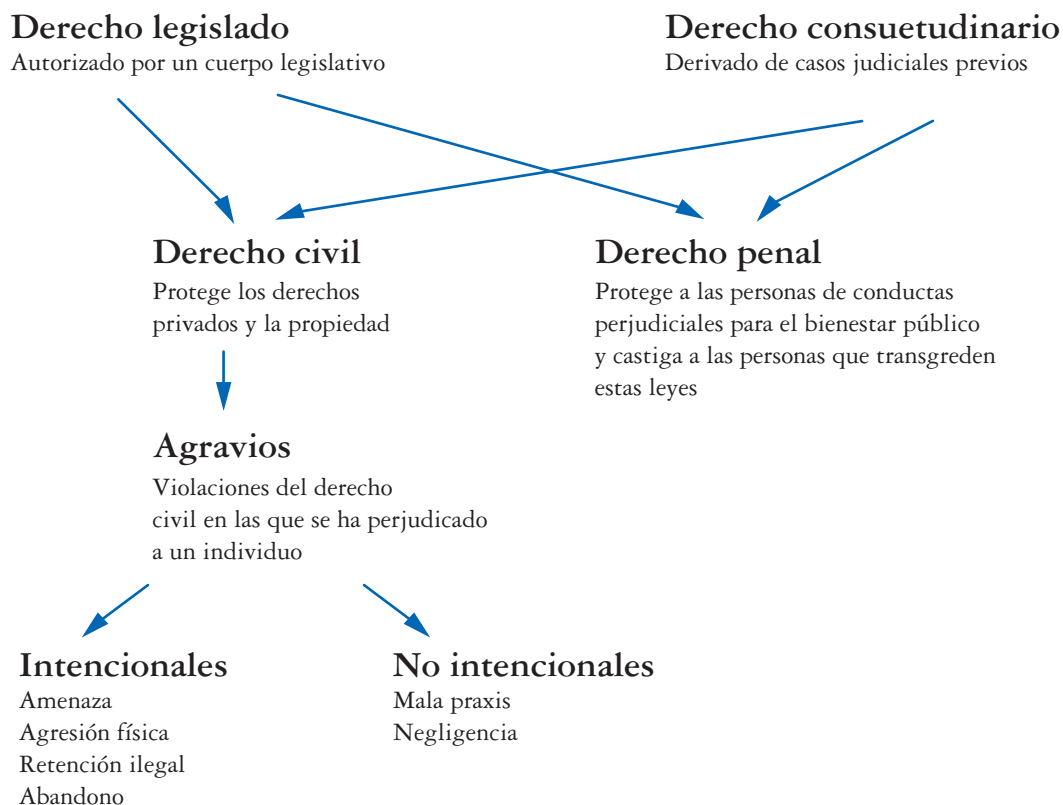


Figura 2-3. ■ Tipos de derecho que afectan a la enfermería.

- Una declaración sobre la agencia estatal (el State Board of Nursing) que tiene jurisdicción sobre los profesionales de enfermería

Ingreso hospitalario psiquiátrico

El ingreso hospitalario voluntario para el tratamiento de una enfermedad mental es similar al ingreso hospitalario médico. El paciente firma un impreso normalizado en el que se solicita el ingreso en el hospital, y puede abandonarlo en cualquier momento. Lo ideal es que cualquier tratamiento se realice de forma voluntaria. Sin embargo, las enfermedades mentales a veces se caracterizan por síntomas que hacen imposible que los pacientes afectados comprendan su situación o la necesidad de tratamiento.

El ingreso involuntario, u orden de ingreso, significa que se ingresa al paciente en el hospital sin su consentimiento. Las reglas que regulan el ingreso involuntario se basan en leyes estatales y varían de unos estados a otros. Los criterios básicos para el ingreso involuntario en instituciones psiquiátricas habitualmente incluyen que el paciente debe tener una enfermedad mental y (como consecuencia de esta enfermedad mental):

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

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

TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

El **tratamiento ambulatorio involuntario** es una orden judicial que obliga al paciente con una enfermedad mental a tomar la medicación y a cumplir el plan terapéutico como condición para el alta del hospital. El tratamiento ambulatorio involuntario reduce los reingresos hospitalarios, aumenta el cumpli-

miento del tratamiento por los pacientes y reduce la violencia (Torrey, 1997). Sin embargo, el tratamiento ambulatorio involuntario no está disponible en todos los estados.

ALTA CONDICIONAL

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

Derechos legales de los pacientes de salud mental

Los pacientes con enfermedades mentales son vulnerables al maltrato y al tratamiento erróneo. Para proteger a los enfermos mentales el Congreso de EE. UU. aprobó el proyecto de ley Mental Health System Act de 1980, que se cambió a ley como Declaración universal de derechos de los pacientes con enfermedades mentales. Esta declaración de derechos se resume en el cuadro 2-3 ■.

DERECHOS CIVILES

Los pacientes que ingresan voluntariamente para recibir tratamiento relacionado con su salud mental conservan todos sus derechos civiles. Los pacientes tienen derecho a votar, ocupar cargos, realizar negocios, ser los titulares de autorizaciones y ejercer sus profesiones. Los estados pueden recortar los derechos de los pacientes que ingresan de forma involuntaria. En algunos estados, los pacientes que ingresan de forma voluntaria conservan todos sus derechos civiles, incluyendo el derecho a rechazar el tratamiento.

Derecho a la alternativa terapéutica menos restrictiva

Como se afirma en la Declaración de derechos de los pacientes con enfermedad mental, los pacientes tienen derecho a la **alternativa menos restrictiva** (tratamiento que restringe lo menos posible su libertad personal). Los contextos terapéuticos incluyen consultas ambulatorias de la comunidad, hogares de asistencia temporales, servicios auxiliares de apoyo familiar, programas de tratamiento de día, asistencia domiciliaria y diversos niveles de asistencia intrahospitalaria. En el contexto intrahospitalario las decisiones terapéuticas deben tener en consideración la alternativa menos restrictiva. Cuando los pacientes se comportan de forma violenta, uno de los aspectos en los que se plantea esta alternativa es si aplicar sujeciones, aislar o administrar fármacos a un paciente de forma involuntaria.

Sujeciones y aislamiento

En psiquiatría «sujeciones» se refiere a dispositivos de sujeción seguros, de cuero o de otro tipo, que se aplican a las cuatro extremidades y alrededor del cuerpo del paciente para evitar

CUADRO 2-3

Declaración universal de derechos de los pacientes con enfermedad mental

El paciente con enfermedad mental tiene:

1. Derecho a un tratamiento adecuado y a los servicios relacionados en un contexto que favorezca al máximo la libertad personal, restringiendo la libertad sólo cuando sea necesario para el tratamiento y por requisitos legales.
2. Derecho a un plan terapéutico por escrito personalizado, derecho a un tratamiento basado en dicho plan y derecho a una revisión periódica del plan, incluyendo un plan para el tratamiento después del alta.
3. Derecho a la participación continua en la planificación de los servicios de salud mental, compatible con las capacidades de la persona.
4. Derecho a recibir una explicación que el paciente pueda comprender sobre la naturaleza y los riesgos del tratamiento, los motivos por los que se plantea un tratamiento, cualquier tratamiento alternativo y los motivos para la limitación de las visitas de algunas personas.
5. Derecho a consentimiento informado, voluntario y por escrito en relación con el tratamiento excepto en situación de urgencia.
6. Derecho a no participar en experimentación sin su consentimiento informado y voluntario por escrito.
7. Derecho a no verse sometido a sujeciones ni aislamiento excepto en situaciones de urgencia.
8. Derecho a un tratamiento humanitario que ofrezca una protección razonable de los daños y una privacidad adecuada.
9. Derecho a acceder a la propia historia de salud mental.
10. Derecho, cuando ingresa en una unidad intrahospitalaria, a conversar con otras personas de forma privada, a tener acceso al teléfono y al correo y a recibir visitas, salvo que esté contraindicado por la situación del paciente.
11. Derecho a ser informado rápidamente y por escrito de estos derechos en el momento del ingreso.
12. Derecho a presentar una querrela si se infringen estos derechos.
13. Derecho a ejercer estos derechos sin represalias.
14. Derecho a ser derivado a otros profesionales sanitarios.

Fuente: Adaptado de *Restatement of Bill of Rights for Mental Health Patients* established by Mental Health Systems Act of 1980. Title II, Public Law 99-319.

que el paciente se lesione o que lesione a los demás (fig. 2-4 ■). Los pacientes en instituciones psiquiátricas han resultado lesionados o incluso han muerto por las sujeciones (fig. 2-5 ■). Nunca se deben utilizar las sujeciones por comodidad del personal ni para castigar al paciente. Se deben intentar otras alternativas menos restrictivas para reducir la agitación del paciente antes de plantearse las sujeciones. Los abordajes menos restrictivos incluyen redirigir al paciente a su habitación o lejos de una situación estresante, hablar con el paciente e intervenir con fármacos.

En psiquiatría, **aislamiento** significa que se confina al paciente para que esté solo en una habitación. La sala de aislamiento habitualmente sólo está dotada de una cama o un col-

chón por motivos de seguridad. El aislamiento es un tipo de sujeción. Las sujeciones y el aislamiento se deben aplicar por orden del médico, excepto en situaciones de urgencia. Incluso en una urgencia se debe consultar con el médico, que debe prescribir la sujeción lo antes posible (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2005).

La aplicación de sujeciones puede ser una experiencia estresante, aterradora y que genera impotencia. Los pacientes que han experimentado el control con sujeciones de cuero referían haberse sentido vulnerables, impotentes, forzados y deshumanizados (Johnson, 1998). En un estudio sobre las experiencias de los pacientes con sujeciones en situaciones de urgencia psiquiátrica se preguntó a los pacientes cómo preferirían que se les tratara si no pudieran controlar su conducta. La inmensa mayoría (aproximadamente el 70%) dijo que preferiría ser tratado con fármacos, algunos prefirieron el aislamiento (aproximadamente el 20%) y pocos prefirieron las sujeciones (aproximadamente el 10%) (Sheline y Nelson, 1993).

Actualmente se tiende a utilizar las sujeciones con menos frecuencia que en el pasado. Se espera que los centros sanitarios eviten o minimicen el uso de sujeciones (Sailas, Wahlbeck y Lie, 2005). Cuando el paciente haya recuperado la compostura, la explicación de la necesidad de la sujeción en relación con el tratamiento de la conducta y no como castigo puede ayudar al paciente a comprender mejor la situación. Hablar con los pacientes posteriormente en relación con sus sentimientos puede ayudar a reducir las consecuencias psicológicas del aislamiento (Meehan, Bergen y Fjeldsoe, 2004). Algunos centros



Figura 2-4. ■ Las sujeciones se utilizan únicamente en urgencias relacionadas con la conducta cuando corre riesgo la seguridad del paciente o de los demás. Fuente: Precision Video and Photography.



Figura 2-5. ■ Algunos pacientes han sufrido lesiones e incluso han muerto por las sujeciones. Fuente: Procision Video and Photography.

psiquiátricos se están convirtiendo en entornos «sin sujeciones» con el objetivo de proteger a los pacientes del trauma que suponen.

Los profesionales de enfermería deben estar familiarizados con las políticas de sujeciones de las instituciones en las que trabajan. Se debe documentar cuidadosamente la conducta del paciente y los intentos del profesional de enfermería de aplicar alternativas menos restrictivas a las sujeciones. Se debe evaluar a los pacientes cada 15 minutos mientras estén sujetos (Joint Commission, 2005).

Competencia

La **competencia** es la valoración legal de que una persona es capaz de realizar juicios y de tomar decisiones razonables. Se considera que una persona que desde el punto de vista cognitivo es capaz de comprender la información que se le da en el proceso de consentimiento es *competente* con la finalidad de la asistencia médica. La competencia es un concepto importante porque es la base de los derechos legales de los pacientes con enfermedades mentales. Un veredicto de competencia determina si una persona es o no capaz de tomar decisiones informadas para consentir o rechazar un tratamiento. Se asume que los pacientes que ingresan de forma voluntaria en un centro psiquiátrico son competentes y, por tanto, mantienen sus derechos civiles. La **incompetencia** debe ser determinada por un tribunal. Se refiere a la imposibilidad de realizar juicios y de ser responsable de las propias decisiones. La declaración de incompetencia por un tribunal priva a la persona de algunos derechos, como el voto, la participación en contratos y la conducción.

La **competencia para ser juzgado** es un problema diferente. Esta evaluación determina si la persona es capaz de comprender el significado y las consecuencias de sus acciones, de si esta persona entiende lo que está bien y lo que está mal y si la persona puede ayudar a un abogado en su defensa. Las leyes estatales definen la competencia.

DERECHO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los pacientes tienen derecho a la no aplicación de tratamientos potencialmente peligrosos salvo que den su consentimiento informado. **Consentimiento informado** significa que el médico ha explicado el tratamiento en palabras que comprende por completo el paciente (incluyendo los posibles resultados y la probable evolución sin tratamiento) y que el paciente está de acuerdo y permite el tratamiento. Los pacientes también pueden cambiar de opinión e interrumpir un tratamiento que ya se ha iniciado.

Antes de dar su consentimiento al tratamiento, el paciente debe comprender:

- El diagnóstico
- La descripción y la finalidad del tratamiento propuesto
- Los riesgos y beneficios del tratamiento
- Las alternativas a este tratamiento (incluyendo no hacer nada) y sus riesgos y beneficios

El médico tiene la responsabilidad de dar al paciente información para tomar las decisiones terapéuticas. Los profesionales de enfermería pueden actuar como testigos de la firma del paciente en un impreso de consentimiento. Pueden ayudar a responder las preguntas del paciente. Sin embargo, el propio consentimiento informado es responsabilidad del médico.

La mayoría de los pacientes con enfermedad mental es competente y es capaz de dar su consentimiento informado, aunque los que tienen síntomas mentales graves pueden carecer de la capacidad cognitiva de comprender el consentimiento. Si se ha considerado que el paciente es incompetente desde el punto de vista mental, el tutor legal puede dar el consentimiento para el tratamiento. Si el paciente tiene síntomas graves (como psicosis) y no es capaz de comprender el tratamiento pero no tiene tutor, se puede consultar con el familiar más próximo del paciente. También es posible que el médico solicite al tribunal que nombre un tutor.

DERECHO A RECHAZAR EL TRATAMIENTO

Los pacientes tienen derecho a retirar el consentimiento y a rechazar el tratamiento aunque el médico piense que el tratamiento redundaría en beneficio del paciente (Guido, 2006). Un profesional de enfermería puede ser acusado de agresión física por tocar a un paciente en el proceso de un tratamiento que ha sido rechazado por el paciente. La amenaza de aplicar un tratamiento de forma forzosa puede constituir un delito de amenazas.

Un aspecto importante del derecho a rechazar el tratamiento es el rechazo del tratamiento farmacológico. Esta es un área controvertida. En ocasiones el paciente no quiere tomar los fármacos, aunque la enfermedad del paciente hace que no pueda comprender la necesidad del tratamiento. A esto se debe añadir el hecho de que el paciente se puede agitar y puede volverse violento cuando no toma el tratamiento. El resultado es una situación en la que los derechos del paciente (autono-

mía) entran en conflicto con los derechos de los demás (derecho a la seguridad).

En último término, los pacientes competentes que ingresan voluntariamente o involuntariamente tienen derecho a rechazar los tratamientos medicamentosos. Cuando se produce una urgencia y el paciente es un peligro para sí mismo o para los demás se puede medicar al paciente contra su voluntad si se utiliza el juicio profesional y se siguen las directrices correspondientes al proceso (Fortinash y Holoday Worret, 2004). Una relación profesional de enfermería-paciente de confianza puede reducir la probabilidad de que sea necesaria la administración forzada de los fármacos.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

Los profesionales de enfermería son responsables de proteger el derecho a la **confidencialidad** de los pacientes (límites de acceso a la información sobre un paciente). Incluso el hecho de que una persona es un paciente en un centro sanitario de salud mental es confidencial. El estigma de la enfermedad mental es tal que el conocimiento del ingreso hospitalario de una persona puede afectar al empleo o a la situación profesional del individuo. Los pacientes deben poder confiar en que la información sobre los diagnósticos y el tratamiento quedará entre las personas que la necesitan con fines terapéuticos. La figura 2-6 ■ ilustra un «círculo de confidencialidad» de un paciente. Sólo quienes están en el círculo interior de confidencialidad pueden tener acceso a la información terapéutica sobre el paciente sin el consentimiento por escrito del mismo.

Hay algunas excepciones a la regla de confidencialidad. La más notable se refiere a los pacientes que caen en la regla de Tarasoff. En el caso Tarasoff, un paciente informó a su psicólogo de que tenía previsto matar a una mujer joven. El psicólogo informó a la policía, pero ni la policía ni el psicólogo informa-

ron a la mujer, que posteriormente fue asesinada por el paciente. Sus padres demandaron con éxito al psicólogo y a otras personas por no haberles informado. La regla de Tarasoff, o deber de advertir de Tarasoff, exige que los profesionales sanitarios evalúen el potencial violento de sus pacientes, y si las víctimas específicas están en peligro inminente, que adopten alguna forma de acción protectora. Otras situaciones en las que un profesional de enfermería puede dar información sobre el paciente a un tercero sin el consentimiento del paciente son situaciones de emergencia para la asistencia del paciente, solicitudes de información ordenadas por un tribunal, procedimientos por maltrato infantil, procedimientos relacionados con ingresos no voluntarios e informes exigidos por ley (como enfermedades transmisibles, maltrato infantil o heridas por arma de fuego) (Stuart y Laraia, 2005).

DERECHO A CONSERVAR LAS PERTENENCIAS PERSONALES

Las personas que están en un hospital, una residencia de ancianos, un hogar de asistencia temporal u otro centro sanitario mantienen el derecho a conservar sus pertenencias personales. Se pueden guardar en un lugar seguro algunos objetos que planteen problemas de seguridad (como armas de fuego, cuchillos, tijeras, botellas de vidrio o encendedores) hasta el alta del paciente, aunque siguen siendo propiedad del paciente.

Americans with Disabilities Act

La Americans with Disabilities Act (ADA, Ley de los estadounidenses con discapacidades) de 1990 hace que sea ilegal discriminar en el empleo a una persona cualificada con una discapacidad mental o física. La ADA define a una persona con una discapacidad como una persona que tiene una deficiencia física o mental que limita de forma importante una o más actividades importantes de la vida, tiene un antecedente de dicha deficiencia o se considera que tiene dicha deficiencia. Los empleadores deben seleccionar a los solicitantes más cualificados para los trabajos, y si el solicitante más cualificado tiene una discapacidad, el empleador debe adaptarse a ese empleado cuando sea razonablemente posible. No se puede utilizar un antecedente de enfermedad mental para negar a una persona un empleo.

Voluntades anticipadas

Las voluntades anticipadas son instrucciones de los pacientes, documentadas cuando estos se encuentran bien, sobre lo que se debe hacer en las situaciones en las que no puedan hablar por sí mismos. Las voluntades anticipadas incluyen documentos como testamentos vitales y poderes notariales para asistencia sanitaria. Se relacionan con decisiones al final de la vida o con decisiones sanitarias cuando una persona está incapacitada. La oportunidad de que las personas con enfermedades mentales designen a una persona para que hable y decida por ellos cuando sean incapaces de hacerlo es un avance más reciente. Algu-

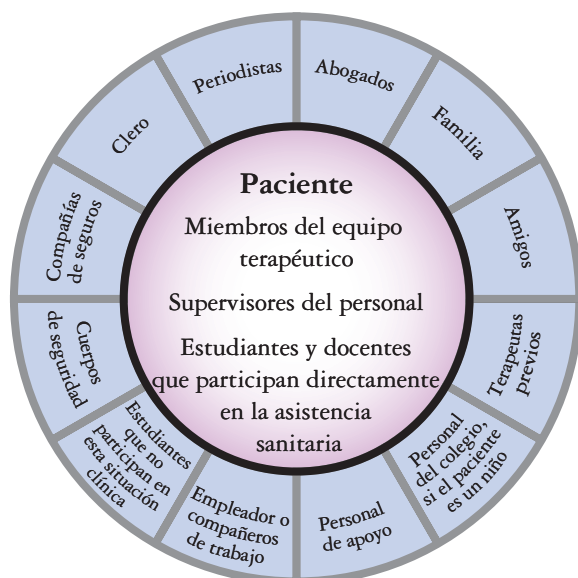


Figura 2-6. ■ Círculo de confidencialidad.

nos estados están aprobando leyes que permiten que los pacientes con enfermedades mentales declaren cuando estén bien qué tratamiento preferirían o rechazarían si su capacidad de toma de decisiones estuviera alterada por una recurrencia del trastorno mental. El paciente y dos testigos deben firmar estas voluntades.

Responsabilidad del personal de enfermería en la documentación

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

El profesional de enfermería también es responsable de evaluar la respuesta del paciente a los fármacos habituales. Se deben documentar con frecuencia los síntomas del paciente y la respuesta del paciente al tratamiento. También se deben documentar los efectos adversos y las reacciones medicamentosas adversas del paciente. En el contexto de salud mental, los pacientes con frecuencia tienen dificultad para explicar al médico los efectos adversos. Por tanto, es especialmente importante que el profesional de enfermería evalúe y documente estos efectos, para mejorar la calidad del tratamiento farmacológico.

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

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

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

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

Mala praxis

Mala praxis es la incapacidad de un profesional para actuar de acuerdo con las normas de calidad profesionales aceptadas, o la incapacidad para actuar como lo haría un miembro razonable de la profesión. Para que exista mala praxis en la enfermería deben estar presentes *todas* las situaciones siguientes:

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

CASO CLÍNICO

Un paciente de un centro asistencial de salud mental tenía la siguiente conducta: caminar deprisa, irritabilidad, puños cerrados y hablar en voz alta. El profesional de enfermería le preguntó cómo se sentía y gritó: «¡No es asunto suyo!». El profesional de enfermería miró la gráfica y encontró una orden médica de un fármaco a demanda en caso de agitación. El profesional de enfermería preguntó al paciente si estaba agitado y este respondió: «¡No!». El profesional de enfermería decidió no administrar el tratamiento prescrito a demanda y fue a trabajar con las gráficas. Mientras tanto el paciente golpeó y lesionó a otro paciente. ¿La lesión del segundo paciente fue la consecuencia de mala praxis por parte del profesional de enfermería? Revise las pruebas para detectar mala praxis:

1. ¿El profesional de enfermería tenía un deber con el paciente lesionado? (Sí, aun cuando el paciente no le estuviera asignado.)
2. ¿El profesional de enfermería ha incumplido su deber? (Sí, la protección de las lesiones es un nivel de calidad asistencial básico.)

3. ¿La lesión del paciente era previsible? (Sí. El profesional de enfermería no tiene que poder predecir el futuro para ver si el primer paciente se estaba agitando. Los pacientes agitados tienen menos capacidad de controlar sus impulsos y tienen mayor probabilidad de actuar violentamente.)
4. ¿El paciente resultó lesionado? (Sí. Tuvo un hematoma en la cabeza cuando el paciente agitado le golpeó con un libro.)
5. ¿La lesión estuvo causada por la ausencia de intervención del profesional de enfermería con el paciente agitado? (Sí. El profesional de enfermería podría haber redirigido al paciente agitado a su habitación. Si eso no hubiera funcionado, le podría haber medicado.)
6. ¿Se ha producido mala praxis? (Sí. El paciente lesionado puede o no llevar este caso a los tribunales, pero el profesional de enfermería razonablemente podría haber protegido al paciente lesionado de las lesiones.)

La mejor forma en la que los profesionales de enfermería pueden evitar la mala praxis es conocer las normas asistenciales y el ámbito de la práctica de la enfermería en los estados en que trabajan, y cumplir esas normas. Las políticas y procedimientos institucionales también son normas de calidad para la práctica clínica. El profesional de enfermería también debe mantener un conocimiento actualizado en el campo de la

enfermería, debe llevar registros exactos y completos y debe mantener la confidencialidad del paciente. Finalmente, y lo que es más importante, el profesional de enfermería debe poner por delante el bienestar del paciente y desarrollar una relación profesional de enfermería-paciente basada en la confianza.

Normas de calidad de la asistencia adecuada culturalmente

A medida que la población se hace más diversa, las personas del sistema sanitario se están dando más cuenta de la necesidad de disponer de servicios que satisfagan las necesidades de pacientes procedentes de diversas culturas y de los que tengan un dominio escaso del idioma. El cuadro 2-4 ■, «Consideraciones culturales», enumera las normas identificadas por la Office of Minority Health of the U.S. Department of Health and Human Services en 2001.

Nota: La bibliografía y los recursos de este y el resto de capítulos se han reunido al final del libro.

CUADRO 2-4 CONSIDERACIONES CULTURALES

Normas nacionales para servicios adecuados desde los puntos de vista cultural y lingüístico en la asistencia sanitaria

Las organizaciones de asistencia sanitaria deben:

- Asegurarse de que los pacientes reciban una asistencia eficaz, comprensible y respetuosa, que se presta de manera compatible con sus creencias y prácticas sanitarias y culturales y en su idioma preferido.
- Reclutar, mantener y promocionar a un personal variado y unos líderes que sean representativos de las personas a las que atiende la organización.
- Proporcionar a todo el personal formación continuada en la prestación de servicios adecuados desde los puntos de vista cultural y lingüístico.
- Ofrecer asistencia lingüística, incluyendo personal bilingüe y servicio de intérpretes gratuito, a todos los pacientes con escaso dominio del idioma, a cualquier hora y en todos los puntos de contacto.
- Suministrar información por escrito en el idioma nativo del paciente sobre el derecho a recibir los servicios de asistencia lingüística.
- Garantizar la competencia de la asistencia lingüística. No se debe utilizar como intérprete a la familia y a los amigos, excepto si lo solicita el paciente.

- Disponer de información por escrito y signos en los lenguajes más utilizados por los pacientes representados en el área sanitaria.
- Tener un plan exhaustivo para prestar servicios adecuados desde los puntos de vista cultural y lingüístico.
- Recoger información sobre la raza, la etnicidad y los idiomas hablados y escritos del paciente, y mantenerla actualizada.
- Mantener un perfil demográfico, cultural y epidemiológico de la comunidad atendida, además de un perfil de necesidades.
- Implicar a la comunidad en la creación de programas para tener servicios adecuados desde los puntos de vista cultural y lingüístico.
- Garantizar que los procedimientos ante un conflicto y ante el duelo sean sensibles a aspectos culturales y lingüísticos, y permitan resolver conflictos transculturales o reclamaciones de pacientes.
- Poner a disposición del público información sobre su progreso y las innovaciones en la aplicación de estas normas de calidad.

Fuente: National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care. Final Report by Office of Minority Health, 2001. Washington, D.C.: Office of Public Health and Science, USDHSS.

Revisión del capítulo

TÉRMINOS CLAVE

aislamiento

alternativa menos restrictiva

autonomía

beneficencia

clarificación de los valores

competencia

competencia para ser juzgado

confidencialidad

consentimiento informado

dilema ético

ética

fidelidad

integridad

**internamiento no voluntario
por trastorno psíquico**

justicia

mala praxis

**niveles de calidad de la asistencia
de enfermería**

no maleficencia

paternalismo

**tratamiento ambulatorio
involuntario**

valores

veracidad

PUNTOS clave

- Mediante la clarificación de valores, los profesionales de enfermería pueden conocerse mejor a sí mismos y evitar imponer sus deseos personales a los pacientes.
- Los códigos éticos de enfermería son uno de los criterios de calidad mediante los cuales se juzga la práctica de enfermería competente.
- Los pacientes toman sus propias decisiones sobre las opciones terapéuticas y conductas relacionadas con la salud; los profesionales de enfermería apoyan al paciente en el proceso de toma de decisiones.
- Se puede tratar a los pacientes en forma voluntaria o se les puede obligar de forma involuntaria a recibir un tratamiento de salud mental.
- Los pacientes con enfermedades mentales tienen diversos derechos. Los hospitales y profesionales de enfermería deben respetarlos.
- Los pacientes con enfermedades mentales mantienen sus derechos civiles.
- Para que haya mala praxis de enfermería el profesional de enfermería debe tener un deber con el paciente, el profesional de enfermería debe incumplir ese deber, el paciente debe resultar perjudicado como consecuencia de dicho incumplimiento, y la posibilidad de lesión debe haber sido previsible.
- Se puede culpar al profesional de enfermería de amenaza y agresión por amenazar o realmente obligar a tomar la medicación a un paciente que lo rechaza.
- La documentación del proceso de enfermería es importante en la enfermería de salud mental.



EXPLORE MediaLink

Pueden encontrarse recursos interactivos adicionales en la página web complementaria www.prenhall.com/eby. Haga clic en «Chapter 2» y en «Begin» para seleccionar las actividades de este capítulo.

- Audio glossary
- NCLEX-PN® review
- Case study
- Study outline
- Critical thinking questions
- Matching questions
- Weblinks

Protocolo asistencial de pensamiento crítico

Asistencia de un paciente que rechaza la medicación

Área de interés del examen NCLEX-PN®: Integridad fisiológica

Estudio de un caso: Arthur Clay es un varón estadounidense de origen europeo de 47 años de edad con esquizofrenia. Ingresa voluntariamente en la unidad de salud mental. Tiene síntomas psicóticos y piensa que su medicación está envenenada. Está paseando continuamente por el pasillo hablando consigo mismo. Es evidente que el Sr. Clay se siente incómodo y asustado. Dice que no va a tomar la medicación envenenada.

Diagnóstico de enfermería: Incumplimiento del régimen terapéutico, relacionado con pensamiento delirante de que la medicación está envenenada

RECOPILE DATOS

Subjetivos

Objetivos

¿Informaría usted de estos datos? Sí/No

Si así lo hiciera, ¿a quién? _____

Asistencia de enfermería

¿Cómo lo verificaría? _____

Compare su verificación con el ejemplo proporcionado en el apéndice I.

Datos recopilados

(use todos los correctos)

- Antecedentes de diabetes de tipo 2, sin tratamiento farmacológico
- La glucosa sanguínea hoy está dentro de límites normales
- El paciente pregunta: «¿Por qué quiere matarme?»
- El paciente tiene síntomas de pensamiento delirante (pensamientos paranoides) sobre los fármacos envenenados
- Orientado en cuanto a persona, lugar y tiempo
- Se niega a tomar la medicación antipsicótica prescrita
- Escasa higiene personal
- Vive en un hotel con pago mensual
- Ha perdido el contacto con su familia
- El paciente afirma: «Usted quiere que tome veneno»
- Le gustan los animales y la jardinería
- No toma los fármacos desde hace 3 semanas

Intervenciones de enfermería

(use todas las correctas, colóquelas en orden de prioridad)

- Pida al médico que solicite una concentración sanguínea de los fármacos antipsicóticos.
- Tome inmediatamente los signos vitales.
- Diga al paciente que tiene que tomar la medicación o tendrá que sujetarle.
- Establezca una relación profesional de enfermería-paciente basada en la confianza.
- Ofrezca un tentempié al Sr. Clay.
- Explique con calma que usted es el profesional de enfermería y que está aquí para ayudarlo.
- Pida al médico la prescripción de un sedante.
- Tranquile al paciente de que no le va a hacer daño.
- Dígale que es el tratamiento antipsicótico lo que le va a ayudar a enderezar sus pensamientos. No es un veneno. Le gustaría que tomara el tratamiento.
- Explique cuidadosamente la estructura química del fármaco y sus posibles efectos adversos. Incluya el mecanismo de acción, la farmacocinética y los efectos deseados.
- Actúe de manera colaboradora y no amenazante.
- Agradézcale su colaboración cuando tome la medicación.

Preparación del examen NCLEX-PN®

CONSEJO PARA PASAR LA PRUEBA

Cuando responda a una pregunta sobre malpraxis, determine si ha habido un fallo en las cinco áreas: deber con el paciente, incumplimiento del deber, previsibilidad, lesión y causalidad. Si sólo existen algunas condiciones, no es malpraxis.

- 1** ¿Cuáles de las siguientes declaraciones sobre la toma de decisiones éticas es cierta para el profesional de enfermería?
 1. La intuición no es un método aceptable para que el profesional de enfermería novato tome decisiones éticas.
 2. El sistema de valores personal del profesional de enfermería no debe entrar en la toma de decisiones éticas.
 3. El sistema de valores personales del paciente no debe entrar en la toma de decisiones éticas.
 4. Las decisiones éticas se deben basar estrictamente en el deber del profesional de enfermería y no se deben plantear otras áreas de interés.
- 2** ¿Qué principio de la ética de la asistencia sanitaria se está violando en la siguiente situación? Un paciente ha dicho al profesional de enfermería que ya no quiere recibir quimioterapia por su cáncer y el profesional de enfermería insiste en que continúe.
 1. Beneficencia
 2. Justicia
 3. Paternalismo
 4. Autonomía
- 3** Asegurarse de que el profesional de enfermería siga una buena técnica de lavado de manos cuando atienda a los pacientes es seguir el principio ético de:
 1. No maleficencia.
 2. Autonomía.
 3. Justicia.
 4. Paternalismo.
- 4** Los familiares de una paciente deprimida preguntan al profesional de enfermería si deberían o no ir al tribunal y pedir que se declare mentalmente incompetente al paciente. La mejor respuesta del profesional de enfermería debería ser:
 1. «No es de mi incumbencia. Todo depende de ustedes.»
 2. «Pienso que es injusto con la paciente. No es incompetente.»
 3. «Vamos a hablar de por qué piensan ustedes que esta es la mejor opción.»
 4. «No creo que sea la mejor persona a la que puedan preguntar.»
- 5** ¿Cuál de los siguientes sería un motivo legal para un ingreso involuntario o internamiento involuntario por trastorno psíquico de una paciente en un centro psiquiátrico?
 1. La paciente no ha tomado los antipsicóticos tal y como se le ha prescrito de forma ambulatoria.
 2. La paciente ha amenazado con suicidarse y ha descrito su plan al profesional de enfermería.
 3. La paciente dice a la enfermera que ha oído voces.
 4. La paciente no puede pagar el alquiler y no tiene dónde vivir.
- 6** Un paciente está paseando por los pasillos, murmurando y agitando el puño ante otros pacientes. La mejor respuesta del profesional de enfermería sería:
 1. Llamar al médico y obtener una orden inmediata para aplicar al paciente sujeciones de cuero.
 2. Solicitar ayuda de otros miembros del personal para sujetar al paciente mientras el profesional de enfermería administra un tranquilizante i.m.
 3. Abordar al paciente con cautela. Hablarle tranquilamente e intentar encontrar el origen de la conducta.
 4. Acompañar al paciente a una sala de aislamiento hasta que haya pasado la conducta.
- 7** Un profesional de enfermería está atendiendo a un paciente con psicosis grave en el que está programada terapia mediante electrochoque. No se ha declarado legalmente incompetente al paciente, pero no comprende el tratamiento. El médico debe:
 1. Consultar con el familiar más próximo del paciente para obtener el permiso para el tratamiento.
 2. No aplicar el tratamiento hasta que el paciente sea suficientemente competente para estar de acuerdo.
 3. Realizar el tratamiento independientemente del permiso.
 4. Explicar el procedimiento al paciente de todos modos, asegurándose de que aborda los resultados esperados y las posibles complicaciones.
- 8** Un médico ha prescrito un enema de fosfato sódico monobásico monohidratado y fosfato sódico dibásico heptahidratado a un paciente antes de una prueba diagnóstica y el paciente le dice al profesional de enfermería que no quiere ponérselo. El profesional de enfermería sigue adelante y administra el enema. Esto puede llevar a que se acuse al profesional de enfermería de:
 1. Negligencia.
 2. Agresión física.
 3. Amenazas.
 4. Mala praxis.
- 9** El profesional de enfermería ha intentado administrar un fármaco antipsicótico por vía oral a un paciente que está amenazando a todo el que se le acerca. Se niega a tomarlo y su conducta está empeorando. La mejor acción que puede tomar la continuación del profesional de enfermería es:
 1. Hacer que varios miembros del personal le sujeten y ponerle sujeciones.
 2. Llamar a los guardias de seguridad del hospital para que se pongan en contacto con la policía local para que le lleven a la cárcel hasta que se «calme».
 3. Solicitar ayuda del personal para sujetarle mientras el profesional de enfermería le administra un antipsicótico i.m.
 4. No hacer nada. Evitar acercarse al paciente, y mantener también alejados a los demás pacientes.
- 10** El asesor religioso del paciente dice al profesional de enfermería que representa a la familia del paciente, que quiere preguntarle por la situación del paciente y cuándo se le podría dar de alta. La mejor respuesta por parte del personal de enfermería sería:
 1. «No sé cuándo se dará de alta al paciente. Se lo comunicamos a la familia cuando se haya decidido.»
 2. «Si la familia quiere saberlo, tendrán que preguntarlo ellos mismos.»
 3. «No tengo libertad de darle esa información sin el permiso del paciente.»
 4. «¿Por qué no llama a su médico y se lo pregunta?»

En el apéndice I pueden encontrarse las respuestas a las preguntas de revisión, así como un comentario del plan asistencial y el protocolo asistencial de pensamiento crítico.

Capítulo 3

Teoría de la personalidad

BREVE sinopsis

Desarrollo de la personalidad

Teoría psicoanalítica

Teorías del yo

Teorías biológicas

Teorías de los rasgos

Teorías conductistas
y del aprendizaje

Teorías cognitivas
de la personalidad

Teorías existenciales
y humanistas

Teorías interpersonales

OBJETIVOS del aprendizaje

Al finalizar la lectura de este capítulo, usted será capaz de:

1. Explicar cómo las teorías de la personalidad forman la base de la psicoterapia.
2. Reconocer la finalidad y el uso de los mecanismos de defensa en los pacientes y en usted mismo.
3. Planificar las intervenciones de enfermería para fomentar el desarrollo psicosocial de los pacientes.
4. Tomar decisiones sobre las prioridades de la asistencia de los pacientes de acuerdo con la jerarquía de las necesidades de Maslow.

¿Qué hace humanas a las personas? ¿Qué es la conducta normal? ¿Es la salud mental y la enfermedad mental? ¿Qué se debe hacer para tratar a una persona con enfermedad mental? ¿Por qué los profesionales de enfermería deben estudiar la personalidad y la psicología?

El conocimiento de las teorías del desarrollo de la personalidad es un prelude necesario al estudio de la enfermería de salud mental. Las teorías de la personalidad son intentos de explicar la naturaleza humana, qué controla la conducta humana y qué significa ser humano. Cada una de las teorías de la personalidad presenta una explicación de cuál es la causa de la conducta, y qué tratamiento se debe utilizar para la conducta que se desvía de la norma. Cada teoría de la personalidad y cada abordaje terapéutico tienen implicaciones para la práctica de la enfermería.

Este capítulo resume cómo han evolucionado las teorías sobre la personalidad y la psicoterapia. Se pretende que muestre cómo la práctica actual de la enfermería se basa en un cimiento de investigación en diversas disciplinas.

Desarrollo de la personalidad

La **personalidad** es la forma relativamente estable en la que una persona piensa, siente y se comporta. La personalidad incluye los rasgos y características psicosociales (no características físicas) que hacen que una persona sea un individuo. Por ejemplo, un extrovertido es una persona a la que le gusta estar con personas y que habitualmente es sociable. Las personas que son extrovertidas siguen teniendo el rasgo de la extroversión, aunque estén calladas en algunas situaciones. La extroversión describe la forma relativamente constante en la que piensan, sienten o se comportan: un rasgo de la personalidad. La timidez y la tranquilidad ocasionales son excepciones a la conducta habitual.

Ocho influencias fundamentales se combinan para formar la personalidad de un individuo (Friedman y Schustack, 1999):

- Los **aspectos inconscientes** son las partes de la personalidad que no están en la conciencia de la persona.
- La **identidad** es la sensación del propio yo (ego).
- La **biología** de la personalidad es la naturaleza genética, fisiológica y temperamental exclusiva de la persona.
- El **condicionamiento** moldea la personalidad mediante las experiencias que influyen en la persona para que reaccione de determinadas maneras.
- La **dimensión cognitiva** refleja cómo el pensamiento sobre el mundo y la interpretación del mismo modelan la personalidad.
- En cada persona hay **rasgos, habilidades y predisposiciones específicos**.
- La **dimensión espiritual** es la parte de la personalidad que lleva a las personas a contemplar el significado de su existencia.
- La **interacción** entre el individuo y el entorno es un proceso continuo que afecta a la personalidad.

Hay teóricos que han estudiado cada uno de los aspectos de la personalidad completa y han explicado su efecto sobre la personalidad humana. Estas teorías de la personalidad muestran cómo se puede explicar la conducta, el pensamiento y los sentimientos humanos desde diferentes puntos de vista. Cada teoría tiene su propia forma de explicar la causa de los problemas del paciente. Por tanto, los psicoterapeutas que siguen cada una de estas teorías tienen diferentes abordajes para el tratamiento de los trastornos mentales. Es interesante ver cómo los abordajes de la psicoterapia difieren de acuerdo con la teoría de la personalidad.

Los teóricos de la personalidad de principios del siglo xx tendían a interpretar la personalidad basada sólo en un principio. Por ejemplo, Freud afirmaba que la personalidad está modelada en gran medida por las experiencias de la primera infancia y que las personas no tienen libre albedrío para controlar su destino. B. F. Skinner dijo que el refuerzo de la conducta es lo que modela quiénes son los seres humanos y en quiénes se convierten. Por el contrario, las teorías modernas tienen un abordaje que es más holista. El **holismo** es una filosofía que considera a la persona como un ser total con necesidades psicosociales, espirituales y físicas. Las teorías actuales afirman que muchas partes e influencias que interactúan entre sí forman la personalidad. La figura 3-1 ■ muestra cómo la terapia actual se basa en las diversas teorías de la personalidad.

Teoría psicoanalítica

Uno de los primeros teóricos de la personalidad fue Sigmund Freud, de Austria. Elaboró su teoría *psicoanalítica* a principios del siglo xx. El objetivo del psicoanálisis es encontrar la raíz de los pensamientos y sentimientos inconscientes que producen la ansiedad del paciente. Freud pedía a sus pacientes que hicieran «asociaciones libres» (que hablaran libremente sobre cualquier cosa que les viniera a la mente) sobre sus experiencias tempranas. Pensaba que las experiencias tempranas siguen influyendo en las personas a lo largo de toda la vida. También analizó los sueños de los pacientes. Planteó la teoría de que los sueños aportan datos sobre la mente inconsciente de la persona, la parte de la mente que no es accesible a los pensamientos conscientes. Freud decía que la mente es como un iceberg, flota con sólo una pequeña parte por encima del agua (fig. 3-2 ■). Dividió la mente en tres partes. Describió el *id* (ello) como la parte de la personalidad que contiene los instintos e impulsos básicos. De acuerdo con Freud, el *ego* es el «yo». Es la parte de la personalidad que se desarrolla para responder a las realidades y problemas de la vida cotidiana. El *superego* (superyó) es la conciencia de una persona y el concepto interiorizado del propio yo ideal.

La teoría del desarrollo de la personalidad de Freud se denomina *desarrollo psicosexual*. El niño avanza a través de la fase oral, la fase anal, la fase fálica, el período de latencia y finalmente la fase genital. En su teoría, el desarrollo humano se completa cuando la persona llega a la edad adulta.

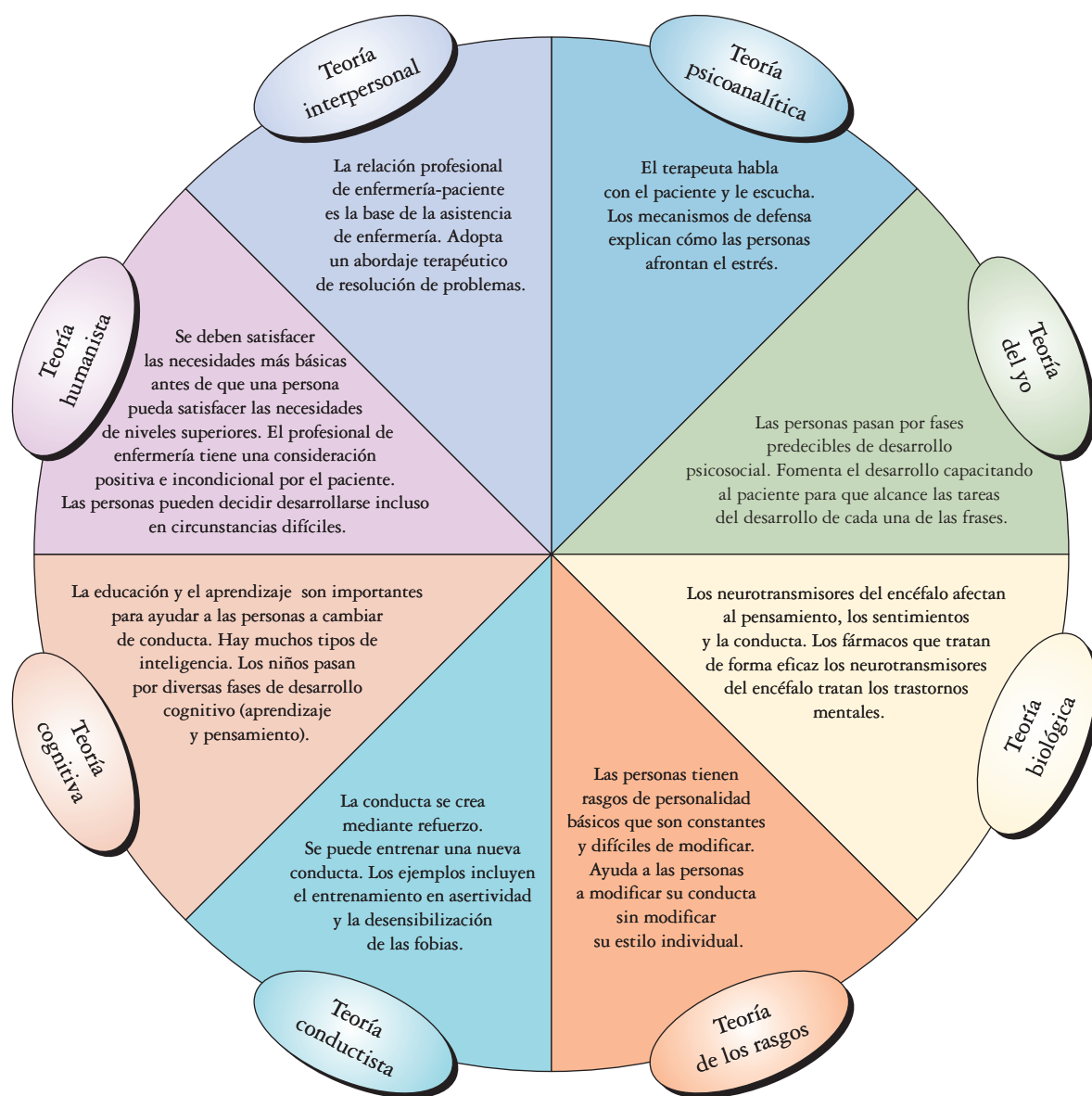


Figura 3-1. ■ La psicoterapia actual incluye principios de varias teorías de la personalidad.



Figura 3-2. ■ Concepto de Freud de la mente como un iceberg. Fuente: Corbis/Bettmann.

Buena parte de la teoría psicosexual de Freud ha sido refutada por investigaciones biológicas y sociológicas, y ya no se considera que sea exacta. Sin embargo, varios aspectos de la investigación de Freud continúan en el pensamiento psicoanalítico actual. Uno es que toda la conducta es *motivada* (no accidental), aunque la motivación con frecuencia no es consciente. Otro concepto persistente es el de los mecanismos de defensa (o mecanismos de defensa del yo). Los **mecanismos de defensa** son pensamientos y conductas que distorsionan la realidad para proteger al propio yo (Friedman y Schustak, 1999). Estos procesos se utilizan para proteger al yo de impulsos amenazantes o de las realidades dolorosas de las experiencias vitales. La tabla 3-1 ■ presenta definiciones y ejemplos de los mecanismos de defensa.

TABLA 3-1

Mecanismos de defensa

MECANISMO DE DEFENSA	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Altruismo	Abordaje del conflicto emocional satisfaciendo las necesidades de los demás, recibiendo gratificación indirecta o por las reacciones de los demás.	La novia de un joven le abandona, tras lo cual él ingresa en el Peace Corps.
Anticipación	Experimentar reacciones emocionales antes de un episodio estresante	Cuando se le diagnostica por primera vez diabetes, un hombre empieza a experimentar duelo anticipatorio por su posible pérdida de función y salud.
Compensación	Intento (consciente o inconsciente) de superar las deficiencias percibidas	Una niña que está decepcionada por tener pocas habilidades atléticas trabaja mucho para destacar por su rendimiento académico.
Comportamiento impulsivo	Utilización de acciones en lugar de pensamientos o sentimientos para responder al estrés o el sufrimiento emocional	Un niño que tiene miedo a ingresar en el hospital da una patada al profesional de enfermería y tira de un golpe los suministros de la repisa del hospital.
Desplazamiento	Transferencia de un sentimiento sobre una persona u objeto a otro, habitualmente más seguro	El paciente está muy enfadado con su médico, pero grita al profesional de enfermería o a su esposa.
Disociación	Desorganización de las funciones, habitualmente integradas, de conciencia, memoria o percepción; desprendimiento del significado emocional	Una mujer describe con tranquilidad el grave abuso sexual que sufrió en la infancia como si ella misma estuviera fuera observando cómo ocurre.
Formación de reacción	Sustitución de una conducta o de unos sentimientos por otros que son lo contrario a lo que realmente se siente	A una mujer no le gusta su supervisor del trabajo, aunque le da regalos y le hace cumplidos.
Humor	Se insiste en los aspectos divertidos o irónicos de una experiencia estresante	Después de cometer un error delante de la clase, el profesor hace chistes sobre ello.
Intelectualización	Uso excesivo de pensamiento abstracto o uso de generalizaciones para controlar los sentimientos molestos	Un hombre analiza y explica a un amigo la dinámica interpersonal que llevó a su divorcio.
Negación	Rechazo a reconocer una realidad dolorosa	Una persona con alcoholismo dice: «No tengo ningún problema de bebida; puedo dejarlo cuando quiera».
Proyección	Atribución a otra persona de los propios sentimientos o pensamientos inaceptables	Una persona a la que no le gustan los niños dice: «Yo no les gusto a los niños».
Racionalización	Se ocultan las verdaderas motivaciones (incluso a nosotros mismos) detrás de nuestras acciones con motivaciones incorrectas pero aceptables	En lugar de admitir que fue a la universidad para estar con su novia, el estudiante dice que es la mejor universidad del estado.
Regresión	Retorno a un nivel de ajuste más temprano y menos estresante	Un niño vuelve a tener enuresis nocturna después de ingresar en el hospital.
Represión	Eliminación de la conciencia de pensamientos o sentimientos inaceptables	Una mujer no tiene recuerdos de haber sido violada, aunque puede tener ansiedad cuando está cerca de la zona en la que sucedió.
Sublimación	Los sentimientos inaceptables se transforman en una conducta socialmente aceptable	Una persona está muy enfadada y corre durante horas en la pista.
Supresión	Evitar de forma intencionada pensar sobre sentimientos inaceptables o estresantes	Una mujer no tiene dinero suficiente para pagar las facturas y se mantiene ocupada con las tareas de la casa para evitar pensar en el dinero.

PSICOTERAPIA POR PSICOANALISTAS

El psicoanalista utiliza el análisis de los sueños, la libre asociación y la interpretación de la conducta. La idea es que si los pacientes conocen los motivos de su ansiedad, sus ansiedades y conflictos se resolverán. Freud pensaba que si los pacientes pudieran recordar las situaciones problemáticas que han reprimido, y expresar los recuerdos como palabras, estos recuerdos perderían su poder (Carson, 2000).

Freud inició la práctica de hablar con los pacientes sobre sus problemas. Este concepto (que se conoce a las personas mejor cuando hablan con el terapeuta sobre sus problemas) continúa actualmente. Actualmente el psicoanálisis se ejerce sólo de forma muy limitada.

IMPLICACIONES DE ENFERMERÍA

Todavía se acepta, y con frecuencia se utiliza, el concepto de Freud de los mecanismos de defensa para explicar la conducta. Estos mecanismos pueden ayudar a los profesionales de enfermería a comprender su propia conducta, además de la conducta de sus pacientes.

La conducta asociada a los mecanismos de defensa puede ser una **conducta adaptativa** (positiva, promoción de la salud, resolución de problemas) o una **conducta maladaptativa** (no saludable, no favorece la resolución de problemas). El que la conducta sea o no adaptativa depende del mecanismo y de cómo se utiliza. Por ejemplo, la persona con hipertensión que racionaliza su dieta rica en sodio y en grasa al profesional de enfermería diciendo: «realmente no importa lo que como, estoy tomando tratamiento», está utilizando la *racionalización* de una forma poco saludable o maladaptativa. El estudiante que realiza ejercicio después de clase para manejar el estrés de la universidad utiliza la *sublimación* de una forma adaptativa. Véanse en la tabla 3-1 las definiciones de estos mecanismos.

Cuando un paciente utiliza un mecanismo de defensa de forma maladaptativa, el profesional de enfermería debe llamar la atención del paciente sobre este proceso. Por ejemplo, el personal de enfermería se puede encontrar ante un paciente con dependencia del alcohol que niega continuamente un problema a pesar de las consecuencias negativas. El reconocimiento claro de la *negación* (o de otros mecanismos maladaptativos) puede dar a los pacientes la introspección que necesitan para comenzar a trabajar o a cambiar de conducta. El siguiente paso que debe seguir el profesional de enfermería es discutir las opciones adaptativas que puede utilizar el paciente para la reducción del estrés.

Autocomprobación crítica. ¿Cuáles de estos mecanismos de defensa utiliza usted? ¿Sus mecanismos de defensa son adaptativos o maladaptativos? ¿Por qué?

Teorías del yo

Carl Jung, Karen Horney, Erik Erikson y otros autores partieron de las ideas de Freud y continuaron desarrollándolas hasta

crear sus propias teorías de la personalidad. En conjunto se denominan *teorías del yo*.

CARL JUNG

La teoría de Jung (denominada *psicología analítica*) dividió la mente en el yo consciente, el consciente personal y el inconsciente colectivo. Describió el *inconsciente colectivo* como los elementos psíquicos o recuerdos heredados a través de generaciones a través de un canal inconsciente y compartido con todos los seres humanos. Introdujo la idea de que la cultura tiene una función importante en el desarrollo personal. Jung puso en duda algunos aspectos de la teoría de Freud. Jung afirmaba que los motivos y objetivos individuales de las personas eran más importantes que los impulsos sexuales en la determinación del transcurso de sus vidas.

ALFRED ADLER

Alfred Adler estaba interesado en la necesidad de un sentido de autonomía y control. Fue el primero que utilizó el término *complejo de inferioridad* para describir a las personas que están tan frustradas en sus intentos de tener éxito (o «luchar por la superioridad» en su teoría) que dejan de intentarlo. También fue el primero que incluyó las influencias sociales como factores importantes en el desarrollo de la personalidad.

Adler estudió los efectos del orden de nacimiento sobre el desarrollo de la personalidad. Encontró que los primogénitos luchan por recuperar el estatus que tenían cuando eran hijos únicos. Tendían a ser líderes, atentos y triunfadores. Los hijos nacidos en segundo lugar experimentan la rivalidad desde el principio, por lo que buscan la competición y luchan por alcanzar más logros. De acuerdo con Adler, los hijos nacidos en último lugar están más malcriados que los otros hijos. Tienen más modelos de rol en sus hermanos para establecer comparaciones y se pueden sentir claramente presionados para tener éxito en todas las áreas en las que han tenido éxito sus hermanos.

KAREN HORNEY

Karen Horney era una teórica alemana que había nacido a finales del siglo XIX. En su tiempo la femineidad se asociaba a pasividad, debilidad, fragilidad e inferioridad. La masculinidad se asociaba a fuerza, valor, competencia y libertad. Una de sus contribuciones a la teoría de personalidad fue refutar el concepto de Freud de «envidia del pene». Encontró que las mujeres no están motivadas por la envidia de tener un pene, sino por el deseo de tener las características asociadas a la masculinidad.

Horney también propuso el concepto de «ansiedad básica», que describió como el miedo del niño a estar indefenso y solo. Conectó el desarrollo de un «estilo pasivo», un «estilo agresivo» o un «estilo retraído» de la personalidad con la forma en la que eran tratados los niños y cómo resolvían sus ansiedades básicas.

Sus ideas forman la base de las prácticas modernas de crianza de los hijos que insisten en un entorno cálido y de respeto para fomentar el desarrollo de una personalidad sana (fig. 3-3 ■). La



Figura 3-3. ■ La teoría de Horney afirma que para fomentar un desarrollo saludable los padres deben tratar a un niño con cuidado, respeto, amabilidad y generosidad. *Fuente:* The Image Works.

teoría de Karen Horney se pone en práctica cuando los profesionales de enfermería enseñan a los padres que los hijos «aprenden lo que viven» y que para criar un hijo sano y adaptativo los padres deben tratar al hijo con cuidado, respeto, suavidad y generosidad.

ERIK ERIKSON

Erik Erikson nació en Alemania en 1902. Su educación formal finalizó en el instituto (Carson, 2000). Estudió psicoanálisis, trabajó en un centro de día fundado por Anna Freud (la hija de Sigmund) y posteriormente trabajó en EE. UU. con Henry Murray, que estaba interesado en el desarrollo de la personalidad a lo largo de toda la vida. Erikson creó su propia teoría de la personalidad basada en el *desarrollo psicosocial*. En ella describía cómo se forma la identidad en una serie de ocho fases que se construyen unas sobre otras (Erikson, 1963, 1980). La figura 3-4 ■ muestra las fases del desarrollo de Erikson. Cada una de las fases de Erikson representa un conflicto o problema fundamental que el individuo lucha por superar en un período crítico del desarrollo. Una persona debe resolver con éxito cada uno de los conflictos para dominar el siguiente (Wong, Hockenberry-Eaton, Wilson, Winkelstein y Schwartz, 2001). Las actividades necesarias para el dominio de cada una de las ocho fases de la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson se denominan **tareas del desarrollo**.

Cada una de las fases de Erikson tiene dos componentes: los grados de éxito y de falta de éxito del conflicto fundamental. En cada punto de crisis del desarrollo, la persona domina con éxito la tarea del desarrollo o no lo hace, con un resultado

Edad adulta tardía 60 años y más	Integridad frente a desesperanza
Edad adulta media 40-60 años	Productividad frente a estancamiento
Edad adulta joven 20-40 años	Intimidad frente a aislamiento
Adolescencia 12-19 años	Identidad frente a confusión de roles
Infancia media 6-11 años	Laboriosidad frente a inferioridad
Primera infancia 3-5 años	Iniciativa frente a culpa
Lactancia 1-2 años	Autonomía frente a vergüenza y duda
Lactancia 0-1 años	Confianza frente a desconfianza

Figura 3-4. ■ Fases del desarrollo de Erikson. *Fuente:* Human Development 4/E by Rice F. Philips, © 2001. Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, NJ.

negativo. Por ejemplo, un adolescente consigue la tarea del desarrollo de la identidad o tiene el resultado negativo de una confusión de roles. La figura 3-5 ■ muestra un grupo de varones adolescentes que demuestran su sentido de identidad con su grupo de iguales mediante su elección del estilo de ropa. Cada paso adelante en el desarrollo produce ansiedad a medida que la persona pasa de las fases anteriores, cómodas, hasta los nuevos retos y las nuevas formas de pensar sobre el propio yo. La tabla 3-2 ■ muestra un resumen de las fases del desarrollo psicosocial de Erikson.

Estos conflictos nunca se resuelven por completo, sino que siguen siendo un reto durante toda la vida. Por ejemplo, las personas que consiguen de forma satisfactoria el sentido de la confianza (la primera tarea del desarrollo) se seguirán enfrentando a la necesidad de desarrollar la con-



Figura 3-5. ■ Los adolescentes demuestran su identidad en un grupo de iguales mediante sus estilos de vestir. *Fuente:* Will Hart.

TABLA 3-2

Fases del desarrollo psicosocial de Erikson

CONFLICTO DEL DESARROLLO	EDAD	CARACTERÍSTICAS	RESULTADOS FAVORABLES
Confianza frente a desconfianza	Nacimiento hasta 1 año	Se desarrolla <i>confianza</i> cuando se satisfacen de forma adecuada y constante las necesidades del lactante; los padres son fiables. Se produce <i>desconfianza</i> cuando las necesidades básicas se satisfacen de forma inconstante.	Fe, esperanza, optimismo
Autonomía frente a vergüenza y duda	1-3 años	La <i>autonomía</i> se centra en la capacidad del niño de controlar su cuerpo y el entorno. Es importante el uso de sus habilidades físicas en desarrollo (entrenamiento en el aseo, deambulación, manipulación de objetos). Se produce <i>vergüenza</i> y <i>dudas</i> cuando el niño está avergonzado o se ve obligado a ser dependiente en áreas en las que es capaz de mantener su independencia.	Autocontrol, voluntad
Iniciativa frente a culpa	3-6 años	Los niños en esta fase son activos y tienen una imaginación poderosa. Desarrollan un sentido de <i>iniciativa</i> cuando son capaces de seguir y alcanzar sus objetivos y de alcanzar la sensación de finalidad. Desarrollan la conciencia en esta fase. Se produce <i>culpa</i> cuando sus esfuerzos se ven frustrados o si piensan que sus objetivos son malos.	Finalidad, dirección
Laboriosidad frente a inferioridad	6-12 años	Las interacciones fuera de la familia asumen más importancia. Se produce <i>laboriosidad</i> cuando los niños son capaces de realizar actividades y proyectos que pueden finalizar; es importante el logro. Aprenden a colaborar y competir con otros siguiendo las reglas. Se produce <i>inferioridad</i> cuando el niño no desarrolla relaciones de amistad o si piensa que no está a la altura de las expectativas de los demás.	Competencia
Identidad frente a confusión de rol	12-18 años	Esta es la fase asociada a la adolescencia. La <i>identidad</i> se caracteriza por la integración de los valores personales con los de la sociedad, un claro sentido del propio yo en múltiples roles, y la toma de decisiones sobre el futuro. La <i>confusión de roles</i> se debe a la imposibilidad de establecer una identidad individual separada de la familia y a no tener relaciones con iguales ni planes de empleo.	Fidelidad
Intimidad frente a aislamiento	Edad adulta temprana	Se desarrolla <i>intimidad</i> cuando la persona crea relaciones maduras, especialmente una relación afectiva con una pareja. El <i>aislamiento</i> es la imposibilidad de crear vínculos sociales fuertes sin perder el propio, o la incapacidad de crear relaciones íntimas en absoluto.	Amor

TABLA 3-2

Fases del desarrollo psicosocial de Erikson (cont.)

CONFLICTO DEL DESARROLLO	EDAD	CARACTERÍSTICAS	RESULTADOS FAVORABLES
Productividad frente a estancamiento	Edad adulta	<i>Productividad</i> es el deseo de mejorar la sociedad con los propios esfuerzos. La persona valora el trabajo y la ayuda a los demás. Esto puede adoptar la forma de criar hijos o la realización de servicios comunitarios con el objetivo de hacer que el mundo sea un lugar mejor. El <i>estancamiento</i> se caracteriza por el sentimiento de que la vida carece de significado. La persona en fase de estancamiento no tiene preocupaciones por el desarrollo de los demás.	Atención
Integridad del yo frente a desesperanza	Madurez	Cuando una persona ha desarrollado sabiduría durante toda una vida de experiencias y puede mirar hacia atrás para ver una vida de significado e integridad, ha alcanzado la <i>integridad</i> , especialmente cuando puede transmitir esta sabiduría a las generaciones más jóvenes. La <i>desesperanza</i> se caracteriza por el sentimiento de no haber conseguido los propios objetivos o no haber mantenido los valores, y es demasiado tarde para hacer nada en relación con ello.	Sabiduría

fianza en nuevas situaciones, como un ingreso hospitalario. El éxito inicial de la confianza es una base muy importante para el éxito en futuras situaciones difíciles.

MARGARET MAHLER

Margaret Mahler propuso su teoría del yo en los años setenta. Su abordaje se centra en la *separación-individuación* y se denomina teoría de las «relaciones objetales». *Relaciones objetales* significa que la persona aprende sobre el propio yo mediante la interacción con los demás. Pensaba que la formación de vínculos con la madre era crítica para que un niño desarrollara la salud psicológica.

Inicialmente un lactante comienza con la dependencia total de la madre, y después madura hasta descubrir un sentido propio y una perspectiva individual del mundo. Durante la fase de ambivalencia de Mahler el niño comienza el proceso de individuación-separación. En esta fase el niño tiene rabietas, malhumor y reacciones intensas a la separación de los padres. El niño es ambivalente, de modo que quiere tanto estar con sus padres como estar separado de ellos. A los 2 a 3 años de edad el niño descubre que el progenitor es un individuo separado u «objeto». Con esta revelación llega la capacidad de ver a los demás como individuos separados. La individuación permite que el niño desarrolle un sentido de ser una persona separada que tiene empatía por los sentimientos de los demás. Mahler añadió la importancia de las habilidades en los cuidados maternos a la información conocida sobre el desarrollo emocional saludable.

PSICOTERAPIA POR LOS TEÓRICOS DEL YO

El objetivo de la psicoterapia de acuerdo con los teóricos del yo es establecer niveles crecientes de independencia al ayudar al

ego o yo a superar los obstáculos al desarrollo. Los bloqueos al desarrollo en estas teorías con frecuencia se producen durante la lactancia.

El proceso terapéutico incluye la conversación del paciente con el terapeuta y el trabajo del paciente para desarrollar introspección sobre los motivos de su ansiedad. Se hace énfasis en el estudio por los pacientes de sus propias historias y el conocimiento de sus propias motivaciones interiores y su auto-concepto.

Con frecuencia se utiliza la terapia de juego con niños que sufren un trauma o duelo. Melanie Klein, una psiquiatra británica, desarrolló la terapia de juego. En esta terapia se utilizan juguetes y manualidades de la misma forma que los teóricos del yo utilizan el análisis de los sueños y las asociaciones libres con adultos. Los niños expresan sus sentimientos y superan sus conflictos mediante el juego.

IMPLICACIONES DE ENFERMERÍA

La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson es tal vez la teoría más aceptada del desarrollo de la personalidad. Se utiliza mucho en enfermería como base para la valoración del nivel de desarrollo del paciente, para identificar las necesidades del desarrollo y para planificar intervenciones de enfermería para fomentar el desarrollo de los pacientes. Por ejemplo, si un paciente pediátrico en la fase de laboriosidad frente a inferioridad es hospitalizado, ¿qué tipo de actividades debe suministrar el profesional de enfermería a este paciente? La actividad debe fomentar el logro de la tarea del desarrollo de laboriosidad por parte del niño. Esta tarea del desarrollo precisa que el niño haga proyectos que le proporcionen el sentido de logro. Un rompecabezas o un proyecto de manualidades podrían favorecer el desarrollo de este niño.

Recuerde, las personas de todas las edades están en proceso de desarrollo, debido a esto los profesionales de enfermería pueden favorecer el desarrollo saludable en pacientes de cualquier edad.

Las fases psicosociales de Erikson también se utilizan en enfermería para comprender las preocupaciones sobre las prioridades del paciente. Considere el caso de dos pacientes diferentes con el mismo diagnóstico médico: fractura de fémur. Uno es un niño de 2 años y el otro es un varón de 40 años. La fase del desarrollo del niño es autonomía frente a vergüenza y duda. Su tarea del desarrollo es ser independiente de sus padres. Sin la fractura estaría andando o corriendo por todas partes. Por tanto, la movilidad es una prioridad para este niño. Se puede beneficiar de un andador hecho especialmente o de otro dispositivo para favorecer la movilidad y que le permita ser móvil. Por el contrario, el varón de 40 años está en la fase de productividad frente a estancamiento. Su tarea del desarrollo (productividad) precisa su vuelta al trabajo. Si tiene un trabajo de «oficina», tal vez le puedan llevar el trabajo a casa. En caso contrario, tal vez se pueda modificar ese trabajo hasta que se recupere (tal vez pueda responder al teléfono). El adulto tiene diferentes prioridades a las del niño debido a sus diferentes tareas del desarrollo.

El conocimiento de las prioridades del desarrollo del paciente ayuda al profesional de enfermería a comprender la motivación del paciente sobre el aprendizaje. Los pacientes probablemente están más motivados a aprender cualquier cosa que les ayude a conseguir sus tareas del desarrollo. El varón de 40 años probablemente estará motivado para cumplir cualquier tratamiento que le ayude a volver al trabajo. Puede estar menos motivado por aprender sobre otros temas, como la prevención de problemas futuros o el inicio de actividades para el fomento de la salud general.

Autocomprobación crítica. Cuando un profesional de enfermería se sienta con una paciente anciana y escucha las historias de la paciente sobre las lecciones que ha recibido de la vida, ¿cómo está el profesional de enfermería fomentando el desarrollo de esta paciente?

Teorías biológicas

Los teóricos biológicos piensan que las personas nacen con determinadas *predisposiciones* (tendencias) y capacidades que afectan a la personalidad. Al contrario de los otros teóricos que afirman que el entorno y las experiencias vitales modelan la personalidad, los teóricos biológicos afirman que las personas nacen con lo que les hace individuos. En otras palabras, las fuerzas que crean la personalidad son biológicas. La forma en la que las personas responden al estrés, su susceptibilidad al desarrollo de trastornos mentales, incluso sus sentimientos y su conducta, están producidos por fuerzas genéticas, químicas y fisiológicas.

HANS EYSENCK

Hans Eysenck, un psicólogo británico, desarrolló una teoría de la personalidad basada en aspectos biológicos. La idea de Eysenck es que algunas personas tienen inherentemente un nivel bajo de estimulación cerebral. Esas personas buscan estimulaciones y se les denomina *extrovertidos*. Otras personas tienen un nivel mayor de estimulación del sistema nervioso central en general, por lo que tienden a alejarse de los entornos estimulantes. Estas personas se llaman *introvertidas*. Eysenck reconoce la dificultad de medir la «estimulación cerebral», aunque observa que hay diferencias fisiológicas entre los introvertidos y los extrovertidos, como la actividad eléctrica cerebral y cutánea (Friedman y Schustak, 1999).

Eysenck es un teórico biológico porque piensa que la personalidad humana está enraizada en nuestra genética (nuestra naturaleza). Los estudios de gemelos son especialmente útiles cuando se buscan respuestas a la **controversia de naturaleza o crianza** (debate sobre si la personalidad se debe a la biología o al entorno de las experiencias). En ocasiones se ha encontrado que gemelos idénticos criados por separado tienen actitudes y conductas sorprendentemente similares (como la elección de la misma carrera). Esto indicaría un sólido control genético de la personalidad. Se ha encontrado que tanto los *gemelos idénticos* o *monocigóticos* (formados a partir de un ovocito) como los *gemelos distintos* o *dicigóticos* (formados a partir de dos ovocitos), tienen una personalidad menos similar a medida que envejecen. Este hallazgo indica que el entorno es importante. Sin embargo, algunos gemelos idénticos no son *concordantes* (ambos afectados) por enfermedades con predisposición genética como la esquizofrenia y la depresión. Esto indica que la genética no es lo único que determina cómo se siente y se comporta una persona. La respuesta real a la controversia de naturaleza o crianza es que tanto la biología como el entorno, y la interacción entre ellos, afectan al desarrollo de la personalidad.

Hay un peligro en la aceptación de una explicación puramente biológica de la personalidad. En su extremo, la teoría biológica niega la responsabilidad personal de la conducta. Afirma que las personas no tienen control sobre su conducta. Si verdaderamente las personas están destinadas biológicamente a actuar de determinadas formas y no tienen libre albedrío para determinar su propio destino, entonces no hay esperanza en la rehabilitación. La mayoría de los teóricos biológicos no adopta este punto de vista extremo. Por el contrario, afirman que la personalidad se debe a influencias biológicas además de a factores ambientales. La personalidad se modela por una interacción entre naturaleza y crianza.

PERSPECTIVA TERAPÉUTICA

El mejor dato de que la biología afecta al pensamiento y la conducta se encuentra en la psicofarmacología. Desde los años cincuenta, cuando se introdujeron los antipsicóticos, ha quedado claro que los trastornos del pensamiento y del estado de ánimo (la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo) responden a los fármacos. Como se sabe que estos fármacos afectan a las

funciones de los **neurotransmisores** (productos químicos que transmiten impulsos desde una neurona a la siguiente en el encéfalo) del encéfalo, se ha razonado que el pensamiento y el estado de ánimo están controlados por estos neurotransmisores (v. capítulo 7, «Psicobiología y psicofarmacología»).

La eficacia del tratamiento farmacológico de los trastornos mentales ha sido un gran avance en la mejora de la calidad de vida de los pacientes afectados, aunque los fármacos no son la única respuesta. Los hechos son: 1) los fármacos no ayudan a todos los pacientes; 2) los pacientes no se curan por completo con los fármacos; 3) diferentes personas responden de forma diferente a los fármacos, y 4) otros abordajes terapéuticos también son eficaces. Por lo tanto, la enfermedad mental y la conducta son mucho más que un simple resultado de la bioquímica.

IMPLICACIONES DE ENFERMERÍA

Los profesionales de enfermería tienen una gran participación en los métodos de tratamiento biológico, especialmente la psicofarmacología. Los profesionales de enfermería colaboran con los médicos que prescriben fármacos psicotrópicos. Los profesionales de enfermería administran los fármacos, monitorizan la respuesta del paciente y enseñan al paciente a manejar los fármacos en su domicilio. Los profesionales de enfermería tienen una posición única que les permite ser miembros fundamentales del equipo sanitario en relación con el tratamiento farmacológico de los pacientes.

Los profesionales de enfermería adoptan un abordaje holístico de la asistencia de los pacientes, sea cual sea su diagnóstico. Las teorías de enfermería reconocen al paciente como una persona completa formada por mente, cuerpo y espíritu, y que está sometida a las influencias de factores internos (biológicos) y externos (ambientales).

Teorías de los rasgos

Las *teorías de los rasgos* intentan resumir y predecir la conducta humana mediante la identificación de rasgos de personalidad universales. Friedman y Schustack (1999) describen una perspectiva aceptada en general sobre los rasgos de la personalidad denominada los Cinco Principales (*Big Five*). En esta teoría hay cinco rasgos de la personalidad básicos y *universales* (válidos para todas las culturas, sexos y edades):

- **Extroversión:** Las personas extrovertidas tienden a ser enérgicas, entusiastas, dominantes, sociales y habladoras. El otro extremo de esta dimensión es la **introversión**. Las personas introvertidas tienden a ser tímidas, retraídas, sumisas y tranquilas.
- **Agrado:** Las personas agradables tienden a ser amistosas, colaboradoras, confiadas y cálidas. Las personas que tienen una puntuación baja en esta dimensión, que son **desagradables**, tienden a ser discutidoras, frías y crueles.
- **Consciencia:** Las personas conscientes son constantes, cautas, fiables, organizadas y responsables. Las personas **impulsivas** tienden a ser poco fiables, descuidadas y desordenadas.

- **Estabilidad emocional:** Las personas emocionalmente estables están relajadas y contentas. Las personas **emocionalmente inestables** (llamadas antiguamente *neuróticas*) tienden a estar nerviosas, ansiosas, irritables y preocupadas.
- **Apertura:** Las personas abiertas tienden a ser imaginativas, creativas e ingeniosas. Las personas con puntuación baja en esta dimensión, **cerradas**, son simples, sencillas y superficiales.

PSICOTERAPIA POR LOS TEÓRICOS DE LOS RASGOS

La teoría de los rasgos se puede utilizar para comprender las capacidades y el carácter único del paciente. Se pueden estudiar los estilos de la personalidad y las habilidades. El terapeuta podría determinar qué características de la persona se pueden modificar y cuáles no, y asesoraría al paciente sobre cómo actuar sobre los rasgos problemáticos que están sometidos a cambios. El principio es que los objetivos y las habilidades están sometidos a cambios, pero los temperamentos básicos no.

IMPLICACIONES DE ENFERMERÍA

Si determinados rasgos son innatos a nuestra disposición básica, y los objetivos personales son modificables, entonces los profesionales de enfermería pueden utilizar este conocimiento para ayudar a las personas a planificar objetivos realistas. Por ejemplo, considere un paciente que ha sufrido una lesión y debe cambiar su orientación profesional. Pide consejo al profesional de enfermería de rehabilitación. El paciente es introvertido, desagradable, consciente, emocionalmente estable y cerrado. Como estos rasgos son muy difíciles de cambiar, el mejor consejo para este paciente es que no intente una carrera en asistencia infantil, enfermería y representante de ventas porque no disfruta ni trabaja bien con personas. Podría ser más adecuado para un trabajo que precisa habilidad con los detalles (es consciente) pero poco contacto con las personas, como proceso de datos, contabilidad y aplicaciones informáticas.

Los profesionales de enfermería también pueden utilizar el conocimiento de que los rasgos de la personalidad son constantes como base para comprender las variaciones de los pacientes individuales y sus necesidades de aprendizaje. Los pacientes pueden tener mayor o menor facilidad para aprender algunas cosas nuevas (como hablar de forma asertiva con el médico sobre sus necesidades) o cambiar determinadas conductas (como una planificación inadecuada de las necesidades dietéticas en relación con el uso de fármacos) de acuerdo con sus rasgos de personalidad.

Teorías conductistas y del aprendizaje

Las *teorías conductistas* se basan en la idea de que una conducta persiste si se refuerza positivamente. Los conductistas piensan que la personalidad está modelada completamente por las experiencias vitales de la persona. La terapia dirigida a modi-

ficar una conducta incluye la planificación y la puesta en práctica de una nueva conducta que se reforzará para que continúe la conducta deseada.

IVAN PAVLOV

Ivan Pavlov fue un psicólogo ruso que estudió el *condicionamiento clásico*. Hacía sonar de forma regular una campana cuando daba alimentos a perros hambrientos, los cuales salivaban. Finalmente, cuando hacía sonar la campana, los perros salivaban aun cuando no hubiera ningún alimento. Este es un experimento clásico de conducta aprendida. La investigación de Pavlov creó la base para los abordajes del *aprendizaje o conductistas* de la personalidad.

B. F. SKINNER

B. F. Skinner, un estadounidense nacido en 1904, fue uno de los *conductistas* más famosos. Rechazó cualquier idea de fundamento biológico de la personalidad. Su principio del *condicionamiento operante* afirmaba que la conducta se modifica por sus consecuencias. Si un estudiante obtiene refuerzo cuando recibe un sobresaliente siempre que escribe con un bolígrafo azul, continuará con la conducta de utilizar un bolígrafo azul aun cuando haya finalizado una relación evidente entre causa y efecto. Skinner pensaba que las personas no tienen libre albedrío que determine su conducta: toda conducta es la consecuencia del refuerzo. El valor de un refuerzo procede de su significado para una persona. Una persona podría responder a la alabanza, otra a los premios, a las notas o a los privilegios. Skinner encontró que un patrón intermitente de refuerzo era el abordaje más eficaz para hacer que la conducta fuera continua. También encontró que se podían modificar las conductas indeseables aprendidas, una vez más mediante un refuerzo de la conducta deseada. Este proceso de finalización de una conducta aprendida se denomina *extinción*.

La mayor parte de la investigación sobre condicionamiento clásico se realizó en ratas y palomas, lo que demuestra que hay reglas universales que afectan a la conducta de los animales. Algunos psicólogos piensan que las teorías conductistas minimizan el carácter exclusivo del potencial humano.

TERAPIA CONDUCTUAL

Los conductistas adoptan un abordaje de formación para modificar la conducta. Cada nueva conducta deseada se recompensa con un refuerzo que es valioso para el paciente. No se refuerza la conducta indeseable.

La formación en asertividad es un abordaje conductista. Considere el caso de una paciente que tenga un antecedente de actuación pasiva. Su necesidad de información por parte del médico no está satisfecha, porque nunca hace preguntas. Con su terapeuta o profesional de enfermería planifica la actuación de forma asertiva. Cuando se lleva a cabo el acto asertivo (decir al médico que no entiende algunas instrucciones y pedirle una

explicación), la paciente recibirá un refuerzo (la información que quiere). Es necesario repetir la conducta deseada (y el refuerzo) muchas veces en situaciones diferentes para establecer la nueva conducta de asertividad.

La *desensibilización* es un abordaje conductista para el tratamiento de las *fobias* (miedos irracionales y persistentes). En esta técnica se expone al paciente al objeto temido en fases pequeñas, consiguiendo el éxito muchas veces, hasta que finalmente se enfrenta por completo al miedo. A modo de ejemplo, si una persona tiene fobia a las serpientes, el terapeuta puede comenzar con la fotografía de una serpiente. Se refuerza al paciente con alabanza por haber mirado la fotografía y haber hablado sobre ella. Avanzan viendo una serpiente de juguete, viendo una serpiente real en una jaula y finalmente tocando una serpiente de verdad.

IMPLICACIONES DE ENFERMERÍA

Los profesionales de enfermería utilizan un abordaje conductista siempre que dan refuerzo positivo a los pacientes por conductas saludables deseables. La modificación de la conducta con refuerzo positivo se utiliza con frecuencia con niños (el profesional de enfermería puede dar una pegatina de colores siempre que el niño colabore con una técnica).

Habitualmente no se utiliza refuerzo negativo. Un ejemplo de terapia conductista con refuerzo negativo es el fármaco disulfiram, que hace que las personas se sientan muy mal cuando beben alcohol.

La formación en relajación es otro ejemplo del abordaje conductista. Se enseña al paciente a relajar los músculos desde un extremo del cuerpo hasta el otro. El paciente nota cómo la sensación de tranquilidad y relajación progresa por todo el cuerpo, hasta que todo el cuerpo está suelto y descansado. De esta forma se refuerza positivamente la conducta de relajación.

Teorías cognitivas de la personalidad

La teoría de la evolución de Charles Darwin estimuló el pensamiento sobre la mente humana como una entidad biológica y no como la creación inmutable de un ser divino. Esta nueva forma de pensamiento inspiró mucha discusión e investigación en psicología cognitiva.

La **cognición** es el proceso mental mediante el cual se adquiere y procesa el conocimiento, e incluye razonamiento, juicio, memoria, conciencia y percepción. Los teóricos cognitivos piensan que son la percepción, el pensamiento y el juicio humanos lo que nos hace humanos.

TEORÍA DE LA GESTALT

La psicología de la *gestalt* (que significa *patrón* en alemán) es un abordaje cognitivo. La idea central en la psicología de la *gestalt* es que el complejo patrón o disposición de una experiencia es su esencia. La esencia de una experiencia compleja se pierde

cuando se desglosa para el análisis de sus partes. Las principales ideas de la teoría de la *gestalt* son:

- Los seres humanos buscan un significado en sus vidas.
- Las personas organizan los estímulos que reciben desde el mundo que les rodea en las percepciones que tienen significado para ellas.
- Las experiencias complejas son más que la suma de sus partes.

JEAN PIAGET

Jean Piaget, un biólogo suizo que se pasó a la psicología, elaboró en los años sesenta una teoría sobre el desarrollo cognitivo de los niños. Describió cuatro fases (*esquemas*) de desarrollo intelectual, de modo que cada fase se construye sobre la fase previa. Las fases de Piaget del desarrollo cognitivo se resumen como sigue:

Fase sensitivomotora (desde el nacimiento hasta los 2 años)

En esta fase, el aprendizaje sencillo está gobernado por las sensaciones. Los niños comienzan con la actividad refleja y después maduran a través de una conducta repetitiva sencilla hasta la conducta imitativa. A medida que dirigen la conducta hacia los objetos, desarrollan una sensación de «causa y efecto» (cuando doy la vuelta a la taza, el agua se derrama). Son muy curiosos, disfrutan de las experiencias, experimentan y resuelven los problemas principalmente mediante ensayo y error. Empiezan a desarrollar el sentimiento de sí mismos como diferentes en su entorno. Comienzan a comprender la *permanencia de los objetos*, que significa que un objeto sigue existiendo aun cuando no sea visible. Los niños comienzan a utilizar el lenguaje y pensamiento representativo al final del período sensitivomotor.

Fase preoperacional (2 a 7 años)

En esta fase, los niños son *egocéntricos* (son incapaces de imaginarse a sí mismos en el lugar de otros). Interpretan los acontecimientos y los objetos en función de su propia relación con ellos o de su uso de los mismos. No pueden comprender el punto de vista de los demás, y no pueden ver ningún motivo para hacerlo. El pensamiento preoperacional es concreto y tangible. En esta fase los niños no pueden razonar más allá de lo que observan. No son capaces de realizar deducciones ni generalizaciones. Sus pensamientos se refieren fundamentalmente a lo que experimentan. Tienen una capacidad cada vez mayor de utilizar el lenguaje para representar los objetos de su entorno. Su razonamiento se hace *intuitivo* hacia el final de esta fase (el sol se despierta como yo). Comienzan a considerar los problemas de tiempo, peso, longitud y tamaño. Su razonamiento también es *transductivo*: como los fenómenos aparecen juntos, se producen el uno al otro, o el conocimiento en una situación se transfiere a otra (p. ej., «todos los hombres son papás»).

Fase de las operaciones concretas (7-11 años)

El pensamiento operativo concreto es más lógico y coherente. Los niños pueden clasificar, separar, ordenar y organizar datos y objetos. Son capaces de organizar los datos para su uso en la resolución de problemas. Desarrollan la *conservación*, el concepto de que los factores físicos (volumen, peso y número) permanecen iguales aun cuando el aspecto externo haya cambiado. (Cabe la misma cantidad de agua en una taza de 250 ml que en un cuenco de 250 ml.) Pueden afrontar diferentes factores simultáneamente. No son capaces de pensar de forma abstracta. Resuelven los problemas de una forma concreta y sistemática. Su razonamiento es *inductivo*: hacen una generalización a partir de hechos particulares. Los pensamientos están menos centrados en ellos mismos. Piensan de una manera más social y pueden considerar los puntos de vista de los demás.

Fase de las operaciones formales (11-15 años)

Esta fase se caracteriza por adaptabilidad y flexibilidad. En esta fase las personas pueden utilizar pensamiento abstracto y símbolos. Pueden resolver problemas lógicos, considerando múltiples variables. Pueden formular hipótesis y verificarlas. Pueden considerar aspectos teóricos y filosóficos. Pueden resolver contradicciones. Son capaces de imaginar los pensamientos de los demás. Las personas que utilizan el pensamiento operativo formal ya no están limitadas por lo que es; pueden considerar lo que podría ser (Hockenberry, 2005).

HOWARD GARDNER

Una parte de la teoría cognitiva de la personalidad es cómo las personas perciben el mundo que las rodea y cómo intentan interpretar y comprender el mundo. Howard Gardner, un psicólogo educativo, propuso una teoría de las inteligencias múltiples. Dice que la costumbre de medir la inteligencia simplemente mediante el estudio de inteligencia del CI es demasiado limitada. De acuerdo con la teoría de Gardner, de la misma forma que las personas varían en cuanto a su inteligencia del tipo del CI tradicional, varían también en sus capacidades en las múltiples formas de conocimiento sobre el mundo (inteligencia). Las diferentes inteligencias son:

- Lenguaje
- Análisis lógico y matemático
- Representación espacial
- Pensamiento musical
- Inteligencia corporal-cinestésica (coordinación corporal y control del movimiento)
- Comprensión del propio yo (intrapersonal)
- Comprensión de los demás (interpersonal)
- Naturalista

La idea de Gardner es que las personas tienen diferentes puntos fuertes y potenciales en cada uno de los dominios de la inteligencia (Gardner, 1999).

Autocomprobación crítica. Mire las múltiples inteligencias de Gardner. ¿Está usted de acuerdo con Gardner en que la inteligencia se debe evaluar de una manera más amplia para predecir el potencial humano que únicamente con las pruebas de inteligencia tradicionales? ¿Por qué? ¿Tiene usted más inteligencia en algunas de estas áreas que en las otras?

ALBERT BANDURA

Albert Bandura es un teórico cognitivo social que formuló lo que se conoce como *teoría del aprendizaje social*. Bandura encontró que no todas las conductas se explican según una relación sencilla estímulo-respuesta. Pensaba que la psicología humana es complicada. Su idea es que la función psicológica es la consecuencia de una interacción entre los atributos personales y las condiciones ambientales.

Bandura propuso que las personas aprenden mejor observando las acciones de los demás y después modelando la conducta (Carson, 2000). Una de sus contribuciones más importantes a la psicología de la personalidad es su explicación del *aprendizaje por observación*. Describió situaciones en las que las personas pueden aprender sin llevar a cabo una conducta ellas mismas, sino observando a los demás.

Bandura y cols. llevaron a cabo un famoso estudio sobre cómo los niños aprenden una conducta agresiva. En este estudio se mostraron a los niños imágenes de adultos que actuaban de forma neutra o agresiva (golpes, patadas o pinchazos) hacia un gran payaso de plástico. Cuando se permitió a los niños que jugaran con el payaso, los que vieron la conducta agresiva tuvieron mayor probabilidad de actuar de forma agresiva. Cuando los niños vieron que se recompensaba al adulto por la agresión, tenían una probabilidad incluso mayor de actuar de forma agresiva ellos mismos. Los niños que veían el castigo del adulto agresivo tenían menos probabilidad de comportarse de forma agresiva que los demás niños. Pero ver que se recompensaba la conducta agresiva no se asociaba necesariamente a aumento de la agresión. Los niños que veían una agresión no recompensada tenían mayor probabilidad de actuar de forma agresiva que los niños que veían cómo el mismo adulto actuaba de forma neutra (Friedman y Schustack, 1999). Bandura encontró que las personas tienen mayor probabilidad de copiar una conducta que piensan que les llevará a un resultado positivo. Muchos autores consideran que la televisión muestra a los niños situaciones en las que la violencia se recompensa de forma positiva (fig. 3-6 ■).

Autocomprobación crítica. ¿Qué indica la investigación sobre el aprendizaje mediante observación de Bandura sobre el efecto de la violencia televisiva sobre los niños?

La investigación de Bandura sobre la seguridad en uno mismo es importante para la enfermería. La **seguridad en uno mismo** es la creencia de que una persona puede producir un



Figura 3-6. ■ Los niños que ven cómo se refuerza positivamente la violencia tienen mayor probabilidad de actuar de forma agresiva. Fuente: Edourd Berne/Stone/Getty Images.

resultado deseado (alcanzar un objetivo) por sus propios medios. La seguridad en uno mismo positiva es la actitud de que uno mismo podrá realizar una tarea o conducta con éxito. Sin sensación de seguridad en sí mismos los pacientes piensan que son ineficaces y que no pueden hacer nada para cambiar sus vidas. Bandura propuso que todo tratamiento psicoterápico debería tener el objetivo de «fortalecer las expectativas de la eficacia personal» (Bandura, 1977, pág. 193). Escribió que cuanto más seguridad en sí mismas tuvieran las personas, más motivación y persistencia tendrían para alcanzar un objetivo.

PSICOTERAPIA COGNITIVA

Todos los abordajes cognitivos comparten el punto de vista de que la percepción humana y la cognición (pensamiento) humana están en el centro de lo que significa ser humano. Los terapeutas cognitivos no están interesados en las motivaciones inconscientes ni emocionales de la conducta. Su objetivo es la toma de decisiones racionales mediante el conocimiento de los procesos del pensamiento.

Terapia de la *gestalt*

La terapia de la *gestalt* se centra en los significados generales globales de las situaciones y las conductas de los pacientes. Estos terapeutas no buscan significados inconscientes infantiles, sino el significado general de las experiencias para los pacientes. A veces se utiliza el desempeño de roles. Por ejemplo, si un paciente se siente mal porque su madre murió antes

de que pudiera decirle algo, el terapeuta de la *gestalt* puede pedir al paciente que exprese sus sentimientos a una silla vacía, como si su madre estuviera sentada allí escuchándole. Este proceso permite que el cliente formule pensamientos y sentimientos en palabras, que los exprese y que tenga sensación de cierre sobre el tema.

Terapia cognitiva

La terapia cognitiva busca el cambio de los procesos del pensamiento. El terapeuta es profesor y entrenador. El paciente aprende nuevas formas de pensamiento y resolución de problemas. En la psicoterapia actual las técnicas terapéuticas cognitivas y conductuales se combinan en la terapia cognitivo-conductual (TCC). La TCC es uno de los abordajes psicoterápicos más eficaces.

IMPLICACIONES DE ENFERMERÍA

Los profesionales de enfermería con frecuencia realizan un abordaje cognitivo mientras se ganan la colaboración de los pacientes, mientras colaboran con el paciente para planificar los objetivos del aprendizaje y en la formación de los pacientes. Cuando realizan educación, los profesionales de enfermería con frecuencia insisten en cómo deben utilizar los pacientes la información que están aprendiendo para fomentar sus autocuidados. Esta es una parte crítica de la capacitación de las personas para que participen de forma activa en su tratamiento.

Cuando enseñan a los pacientes, el conocimiento del desarrollo cognitivo es especialmente importante para los profesionales de enfermería. La educación debe ser compatible con el nivel cognitivo del paciente. Por ejemplo, los planes para la educación sobre diabetes para dos niños de 7 años y 17 años deberían ser diferentes de acuerdo con los diferentes niveles cognitivos de los pacientes. La educación para niños de 7 años debería incluir instrucciones concretas sobre lo que deben hacer a corto plazo: cómo analizar la glucosa sanguínea y cómo inyectarse insulina. La educación para niños de 17 años también debe incluir la fisiopatología de la enfermedad, las consecuencias del incumplimiento del plan terapéutico y la planificación de cómo realizar las mediciones de glucosa sanguínea mientras están en el colegio.

La terapia cognitiva se utiliza cuando el profesional de enfermería corrige un error del pensamiento del paciente. Si una paciente piensa que no puede seguir su nuevo plan terapéutico para el tratamiento de la artritis porque es demasiado complicado, el profesional de enfermería puede mostrar a la paciente cómo planificar sus actividades y cómo programar de forma eficaz sus tratamientos. La percepción de inadecuación de la paciente en esta situación era un error, y el profesional de enfermería le ayudó a ver su capacidad de seguir el plan terapéutico.

El fomento de una sensación positiva de confianza en uno mismo es una contribución importante de los profesionales de enfermería. Los pacientes que no piensan que pueden realizar conductas de promoción de la salud de forma eficaz tienen

menor probabilidad de realizarlas. En enfermería de salud mental, en la que muchos de nuestros pacientes tienen reducción de la energía y la motivación, la promoción de la confianza en uno mismo es una parte especialmente importante de la capacitación de los pacientes. Podemos fomentar la confianza de los pacientes en ellos mismos:

- Siendo modelos de rol de conductas saludables
- Fomentando una conducta deseable y desaconsejando la conducta indeseable
- Permitiendo que los pacientes hablen sobre cómo se sienten en relación con el cambio de conducta
- Creando situaciones en las que nuestros pacientes puedan tener experiencias positivas con la conducta de promoción de la salud

Teorías existenciales y humanistas

La filosofía existencial busca el sentido de la vida o de la existencia humana. Los existencialistas son más subjetivos que otros teóricos. Un aspecto del pensamiento existencial es la *fenomenología*, el estudio de las experiencias o percepciones subjetivas de las personas. Las teorías existenciales afirman que las leyes físicas no bastan para explicar las complejidades de la conducta humana. Los existencialistas consideran que la creatividad, la iniciativa individual y la realización personal son importantes factores de la personalidad.

VIKTOR FRANKL

Viktor Frankl, que sobrevivió a un campo de concentración nazi, era un teórico existencial-humanista. Insistía en la importancia de las elecciones personales. Afirmaba que las personas pueden decidir crecer, aun cuando se enfrenten a realidades terribles, y que su lucha existencial puede dar lugar al triunfo del espíritu. Su teoría también se denomina *logoterapia* (búsqueda del significado). Frankl también insistió en la magnitud del amor. Describe el descubrimiento de «la verdad, que el amor es el objetivo último y máximo al que puede aspirar el ser humano; *la salvación del ser humano se realiza mediante el amor y en el amor*» (Frankl, 1963; págs. 58-59).

CARL ROGERS

Las teorías *humanistas* de la personalidad se centran en el valor personal del individuo y en la importancia esencial de los valores humanos. Carl Rogers, un psicólogo humanista, elaboró la *terapia centrada en el paciente* en los años cincuenta. Su teoría marcó un cambio en las teorías sobre el desarrollo interpersonal. Una de las principales contribuciones de Rogers fue ofrecer un mejor conocimiento del tratamiento de los problemas psicológicos. Insistió en los aspectos personales, subjetivos y experienciales de la existencia humana. Propuso que es el paciente, y no el terapeuta, el que mejor sabe cuáles son los problemas y que podrá ser útil.

Igual que los existencialistas, Rogers definió a una persona como una obra en realización, un proceso de potenciales cambiantes, no un resultado predeterminado ni un producto acabado. Su perspectiva es que las personas deben asumir su propia naturaleza, su propio yo real. Animaba a sus pacientes a que experimentaran y se pusieran en contacto con sus propios sentimientos y que basaran su conducta en sus principios éticos. Insistió en la responsabilidad personal y el sesgo positivo en la percepción de uno mismo.

ABRAHAM MASLOW

A diferencia de muchos teóricos previos, que se centraron en la patología, Maslow se centró en las necesidades humanas y el estadio más alto de la evolución en el desarrollo humano. Maslow y cols. identificaron las necesidades humanas y las clasificaron jerárquicamente en cinco categorías, a menudo representadas en una pirámide (fig.3-7 ■).

La base de la pirámide son las necesidades fisiológicas. Estas necesidades se deben satisfacer antes de que la persona pueda trabajar para alcanzar el siguiente nivel. Las necesidades fisiológicas más básicas incluyen aire, alimento y agua. Otras necesidades fisiológicas incluyen sueño, ejercicio, eliminación y expresión sexual. Imagine a una persona que viva en una pobreza extrema y que no tenga acceso a los alimentos. Esta persona debe satisfacer su necesidad de alimentos antes de poder centrarse en necesidades de un nivel superior, incluso la necesidad de estar seguro. La persona hambrienta asumirá riesgos para obtener alimentos. El siguiente nivel son las necesi-

dades de seguridad y garantías. Estas necesidades se garantizan por evitar los daños, la ausencia de miedo, la seguridad física y el mantenimiento del bienestar. Una persona debe sentirse segura de los peligros antes de poder concentrarse en las necesidades superiores. Las necesidades de amor y sentido de pertenencia vienen a continuación. Estas necesidades incluyen compañía, relaciones interpersonales, dar y recibir afecto, y filiación con grupos. Las necesidades religiosas forman parte de este nivel. Las necesidades de estima tienen componentes tanto internos como externos. Las personas necesitan respeto, reconocimiento, atención y aprecio por parte de los demás. De nosotros mismos necesitamos autoestima, confianza, sensación de libertad, dignidad y amor propio (Maslow, 1968).

El nivel último del desarrollo humano de Maslow es la autorrealización. Describe a las personas autorrealizadas como las que han hecho realidad su propio potencial, que prefieren ser ellas mismas en vez de ser presuntuosas o artificiales. Tienen iniciativa propia, son creativas y flexibles. Las personas autorrealizadas pueden trascender a ellas mismas y conectar con algo que va más allá del propio yo, o pueden ayudar a los otros a encontrar su realización personal y a poner en práctica su potencial (Maslow y Lowery, 1998).

Los teóricos evolutivos actuales rechazan la idea de Maslow de que los seres humanos son los animales más evolucionados. Muchos también están en desacuerdo con su descripción del máximo nivel de desarrollo humano. Su visión egocéntrica e independiente no es compatible con las actitudes de las culturas de fuera de Europa y EE. UU., y ni siquiera con las actitu-

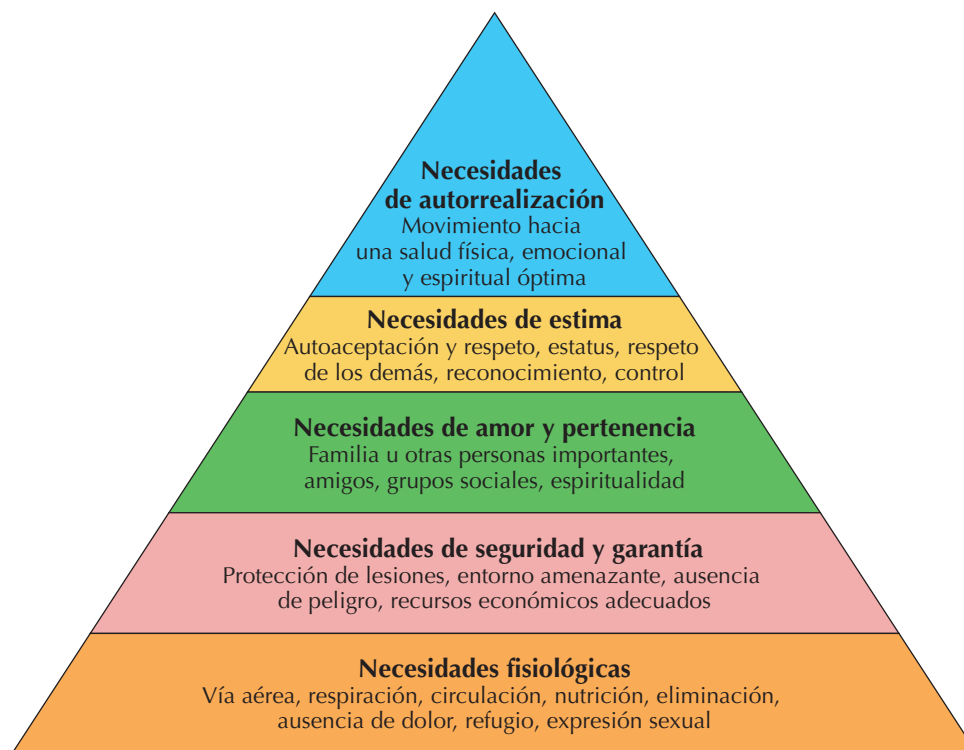


Figura 3-7. ■ Jerarquía de las necesidades de Maslow. Fuente: Craig, G. J. (2002). *Human development*, 9e. Upper Saddle River: Prentice Hall. p. 474, figure 14-2.

des de muchas mujeres. Los teóricos actuales rechazan la idea de que el deseo de relaciones en lugar de la independencia es una debilidad de las mujeres. Sin embargo, se sigue aceptando de forma generalizada el concepto de Maslow de priorización de las necesidades.

PSICOTERAPIA HUMANISTA

La terapia centrada en el paciente de Carl Rogers se basa en una actitud abierta y de aceptación por parte del terapeuta. El terapeuta es genuino, empático y ofrece una consideración positiva e incondicional.

La terapia humanista fomenta el conocimiento de uno mismo (introspección) y la autenticidad en las relaciones. Los objetivos de la terapia son superar la crisis del descubrimiento del significado de la vida y el encuentro de la autorrealización, el amor y la dignidad. La terapia con frecuencia se realiza en grupos. Los terapeutas humanistas pueden fomentar la expresión creativa. Pueden fomentar el servicio público para combatir la alienación. Se espera que los pacientes que participan en una terapia humanista asuman las responsabilidades de su propia conducta.

IMPLICACIONES DE ENFERMERÍA

El humanismo es un fundamento excelente de la asistencia de enfermería. De forma ideal los profesionales de enfermería prestan una asistencia holista y no crítica a todos los pacientes. Los profesionales de enfermería dan a los pacientes una consideración positiva e incondicional. Respetamos las opiniones de nuestros pacientes sobre sus problemas e incluimos a los pacientes en la planificación de los objetivos de su asistencia. Respetamos sus diferentes procedencias culturales (cuadro 3-1 ■). Los profesionales de enfermería modernos en todos los contextos consideran que los pacientes son participantes activos en su asistencia cuando asumen la responsabilidad y experimentan las consecuencias de su propia conducta.

La jerarquía de Maslow ofrece a los profesionales de enfermería una base para priorizar las necesidades de los pacientes y las intervenciones de enfermería. Si un paciente tiene autoestima baja y también tiene una nutrición inadecuada, las necesidades nutricionales deben ser prioritarias porque ocupan un lugar más bajo (son más básicas) en la jerarquía de Maslow. Se deben satisfacer estas necesidades antes de que el paciente

CUADRO 3-1 CONSIDERACIONES CULTURALES

Modelo de evaluación transcultural

La **cultura** es el conjunto de creencias, valores y conductas que se han aprendido y transmitido de una generación a la siguiente. La definición parece insulsa, pero las personas están dispuestas a luchar y morir por estos aspectos culturales. Si usted valora a su familia, sus creencias religiosas, sus opiniones políticas y su forma de vida, entonces comprende el poder de la cultura.

Todos los profesionales de enfermería deben tener conocimiento sobre la cultura para poder prestar una asistencia culturalmente adecuada y competente. La asistencia culturalmente competente es la adaptación de la asistencia de enfermería de una forma que sea compatible con la cultura del paciente. Para prestar esta asistencia el profesional de enfermería debe saber que cada individuo es único y que es un producto de las experiencias previas y del aprendizaje cultural. Es imposible que los profesionales de enfermería memoricen información específica sobre las creencias y conductas en relación con la salud de todas las culturas humanas (hay centenares). Aunque pudiéramos, estaríamos memorizando estereotipos y no estaríamos teniendo en cuenta las variaciones de los individuos respecto a las actitudes más frecuentes de su cultura. Afortunadamente, Giger y Davidhizar han formulado un modelo

para la evaluación de la cultura que incluye las seis características que afectan a la conducta humana y son comunes a todas las culturas (fig. 3-8 ■):

1. **Comunicación** (lenguaje verbal y no verbal, uso del silencio, pronunciación, características de la voz)
2. **Espacio** (grado de comodidad con la cercanía de los demás, movimiento corporal, percepción del espacio)
3. **Organización social** (etnicidad, roles familiares y de sexo, trabajo, ocio, religión, amigos)
4. **Tiempo** (uso del tiempo, medidas del tiempo, definición, tiempo social, tiempo laboral, orientación en el tiempo: futuro, presente o pasado)
5. **Control del entorno** (valores, definición de salud y enfermedad, actitudes sobre quién controla la salud, como el médico, Dios o el paciente)
6. **Variaciones biológicas** (estructura corporal, color de la piel y del cabello, características físicas, genética, susceptibilidad a la enfermedad, preferencias y tolerancias nutricionales, características psicológicas)

Fuente: *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*, 4/E, J. N. Giger and R. E. Davidhizar, "Transcultural Assessment Model." ©2004 Mosby, con autorización de Elsevier.

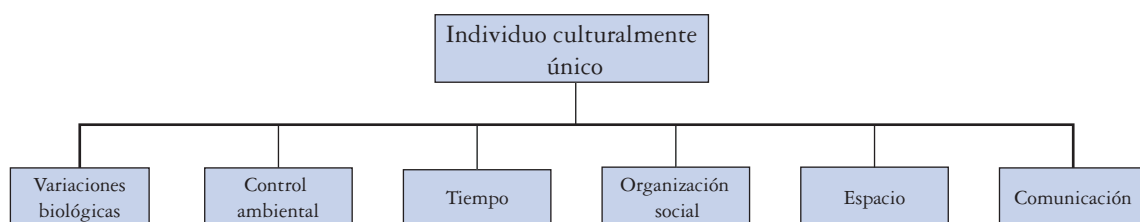


Figura 3-8. ■ Modelo de evaluación transcultural de Giger y Davidhizar.

se pueda centrar en la estima y antes de que se apliquen los planes de enfermería para la construcción de la estima.

Teorías interpersonales

Los *teóricos interpersonales* piensan que la personalidad cambia continuamente como consecuencia de la interacción con los demás.

HARRY STACK SULLIVAN Y HILDEGARD PEPLAU

Harry Stack Sullivan estudió a personas en el contexto de sus relaciones con otras personas. Planteó la teoría de que la personalidad está determinada por las situaciones interpersonales. Él y sus seguidores pensaban que la sociedad es la causa de los problemas de las personas. Los teóricos interpersonales más recientes han añadido el concepto de que las personas aprenden de sus experiencias con su entorno, y que con el tiempo puede cambiar la forma en la que reaccionan.

Hildegard Peplau, la teórica de la enfermería de salud mental, también es teórica interpersonal. En los años cincuenta fue el primer profesional de enfermería que identificó la enfermería psiquiátrica-de salud mental como una parte esencial de la enfermería general y como un área especializada. Peplau fue la primera teórica de la enfermería que propuso la relación profesional de enfermería-paciente como el fundamento de la práctica de la enfermería.

Hildegard Peplau es una poderosa influencia sobre el pensamiento actual sobre la profesión de la enfermería. Propuso un cambio del *paradigma* (modelo o norma) que definía la enfermería en relación con el modelo médico hasta un modelo interpersonal de la enfermería (Peplau, 1989).

PSICOTERAPIA INTERPERSONAL

En el abordaje interpersonal el terapeuta ayuda al paciente a desarrollar relaciones de confianza, primero con el terapeuta y después con los demás. El paciente comparte sus ansiedades con el terapeuta. El terapeuta utiliza la empatía para percibir los sentimientos del paciente y utiliza la relación como experiencia interpersonal correctiva. La relación entre el paciente y el terapeuta ayuda a desarrollar sentimientos de seguridad y a aliviar sentimientos de ansiedad.

IMPLICACIONES DE ENFERMERÍA

La teoría de Peplau ofrece una explicación sobre cómo los profesionales de enfermería pueden ayudar a los pacientes a hacer cambios positivos en su salud y su bienestar. Propone que los profesionales de enfermería se deben convertir en observadores que participen en las interacciones terapéuticas con los pacientes. Los profesionales de enfermería recogen datos para la valoración interactuando directamente con el paciente. Los profesionales de enfermería deben conocer su propia función en la interacción terapéutica y la función que puede esperar el paciente que cumplan, como amigo, padre, objeto de amor o participante en el problema del paciente. Ninguno de estos roles es útil para prestar asistencia de enfermería a los pacientes. Por tanto, Peplau afirma que las necesidades sociales y personales del profesional de enfermería no deben formar parte de la relación profesional de enfermería-paciente (Carson, 2000).

Peplau definió tres fases de la relación profesional de enfermería-paciente:

- Fase de orientación (se discuten las expectativas y se establecen los objetivos)
- Fase de trabajo (identificación del problema y uso del proceso para potenciar el desarrollo personal del paciente)
- Fase de resolución o de terminación (la relación finaliza, se resumen los resultados)

Propone un abordaje terapéutico de resolución cuidadosa de los problemas. El profesional de enfermería debe ayudar primero al paciente a identificar y etiquetar las ansiedades actuales, fomentando la introspección. El paso siguiente es que el profesional de enfermería ayude al paciente a identificar estrategias para aliviar la experiencia de la ansiedad. En tercer lugar, el profesional de enfermería ayuda al paciente a determinar las causas de la ansiedad. El cuarto paso supone ayudar al paciente a tener introspección personal (conocimiento del propio rol del paciente) sobre la causa de la ansiedad (Carson, 2000).

Nota: La bibliografía y los recursos de este y el resto de capítulos se han reunido al final del libro.

Revisión del capítulo

TÉRMINOS CLAVE

cognición

conducta adaptativa

conducta maladaptativa

controversia de naturaleza o crianza

cultura

disociación

holismo

mecanismos de defensa

neurotransmisores

personalidad

seguridad en uno mismo

tareas del desarrollo

PUNTOS clave

- Las personas se sienten, piensan y comportan de formas que están determinadas por diversos factores internos y externos.
- Hay varias teorías del desarrollo de la personalidad. Cada teoría tiene sus propias estrategias terapéuticas. La psicoterapia actual integra diversos abordajes de diferentes teorías para el beneficio del paciente.
- Los mecanismos de defensa distorsionan la realidad para proteger al propio yo. Todo el mundo los utiliza, de forma adaptativa o maladaptativa.
- Las personas deben realizar las tareas del desarrollo antes de poder pasar al siguiente nivel del desarrollo.
- La psicofarmacología (estudio de los fármacos que afectan al pensamiento y la conducta) es una parte importante de la teoría biológica de la personalidad.
- Los cinco rasgos de la personalidad universales son extroversión, agrado, consciencia, estabilidad emocional y aperturas. Cada persona tiene todos estos rasgos en mayor o menor medida.
- Los sentimientos, las emociones y las conductas se pueden aprender y modificar.
- Los seis aspectos de la cultura que afectan a la conducta sobre la salud son comunicación, espacio, organización social, tiempo, control del entorno y variaciones biológicas.
- Debido a los procesos del desarrollo cognitivo, las personas aprenden de forma diferente a diferentes edades.
- Es humano buscar el significado de la vida.

- Las personas se ven afectadas por las relaciones e interacciones con otras personas.
- La relación profesional de enfermería-paciente es el fundamento de la asistencia de enfermería.
- Todas las personas siguen desarrollándose durante toda la vida. Los profesionales de enfermería pueden fomentar el desarrollo personal en pacientes de cualquier edad.
- La asistencia de enfermería es holista: se dirige al cuerpo, la mente y el espíritu del paciente.
- Los profesionales de enfermería deben priorizar sus acciones, satisfaciendo primero las necesidades más básicas de los pacientes.



EXPLORE MediaLink

Pueden encontrarse recursos interactivos adicionales en la página web complementaria www.prenhall.com/eby. Haga clic en «Chapter 3» y en «Begin» para seleccionar las actividades de este capítulo.

- Audio glossary
- NCLEX-PN® review
- Case study
- Study outline
- Critical thinking questions
- Matching questions
- Weblinks

Preparación del examen NCLEX-PN®

CONSEJO PARA PASAR LA PRUEBA

Cuando una pregunta le pida que priorice las valoraciones e intervenciones, utilice la jerarquía de Maslow. Cuanto más baja esté una necesidad en la pirámide, mayor es su prioridad. Recuerde, las necesidades fisiológicas (dificultades respiratorias) tienen mayor prioridad que la seguridad (caerse de la cama).

- 1** Según la definición de Freud, el yo (ego) es la parte de la mente que contiene:
 1. Los instintos e impulsos básicos.
 2. La conciencia.
 3. La capacidad de responder a las realidades de la vida cotidiana.
 4. Todos los elementos de la persona holista.
- 2** Un estudiante que va al gimnasio de forma habitual después de clase para aliviar el estrés del estudio utiliza el mecanismo de defensa de:
 1. Compensación.
 2. Racionalización.
 3. Sublimación.
 4. Represión.
- 3** De acuerdo con la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson, los niños de entre 6 y 12 años deben:
 1. Estar comenzando a desarrollar su consciencia.
 2. Ser disciplinados para cualquier episodio de incontinencia.
 3. Estar compitiendo con sus iguales siguiendo las reglas del juego.
 4. Estar integrando sus valores personales con los de la sociedad.
- 4** El éxito del uso de los fármacos antipsicóticos indica que es válida una de las teorías del desarrollo de la personalidad:
 1. Biológica
 2. De los rasgos
 3. Humanista
 4. Conductista
- 5** Cuando a un paciente que tiene fobia a volar se le enseñan vídeos de aviones despegando y aterrizando y fotos obtenidas desde las ventanas de los aviones durante el vuelo, se está tratando al paciente con uno de los abordajes de los conductistas:
 1. Confrontación de la realidad
 2. Asertividad
 3. Desensibilización
 4. Refuerzo
- 6** La administración del fármaco disulfiram a un paciente alcohólico para hacer que se sienta muy mal si bebe alcohol mientras, el fármaco es un ejemplo de:
 1. Confrontación con la realidad.
 2. Modificación de la conducta.
 3. Desensibilización.
 4. Refuerzo positivo.
- 7** Cuando los profesionales de enfermería fomentan una conducta deseable en sus pacientes y desaconsejan las conductas indeseables, están fomentando la/el _____ en sus pacientes.
 1. Seguridad en uno mismo
 2. Asertividad
 3. Determinismo
 4. Dependencia
- 8** Un cliente exigente que continuamente llama por tareas pequeñas y no esenciales, como «sacudir» la almohada o estirar la colcha, podría estar experimentando una de las necesidades humanas según la jerarquía de Maslow:
 1. Fisiológicas
 2. Autoestima
 3. Amor y pertenencia
 4. Seguridad y garantía
- 9** Un profesional de enfermería que ayuda a un paciente a descubrir sus propias opciones para la resolución de problemas sin decirle qué debe hacer está utilizando, ¿cuál de las técnicas desarrolladas por Hildegard Peplau?
 1. Interpersonal
 2. Del desarrollo
 3. Modificación de la conducta
 4. Psicoanalítica
- 10** De acuerdo con la jerarquía de las necesidades de Maslow, asigne un número a los siguientes pacientes en orden de prioridad de sus necesidades, siendo 1 el paciente cuya necesidad tiene la máxima prioridad.
___ Un paciente totalmente dependiente, cuyas barras laterales están bajadas
___ Un paciente que pide que el voluntario le lleve libros de la biblioteca del hospital
___ Un paciente al que se debe alimentar
___ Un paciente que ha tenido un accidente que le ha desfigurado
___ Un paciente que no ha tenido visitas ni llamadas telefónicas desde su ingreso hace 3 días

En el apéndice I pueden encontrarse las respuestas a las preguntas de revisión.

Enfermería mentalmente saludable

BREVE sinopsis

Atributos de la atención
Síndrome de desgaste
profesional

OBJETIVOS del aprendizaje

Al finalizar la lectura de este capítulo, usted será capaz de:

1. Discutir las formas de utilizar la atención en su práctica de la enfermería.
2. Identificar los factores que producen síndrome de desgaste profesional en los profesionales de enfermería.
3. Planificar métodos para prevenir el síndrome de desgaste profesional en enfermería.
4. Planificar estrategias para fomentar su propia salud mental.

**PROTOCOLO ASISTENCIAL
DE PENSAMIENTO CRÍTICO:**
Asistencia de un paciente con
enfrentamiento ineficaz

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

Atributos de la atención

La atención constituye el fundamento de la práctica de la enfermería (Watson, 1979). Los atributos de la asistencia son «las cinco C» (Roach, 1987). La figura 4-1 ■ ilustra las cinco C de la atención. Estos atributos de la atención incluyen el **compromiso**, que es la promesa personal de seguir una acción determinada, como la opción de ser un profesional de enfermería capacitado o de prestar la asistencia necesaria para satisfacer las necesidades de cada paciente. La **compasión** supone compartir el estado emocional del otro. Incluye *empatía* (intentar entender cómo se siente el otro) y aceptación de los demás tal y como son (no necesariamente como quisiéramos que fueran). La **competencia** es el dominio del conocimiento de los principios subyacentes a la práctica de la enfermería profesional y la aplicación de este conocimiento a la resolución de problemas y la toma de decisiones. Incluye la capacidad de aplicar el proceso de enfermería. La **confianza** (creencia en uno mismo) fomenta una relación de confiabilidad mutua. El profesional de enfermería debe tener confianza en sí mismo para fomentar la confianza de los pacientes. Cuando los pacientes confían en que el profesional de enfermería tiene la capacidad de ayudarles con sus problemas, tienen confianza en el profesional de enfermería. Finalmente, la **conciencia** es tener una convicción o creencia ética sobre lo que está bien y lo que está mal de acuerdo con la ética de la profesión de la enfermería.

Autocomprobación crítica. Cuando un profesional de enfermería es compasivo pero incompetente, ¿es este profesional de enfermería atento con los pacientes? ¿Por qué?

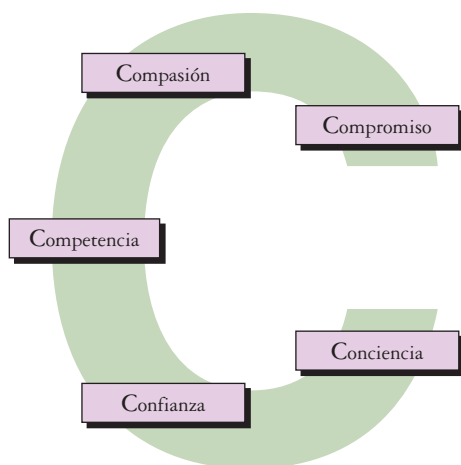


Figura 4-1. ■ Las cinco C de la atención.

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

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOMETIDOS A ESTRÉS

La enfermería tiene una historia prolongada. Nos han precedido profesionales de enfermería fuertes y visionarios en nuestra búsqueda de la asistencia de las personas. Aunque la idea de que los profesionales de enfermería atienden a otras personas ha estado presente durante mucho tiempo, el concepto de que los profesionales de enfermería se cuiden a sí mismos es bastante nuevo.

El trabajo como profesional de enfermería siempre ha sido difícil. Algunos de los retos/estresantes para los profesionales de enfermería incluyen los siguientes:

- **El trabajo.** La enfermería es un trabajo duro. Los enfermeros desempeñan su trabajo en un entorno influenciado por un gran número de estímulos estresantes, trabajan en turnos de 7 a 12 horas, (en España) de forma continua (sin mencionar los turnos dobles cuando hacen horas extraordinarias). El hospital está abierto y dotado de profesionales de enfermería 24 horas al día, 7 días a la semana. Damos cambios posturales, levantamos y ayudamos a deambular a las personas que lo necesitan. A medida que cambia el sistema sanitario, se espera que los profesionales de enfermería asuman la responsabilidad de más pacientes con enfermedades más graves y que deleguen algunas partes de su asistencia en otros profesionales. También utilizamos un equipo cada vez más complejo para atenderles (fig. 4-2 ■). El trabajo es estimulante y gratificante, aunque también puede ser agotador.
- **La profesión.** Como profesionales sanitarios, esperamos de nosotros mismos no sólo que «estemos ahí» para nuestros



Figura 4-2. ■ La práctica de la enfermería se está centrando cada vez más en la tecnología. Fuente: Phototake NYC.

pacientes, sino también que hagamos un trabajo excelente en la asistencia de los mismos. Nuestra función como profesionales de enfermería incluye asistencia, aplicación del proceso de enfermería, docencia, participación en el entorno terapéutico, colaboración con otros profesionales, fomento de actividades de prevención, humanización de la asistencia de los pacientes y defensa de los pacientes. Mientras tanto, nuestro empleador y nuestros compañeros nos están evaluando. Podrían decir: «realmente es un buen profesional de enfermería», o en un mal día podrían decir otra cosa. Sus opiniones nos importan.

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

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

Autocomprobación crítica. ¿Qué significa «los profesionales de enfermería atienden desde el vientre hasta la tumba»?

Es evidente que la enfermería es un trabajo poderoso y satisfactorio. No hay ningún trabajo igual. De la misma forma que la enfermería es una fuerza influyente para ayudar a las personas, también es un increíble reto para los propios profesionales

de enfermería. Los profesionales de enfermería dan y dan de sí mismos; puede ser difícil reponer las pérdidas.

LÍMITES PERSONALES

El hecho de que los enfermeros atienden a personas no es nuevo. Sin embargo, sí es nuevo que es posible «atender demasiado». En su libro *I'm Dying to Take Care of You* (Me muero por atenderle) (¡qué gran título!), Snow y Williard (1989) afirman que los profesionales de enfermería con frecuencia ponen las necesidades de los demás por delante de sus propias necesidades. Los profesionales de enfermería pueden permitirse ser definidos en función de los demás. Los profesionales de enfermería pueden necesitar las opiniones de los demás para validar sus buenas intenciones. También podemos responder con demasiada sensibilidad al estrés que crean los que nos rodean (pacientes, personal y nuestras propias familias).

Podemos perder nuestros **límites personales**, los límites saludables que establecen las personas en relación con lo que es adecuado para ellas. Sin unos límites saludables los profesionales de enfermería hacen por otras personas lo que deberían hacer por ellos mismos. Un ejemplo es la enfermera que llama con la excusa de que su marido está enfermo cuando realmente está bebido. Otro es el profesional de enfermería que hace varios turnos dobles seguidos porque el hospital se lo pide, aunque está agotado. Decir «no» a solicitudes poco razonables de otras personas precisa el establecimiento de límites.

Otro motivo por el que los profesionales de enfermería precisan límites personales saludables es para el mantenimiento de las relaciones profesionales. Las posibles áreas de transgresión de los límites con los pacientes son las siguientes (Bunner y Yonge, 2006):

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

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

CODEPENDENCIA

Parafraseando a Beattie (1992), la **codependencia** es dejar que la conducta de otra persona le afecte a usted y obsesionarse con el control de la conducta de esa persona. Una persona codependiente hace posible que los demás eviten las consecuencias de sus propias conductas maladaptativas, lo que favorece que continúe esa conducta. ¿Quiénes son codependientes? Son personas que establecen relaciones con personas que tienen problemas de abuso de sustancias; son personas que aman, se preocupan o trabajan con personas con problemas. Muchos profesionales de enfermería son codependientes. Melodie Beattie (1992), que escribió *Codependent No More* y *Beyond Codependency*, le advierte que puede tener problemas con la codependencia:

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

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

codependientes asumen las responsabilidades de otras personas o permiten que las personas eviten la responsabilidad de su propia conducta. En el ejemplo clásico de codependencia, una persona empeora la dependencia de sustancias de su pareja presentando excusas, ocultando los problemas, intentando controlar a su pareja y permitiendo que continúe el hábito.

También hay codependencia en el lugar de trabajo. Los profesionales de enfermería pueden ignorar la conducta errática que indica que un compañero tiene problemas. Podemos permitir que los médicos o los supervisores nos hablen sin respeto sin señalar su conducta inadecuada y sin animarles a que cambien. Cuando un profesional de enfermería dice a un paciente con hipertensión: «No lo hace usted tan mal. Muchas personas no toman las medicinas. No entiendo por qué está tan molesto del médico», se ha perdido una oportunidad. Culpar al médico, de la misma forma que el paciente culpa a su esposa por cocinar alimentos ricos en grasa y por dejar el salero en la mesa, desvía del paciente la responsabilidad de su propia salud. Pierde la oportunidad de aprender a resolver el problema de forma adaptativa. El cuadro 4-1 ■ pone de relieve las características de la codependencia.

Cuando una persona interactúa con un codependiente, esta persona puede evitar las consecuencias naturales de su propia

CUADRO 4-1

Características de la codependencia

Las personas codependientes pueden:

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

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

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

¿Cuántas de estas características tiene usted?

TABLA 4-1

Cómo vencer la codependencia

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

conducta. Como hemos aprendido en el capítulo 3, la conducta que se refuerza de forma positiva continúa. Cuando los profesionales de enfermería permiten que las personas que forman parte de sus vidas eviten las consecuencias naturales de su conducta, no hay oportunidad para que las personas cambien. Algunas personas dejan de beber cuando sus hijos se sienten defraudados con ellos y pierden el trabajo. Otras dejan de maltratar verbalmente a los demás cuando no se tolera su conducta. Algunos pacientes comienzan a tener una conducta saludable cuando el profesional de enfermería utiliza un abordaje maduro de resolución de problemas, haciendo que el paciente asuma la responsabilidad de sus propias acciones. Ninguna de estas personas recibiría la retroalimentación necesaria para facilitar el cambio si un codependiente le protegiera de la situación maladaptativa. La tabla 4-1 ■ ilustra respuestas saludables frente a respuestas codependientes.

Autocomprobación crítica. Compare las afirmaciones saludables y codependientes de la tabla 4-1. ¿Como ayuda el profesional de enfermería de las afirmaciones codependientes a que las personas eviten las consecuencias de su propia conducta? ¿Se le ocurren ejemplos de codependencia en la vida real?

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

ORGANIZACIONES ENFERMAS

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

económicas y administrativas. Exigen cada vez más a los profesionales de enfermería que, debido a su naturaleza, den cada vez más. La codependencia y unos límites personales débiles sitúan a los profesionales de enfermería en una situación en la que pueden ser utilizados y se puede abusar de ellos (Frisch y Frisch, 2006).

Los empleadores deben estar preocupados con la carga de trabajo de los profesionales de enfermería. La carga de trabajo de los profesionales de enfermería se relaciona directamente con la tasa de mortalidad de los pacientes. Un estudio de 2002 de pacientes quirúrgicos encontró que después de un cociente básico de personal de cuatro pacientes por profesional de enfermería, cada paciente adicional por profesional de enfermería aumentaba la probabilidad de mortalidad de los pacientes en un 7%. Cada paciente adicional también se asociaba a un aumento significativo del síndrome de desgaste profesional y de insatisfacción laboral en los profesionales de enfermería (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski y Silber, 2002). Este estudio ilustró la importancia de los profesionales de enfermería para la evolución de los pacientes y el hecho de que hay un límite en el número de pacientes a los que los profesionales de enfermería pueden prestar asistencia con seguridad.

Síndrome de desgaste profesional

¿Qué se tiene cuando se combina a los cuidadores, la codependencia, unos límites personales débiles, unas organizaciones poco saludables y unas demandas crecientes? La respuesta es el síndrome de desgaste profesional.

El **síndrome de desgaste profesional** es un estado de agotamiento físico, emocional y mental producido por la implicación a largo plazo en situaciones que son exigentes desde el punto de vista emocional. Se produce cuando personas que iniciaron sus carreras profesionales asistenciales con muchas esperanzas se desaniman (Pines y Aronson, 1988).

Las personas que se hacen profesionales de enfermería esperan descubrir el sentido de la vida por su profesión. Los profesionales de enfermería son idealistas, están muy motivados y se relacio-

nan con su profesión como una llamada. Cuando los profesionales de enfermería sienten que su trabajo es insignificante o que no supone ninguna diferencia en sus contextos clínicos, tienen síndrome de desgaste profesional (Malach-Pines, 2000).

Los factores de riesgo del síndrome de desgaste profesional en enfermería incluyen carga de trabajo elevada, escaso apoyo social o institucional, sensación de aportar más de lo que se recibe, percepción de estrés elevado, conflicto de roles y sensación de impotencia. Los profesionales de enfermería siempre han trabajado mucho. No es la propia carga de trabajo lo que hace que los profesionales de enfermería pierdan su interés por la enfermería. Es la pérdida de la esperanza de que puedan establecer una diferencia para los pacientes o de que tendrán el tiempo y los recursos para hacer el tipo de enfermería que esperaban. Los profesionales de enfermería luchan cuando trabajan en entornos «tóxicos», en los que no pueden ejercer de acuerdo con sus propias filosofías personales de la asistencia de enfermería (Zerwekh y Claborn, 2006).

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

¿Cómo sabe usted si alguien tiene síndrome de desgaste profesional? Los síntomas y signos del síndrome de desgaste profesional son los siguientes (Malach-Pines, 2000):

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

Zerwekh y Claborn (2006) describen la aparición del síndrome de desgaste profesional: entusiasmo por el trabajo, pérdida de entusiasmo, deterioro continuo, crisis, y finalmente devastación e imposibilidad de trabajar de forma eficaz.

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

El pensamiento de que hay profesionales de enfermería con síndrome de desgaste profesional es bastante deprimente. Hay muchas estrategias para prevenir el síndrome de desgaste profesional y fomentar una enfermería mentalmente saludable. El concepto de que los profesionales de enfermería se cuiden a sí mismos es relativamente nuevo, pero los profesionales de enfermería son buenos investigadores y se les da bien la resolución de problemas, por lo que abundan las buenas ideas. Como nuevo profesional de enfermería, usted puede comenzar su carrera profesional con hábitos saludables, lo que es más fácil que romper después con viejas costumbres contraproducentes.

CUADRO 4-2

LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

Formas de cuidar al cuidador (usted mismo)

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

Podemos diagnosticar a los pacientes y sus familias de Cansancio en el desempeño del rol cuidador y Afrontamiento ineficaz. Si miramos con más detenimiento, a veces podríamos aplicarnos estos diagnósticos a nosotros mismos.

Una vieja actitud en enfermería es que «estoy aquí para servir, y punto». Ahora debemos añadir a esto: «y se deben satisfacer mis propias necesidades para que yo pueda satisfacer las necesidades de mis pacientes». Los profesionales de enfermería deben ser sus propios defensores en el lugar de trabajo. Busque en el cuadro 4-2 ■ ideas sobre cómo cuidarse a usted mismo.

Desarrolle el conocimiento de usted mismo

El conocimiento de uno mismo (conocido como *introspección*) es el mejor paso inicial en el camino hacia una enfermería saludable. Es importante que reconozca sus propios sentimientos. Muchas personas que se hacen profesionales de enfermería han pasado tanto tiempo respondiendo a los sentimientos de los demás que tienen problemas incluso para reconocer o nombrar sus propios sentimientos.

Es saludable reconocer cuándo usted se siente enfadado, frustrado, triste, culpable, solo o feliz. Consulte en la figura 4-3 ■ algunas de las muchas emociones que sienten las personas. También se puede utilizar una gráfica como esta con los pacientes para ayudarles a identificar sus sentimientos. Ayuda a poner nombres a los sentimientos y también ayuda a las personas a saber que hay muchos sentimientos diferentes que no durarán para siempre.

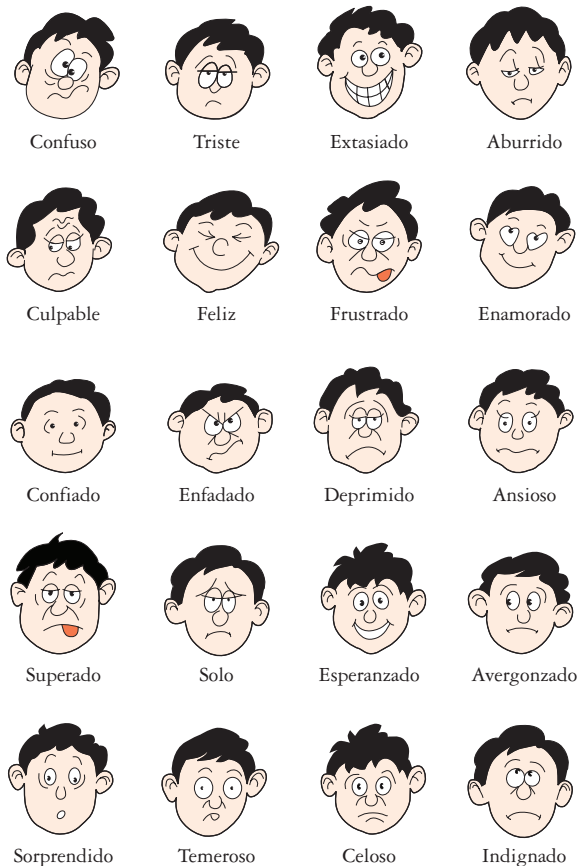


Figura 4-3. ■ ¿Cómo se siente usted ahora?

Cuando los sentimientos negativos no se expresan o ni siquiera se reconocen, tienden a acumularse. Los sentimientos acumulados pueden dar lugar a arrebatos o «atracones emocionales». Un atracón emocional podría suponer no expresar los sentimientos en el trabajo, y después explotar de ira hacia las personas de casa, donde usted grita a su pareja, pega patadas al perro, quema la cena y manda a los niños pronto a la cama. A veces los sentimientos no reconocidos se manifiestan como trastornos físicos, como cefaleas, ansiedad por problemas digestivos (Zerwekh y Claborn, 2006).

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

Una valoración de los sentimientos personales podría ser como sigue: un profesional de enfermería acaba de salir de la habitación de una paciente que tiene diabetes. El profesional de enfermería se siente mal. Intenta dar un nombre a su sentimiento, que es frustración, porque a la paciente se le va a amputar el pie y no ha seguido el plan terapéutico. Cuando el profesional de enfermería analiza la situación, ve que la conducta de la paciente no está

bajo su control (sólo la paciente puede controlar su conducta). Es muy importante que los profesionales de enfermería reconozcan lo que pueden y no pueden controlar, comenzando con el hecho de que la conducta del paciente está sólo bajo el control del paciente. El profesional de enfermería puede ayudarle asegurándose de que la paciente tenga toda la información y el ánimo que necesita, para que la paciente pueda tomar decisiones informadas sobre su conducta. Entonces el profesional de enfermería puede deshacerse de su frustración. El profesional de enfermería no se irá hoy a casa desde el trabajo con su cefalea habitual.

Utilice el trabajo en equipo

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

Utilice una comunicación profesional saludable

Cuando haya problemas interpersonales en el trabajo, adopte un abordaje de resolución de problemas para obtener soluciones. Presente el problema de una forma no amenazante. Deje claro que el problema es la conducta y no la persona. Por ejemplo, cuando un compañero llegue tarde a trabajar con frecuencia, usted podría decir: «eres un gandul», o podría decir: «cuando llegas tarde a trabajar, tengo que quedarme hasta después de mi turno. Me gustaría que llegaras a tiempo». Este último ejemplo es mucho más profesional y eficaz que insultar a la persona.

No cotillee. ¿Recuerda cómo los codependientes están obsesionados con otras personas y sus problemas? A veces esto anima a las personas a cotillear mucho en el puesto de trabajo del centro sanitario. Las personas hablan sobre los problemas personales de los otros, lo que no es profesional y es improductivo. Intente evitar verse implicado en el cotilleo del centro de trabajo.

Utilice adecuadamente la cadena de mando. Hable directamente con la persona implicada en un problema, y no vaya a un nivel superior hasta que haya intentado primero una solución a niveles inferiores y no haya tenido éxito. Empezar a niveles más bajos favorece la resolución de problemas y reduce los malentendidos.

Busque un lugar de trabajo que respalde sus valores. La investigación muestra que los profesionales de enfermería tienen agotamiento emocional cuando no pueden ejercer la enfermería de acuerdo con sus valores. Entreviste a sus posibles empleadores antes de aceptar un trabajo. Averigüe si un empleador le podrá suministrar un entorno laboral que le permita ser el profesional de enfermería que quiere ser. Pregunte por el cociente de profesionales de enfermería: pacientes. Si usted debe supervisar la asistencia de 40 pacientes con auxiliares de enfer-

mería para hacer toda la asistencia personal, usted no podrá comunicarse mucho con cada paciente. Si su objetivo es la comunicación directa, busque un trabajo diferente. Decida qué es más importante para usted (una vez más, la introspección) y sólo acepte un trabajo que pueda hacer que sea posible. ¿Recuerda la idea de Bandura de la *confianza en uno mismo* (creencia en las propias capacidades) del capítulo 3? Los profesionales de enfermería necesitan un sólido sentido de confianza en sí mismos para mantener la satisfacción laboral. Si no es posible hacer bien un trabajo, el profesional de enfermería no tiene confianza en sí mismo y no tiene satisfacción con el trabajo.

CUADRO 4-3 CONSIDERACIONES CULTURALES

La cultura de la enfermería

Al igual que otras culturas que enseñan a los jóvenes cómo comportarse, cómo vestir, qué es importante, qué está bien y qué está mal, el significado de los símbolos culturales y qué creer, la profesión de la enfermería tiene una cultura propia. La enfermería tiene sus creencias, valores, normas y conductas moldeados que componen su cultura. Algunos ejemplos de los valores de la enfermería en EE. UU. son limpieza, novedad, puntualidad, los uniformes de enfermería como símbolos de nuestro rol, orden, servicio, ciencia, y la importancia de las necesidades de los pacientes por encima de todo.

Aun cuando todavía no sea un profesional de enfermería en ejercicio, ya sabe que si viniera a las prácticas clínicas a atender a los pacientes en pantalones vaqueros, sandalias y camiseta sin mangas, esto sería inadecuado. Ya sabe que si sale de la habitación del paciente con todo revuelto, cargado de ropas usadas y comidas pasadas, le podrían expulsar de la escuela de enfermería, aunque sea muy inteligente y elabore buenos protocolos asistenciales de enfermería, porque usted ya ha aprendido algunos de los valores de la enfermería. Leininger y McFarland (2002) describieron las siguientes tendencias actuales en la cultura de la enfermería:

- Transición desde un sistema patriarcal (las enfermeras sirven a los médicos) a otro de «toma de control de la mujer» con más autonomía para las enfermeras.
- Los profesionales de enfermería varones están haciendo valer sus derechos.
- Se atiende a los pacientes con técnicas de alta tecnología, con menos énfasis en las relaciones interpersonales. La enfermería «se está tecnificando, pero está perdiendo contacto».
- Los profesionales de enfermería tienen más interés en las ganancias económicas, personales y profesionales.
- Los profesionales de enfermería tienen más conocimiento e interés en la política y los aspectos legales de la asistencia sanitaria.
- Hay una transición desde la provisión de toda la asistencia de los pacientes por los profesionales de enfermería hasta un énfasis mayor en el autocuidado por los pacientes o la capacitación de los pacientes.
- Se dispone de más información sobre enfermería transcultural. Los estudiantes de enfermería todavía no están preparados de forma constante para la asistencia de los pacientes multiculturales de cuya asistencia serán responsables en el entorno sanitario.

Muchos centros de trabajo tienen comités de seguridad e higiene. Los profesionales de enfermería son miembros de estos comités, y como miembro usted tendrá oportunidad de influir sobre la salud y la seguridad de sus compañeros y de usted mismo. Se pueden reducir las lesiones físicas y los riesgos relacionados con el estrés. Los programas de seguridad e higiene eficaces se correlacionan directamente con menos enfermedades y menos lesiones en los profesionales de enfermería en su trabajo (Hess, 2005).

Los valores de la profesión de la enfermería cambian con el tiempo. Las tendencias actuales de la cultura de la enfermería incluyen una tendencia hacia más autonomía y capacitación de los profesionales de enfermería. Véase el cuadro 4-3 ■, «Consideraciones culturales», información sobre las tendencias actuales en la cultura de la enfermería.

Piense positivamente

Sepa qué le produce satisfacción. Si aliviar el dolor de un paciente es lo que le hace sentir que establece una diferencia en el mundo, elija un trabajo que incluya esta intervención. No pierda de vista las cosas importantes y poderosas que los profesionales de enfermería hacen para aliviar el sufrimiento de las personas. Incluso un día malo, si ha aliviado el sufrimiento de alguien, el día no se ha desperdiciado. Tenga en mente los éxitos e intente aprender de los fracasos. Prepárese para el éxito. Tenga confianza en su éxito.

Cuídese a sí mismo

Existe el mito moderno de que es posible realizarlo todo: trabajar como profesional de enfermería o ir a la escuela de enfermería, realizar los deberes o leer revistas de enfermería para mantenerse actualizado con los cambios, mantener una relación, criar hijos sanos, fomentar las actividades de los hijos (ayudarles con los deberes, ir a los partidos de fútbol), ir a la compra y preparar tres comidas familiares deliciosas y nutritivas al día, realizar las tareas del hogar (limpieza, lavandería, hacer las camas todos los días, etc.), mantener amistades con adultos, asistir a los servicios religiosos, cuidar las mascotas, preparar las celebraciones festivas, mantenerse en buena forma física, prestarse voluntario o participar en comités en el colegio, el trabajo o en otros lugares, gestionar el transporte de todas partes a todas partes, y hacerlo todo con una sonrisa. En realidad, esto no es posible. Cuando esperamos que podamos satisfacer estas expectativas poco realistas tenemos sentimientos de inadecuación. Nos decimos a nosotros mismos: «Parece que todos los demás lo hacen todo. ¿Qué me ocurre?».

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

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

CUADRO 4-4

Cosas divertidas y gratuitas

- Vaya a un parque.
- Juegue con un perro (o un gato o un hámster).
- Juegue con sus hijos.
- Llévase la comida y tómelas en el exterior sobre una manta, en un pequeño picnic.
- Salga a pasear (solo o con un amigo; en el vecindario o en un lugar nuevo e interesante).
- Siéntese en el porche y mire el vecindario. Invente historias estúpidas sobre a dónde van las personas.
- Escuche música, tal vez incluso algún tipo que sea diferente para usted.
- Llame a un viejo amigo, o a alguien a quien eche de menos.
- Haga algún nuevo amigo (intente hacer algunos amigos que no sean profesionales de enfermería; hace que la conversación sea más interesante).
- Invite a algunos amigos a una cena en la que cada uno lleve algo (no es gratis, pero iba a cenar de todas formas, y usted sólo pone un plato).
- Saque el viejo balón de baloncesto y lance algunos tiros a canasta.
- Lea, cualquier cosa menos enfermería.
- Empiece a escribir un diario o cuentos. Incluya todas sus historias de la escuela de enfermería. Tal vez algún día las pueda vender para una serie de televisión.
- Recupere aquella afición que empezó (pintar, hacer ganchillo o el cohete que nunca terminó de construir) y póngase a ello.
- Haga algunos dibujos que no tienen por qué ser buenos. Los dibujos siguiendo plantillas son divertidos.
- Juegue a algún juego, como las cartas o las damas.
- Simplemente pase el tiempo y hable con sus amigos.
- Tome un baño hasta que la piel se le arrugue.
- Escriba un poema.
- Vaya a dar un paseo en bicicleta si tiene una (vaya con un amigo si quiere). En caso necesario, pida prestada una bicicleta.
- Cante. Hágalo en la ducha o cante a su perro si no canta bien, pero de todos modos cante, porque le hará sentir bien. A los perros les gusta.
- Haga algo en la naturaleza. Los atardeceres y los amaneceres son un buen espectáculo.
- Cuente historias.
- Vaya andando a un lugar al que habitualmente va en coche.
- Ponga cubitos de hielo en su vaso de agua; dan bastante glamur.
- Mire en un libro de cocina cosas que le gustaría cocinar algún día; no tenga prisa para cocinarlo esta noche.
- Llame a alguien para contarle un chiste.
- Escriba una carta. ¿Se acuerda de las cartas? A la gente le encanta recibirlas.
- Vaya a la biblioteca cuando tenga varias horas libres. Siéntese y lea revistas, o una novela, o libros infantiles, o mire a la gente que pasa.
- Haga cualquier cosa que le parezca que pueda ser relajante, entretenida o divertida. Tal vez pueda escribir su propia lista de cosas divertidas y gratuitas.

madre pueda recoger a los niños en el colegio). Decida sobre sus prioridades: los niños son más importantes que estudiar esta noche. Estudiaré mañana. Los proyectos importantes relacionados con la casa pueden esperar hasta el verano. Hágalo lo mejor posible en las cosas importantes. Nadie puede hacerlo todo. Recuerde, ¿Martha Stewart tiene una plantilla completa?

- **Planifique la diversión en su calendario.** Todas las actividades divertidas no cuestan demasiado tiempo y dinero. El cuadro 4-4 ■ presenta algunas ideas divertidas y gratuitas. Algunos profesionales de enfermería están tan centrados en el servicio a los demás que son incapaces incluso de responder a la pregunta «¿qué le gustaría hacer?». Piense en ello. Si esto es difícil para usted, es incluso más importante que lo haga. En un estudio de estudiantes de enfermería, los que realizaban con frecuencia actividades de ocio tenían menos depresión y tenían menores puntuaciones en valoraciones de depresión, síndrome de agotamiento profesional y dependencia (Zerwekh y Claborn, 2006). Encuentre una afición. Salga de casa (fig. 4-4 ■). ¿Ha ido recientemente a un museo? Hable con un amigo o un vecino sobre la naturaleza, las nectarinas (¿ha tenido alguna vez una?) o los zapatos nuevos de Nancy, pero no de la enfermería (eso es trabajo, no diversión).



Figura 4-4. ■ Divertirse fomenta la salud mental. Fuente: Photolibary.com.



Figura 4-5. ■ El ejercicio fomenta la sensación de bienestar. *Fuente:* Getty Images Inc. – Image Bank.

- **Realice actividad física.** Las conductas que favorecen la salud física también pueden favorecer la salud mental. El ejercicio fomenta una sensación de bienestar (fig. 4-5 ■). ¿Les suena este consejo?
 1. Haga ejercicio con frecuencia (ejercicio aeróbico; hágalo la mayoría de los días durante 30 minutos).
 2. Coma bien. (Tome alimentos variados y reduzca la sal, el azúcar, los alimentos refinados, las grasas saturadas y *trans* y el colesterol; tome mucha fibra, fruta fresca y verduras. ¿Recuerda la pirámide de los alimentos?)
 3. Reduzca la ingesta de alcohol. No lo utilice nunca para resolver los problemas.
 4. Escuche a su cuerpo. Coma cuando tenga hambre. Beba cuando tenga sed. Descanse cuando esté cansado. Esto parece evidente, pero muchos profesionales de enfermería ignoran las señales de sus cuerpos con tanta frecuencia que pierden la capacidad de oírlos en absoluto.

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

Autocomprobación crítica. Mire las conductas de autocuidados de este capítulo. Decimos a nuestros pacientes que hagan estas cosas. ¿Convierte eso en hipócritas a los profesionales de enfermería que no se implican en una conducta saludable?

- **Cultive su propio yo espiritual.** La perspectiva holística de las personas dice que estamos formados por cuerpo, mente y espíritu. A veces se pasa por alto el espíritu,



Figura 4-6. ■ La naturaleza constituye una experiencia espiritual para algunas personas. *Fuente:* Getty Images Inc. – Stone Allstock.

aunque es necesario para una visión global de la salud. La espiritualidad incluye la religión, aunque no está limitada a las perspectivas religiosas. La espiritualidad es en realidad una idea más amplia que incluye el significado que encuentra una persona en la vida. Algunas formas en las que puede cultivar su espiritualidad son apreciando la naturaleza (fig. 4-6 ■), leyendo poesía, pensando sobre el significado y la finalidad de la vida, meditando, ayudando a otras personas, participando como voluntario en un área que sea importante para usted, leyendo textos religiosos o filosóficos, o participando en servicios religiosos.

EVALUACIÓN

Su objetivo es tener equilibrio en la vida: vivir además de trabajar. De las cosas que hace que se haga realidad este objetivo. ¿Está usted más satisfecho en el trabajo y en su casa? ¿Puede expresar sus sentimientos? ¿El ejercicio le hace sentirse mejor? ¿Se siente puesto a prueba pero no superado? ¿Recibe usted además de dar?

Nota: La bibliografía y los recursos de este y el resto de capítulos se han reunido al final del libro.

Revisión del capítulo

TÉRMINOS CLAVE

atención

codependencia

compasión

competencia

compromiso

confianza

conciencia

límites personales

síndrome de desgaste profesional

PUNTOS clave

- La atención, la consideración por el bienestar de los demás, es el fundamento de la enfermería.
- La codependencia es frecuente en enfermería. Los profesionales de enfermería pueden reconocerla, recuperarse de ella y mantenerse sanos mientras fomentan la salud de sus pacientes.
- Las organizaciones sanitarias pueden infravalorar a los profesionales de enfermería y priorizar los aspectos económicos y administrativos de la organización. Los profesionales de enfermería deben ser sus propios defensores.
- Cuando los profesionales de enfermería están saludables, pueden prestar una mejor asistencia a los pacientes.
- La única persona sobre la que usted tiene control es usted mismo.
- El síndrome de desgaste profesional es el agotamiento físico, mental y emocional producido por la exposición prolongada a algunos estresantes. Es un riesgo ocupacional de la enfermería.
- El síndrome de agotamiento profesional se puede prevenir y tratar.
- Los profesionales de enfermería deben decidir en base a expectativas realistas para desempeñar sus funciones en el lugar de trabajo.
- Los profesionales de enfermería pueden planificar estrategias para fomentar una buena salud mental y física. La salud no se produce de forma accidental; responde a las opciones de conducta.



EXPLORE MediaLink

Pueden encontrarse recursos interactivos adicionales en la página web complementaria www.prenhall.com/eby. Haga clic en «Chapter 4» y en «Begin» para seleccionar las actividades de este capítulo.

- Audio glossary
- NCLEX-PN® review
- Case study
- Study outline
- Critical thinking questions
- Matching questions
- Weblinks

Protocolo asistencial de pensamiento crítico

Asistencia de un paciente con afrontamiento ineficaz

Área de interés del examen NCLEX-PN®: Integridad fisiológica

Estudio de un caso: Alice M. es una enfermera estadounidense de origen europeo de 49 años de edad que ha ingresado en el hospital para el tratamiento de una urgencia diabética. Actualmente tiene la glucemia dentro de los límites normales. La paciente tiene un conocimiento adecuado de los principios del tratamiento de la diabetes. Afirma que está tan atareada que no tiene tiempo de comer a intervalos regulares. Afirma que está empezando a perder la confianza en su capacidad de manejar la diabetes.

Diagnóstico de enfermería: Afrontamiento ineficaz

RECOPILE DATOS

Subjetivos

Objetivos

¿Informaría usted de estos datos? Sí/No

Si así lo hiciera, ¿a quién? _____

Asistencia de enfermería

¿Cómo lo verificaría? _____

Compare su verificación con el ejemplo proporcionado en el apéndice I.

Datos recopilados

(use todos los correctos)

- La paciente afirma: «Ni siquiera tengo tiempo para beber agua cuando estoy en el trabajo».
- PA 110/70, T 37,2 °C (oral), P 98, R 22
- La piel está caliente y seca, con un color rojo de fondo normal.
- La paciente afirma: «Realmente es diferente ser una paciente. Me gusta más ser una enfermera».
- Altura 150 cm; peso 72,7 kg
- El marido de la paciente está desempleado.
- La paciente pregunta: «¿Qué puedo hacer para recuperar mi vida?»
- Débito urinario de 400 ml de orina de color ambarino claro en este turno.
- La paciente afirma: «Tengo la sensación de que he perdido el control de mi vida».
- Tiene dos hijos, de 14 y 16 años
- Campos pulmonares claros
- La paciente afirma que está empezando a perder la confianza en su capacidad de tratar su diabetes.
- La paciente tiene dificultad para dormir desde que está en el hospital.

Intervenciones de enfermería

(use todas las correctas, colóquelas en orden de prioridad)

- Animar a la paciente a que exprese sus sentimientos sobre la diabetes, su trabajo y los agentes estresantes de su vida.
- Evaluar los métodos de afrontamiento que ha utilizado la paciente en el pasado.
- Evaluar las habilidades de crianza de los hijos de la paciente.
- Animar a la paciente a priorizar las actividades que precisan su tiempo.
- Comentar formas en las que la paciente puede tratar su diabetes, en el domicilio y en el trabajo.
- Comentar las estrategias de afrontamiento.
- Dar a la paciente retroalimentación positiva cuando tenga ideas sobre cómo afrontar los estresantes de una forma saludable.
- Enseñar a la paciente información básica sobre el proceso de la diabetes.
- Apoyar las actitudes positivas de la paciente sobre su capacidad de manejar su vida.
- Enseñar a la paciente a inyectarse la insulina.
- Decir a la paciente: «Si yo fuera usted, me centraría en la diabetes. Si no la controla, le matará».
- Decir a la paciente: «Creo que debería decir a su marido que se busque un trabajo. Está imponiéndole demasiada presión a usted».

Preparación del examen NCLEX-PN®

CONSEJO PARA PASAR LA PRUEBA

Utilice su experiencia como ayuda, pero utilícela con cuidado. Recuerde que el examen NCLEX-PN® le pregunta por pacientes genéricos en situaciones que se utilizan para demostrar un aspecto determinado. El examen NCLEX-PN® es un examen nacional que no está preguntando sobre las políticas de una institución particular ni las prácticas de un estado determinado.

- 1** ¿Cuál de los siguientes es un ejemplo de un enfermero que ha perdido sus límites?
 1. Un enfermero que insiste en que su marido llame a su empleador él mismo cuando va a faltar del trabajo.
 2. Un enfermero que pide perdón a su hijo por haber olvidado llamarle por teléfono a casa para despertarle para su práctica de graduación.
 3. Un enfermero que se promete a sí mismo trabajar sólo un turno de horas extras a la semana.
 4. Un enfermero que se enfrenta a un paciente con conducta agresiva desde el punto de vista sexual con su conducta inadecuada.
- 2** ¿Cuál de las siguientes es una característica de la conducta de un profesional de enfermería codependiente?
 1. Sospecha que otro enfermero tiene abuso de sustancias, por lo que termina las tareas del enfermero para evitar que se meta en problemas.
 2. Se enfrenta a un paciente en relación con las prácticas poco saludables y trabaja con el paciente para desarrollar un nuevo estilo de vida aceptable.
 3. No ofrece consejo a sus compañeros, aunque les ayuda a ver sus propias opciones.
 4. Acepta agradecido las alabanzas.
- 3** ¿Cuál de los siguientes tiene mayor probabilidad de ser un comentario de un profesional de enfermería codependiente?
 1. «Tengo previsto ir a comer con mi hija mañana. No puedo hacer horas extras.»
 2. «Pollo frito, puré de patatas y salsa no están en su dieta pobre en grasas.»
 3. «Tener una enfermedad crónica debe llegar a ser muy cansado. Vamos a buscar algunas formas de hacer que la vida sea un poquito más fácil para usted.»
 4. «Si yo tuviera que estar en diálisis, pienso que también querría saltarme la dieta. Entiendo por qué usted quiere disfrutar al máximo de la vida que le queda.»
- 4** ¿Cuál de las siguientes situaciones laborales tiene mayor probabilidad de producir síndrome de agotamiento profesional?
 1. El director habla con el profesional de enfermería sobre formas de mejorar el rendimiento del trabajo.
 2. Hay un profesional de enfermería que continuamente «llama para decir que está malo» sólo los fines de semana, y no se le aplica ninguna acción disciplinaria.
 3. El director tiene previsto cambiar la política de actuación ante los retrasos y reúne al personal para recibir sugerencias.
 4. El profesional de enfermería trabaja continuamente en un entorno en el que hay un ratio enfermero-paciente de 1:4.
- 5** ¿Cuál de las siguientes situaciones podría indicar síndrome de agotamiento profesional por parte del enfermero?
 1. Se niega a trabajar más de un turno extra a la semana.
 2. Organizar un grupo de profesionales de enfermería para abordar al director de la unidad en relación con algunos abordajes asistenciales que permitan ahorrar tiempo y que se podrían poner en práctica.
 3. Cotillear con otros profesionales de enfermería sobre la mala situación del trabajo en la unidad y proponer que todos llamen para decir que están enfermos hasta que las cosas cambien.
 4. Recibir una recomendación para ser el «empleado del mes».
- 6** ¿Cuál de las siguientes sería la mejor forma de prevenir el síndrome de agotamiento profesional?
 1. Dejarlo y buscar otra línea de trabajo.
 2. Quedar con su cónyuge o con otra persona importante para salir a cenar y al cine una vez a la semana.
 3. Regalarse un helado después del trabajo todos los días como recompensa por permanecer en el trabajo.
 4. Mantener los sentimientos sobre el trabajo en su interior, sabiendo que discutirlos lo empeorará todo.
- 7** ¿Cuál de las siguientes es una buena forma de fomentar la enfermería mentalmente saludable?
 1. Identificar los sentimientos del paciente y responder a ellos por encima de todo.
 2. Trabajar de forma independiente para potenciar los sentimientos de orgullo en el trabajo.
 3. Pedir ayuda cuando sea necesaria.
 4. Dejar notas en las tarjetas de registro horario de los demás compañeros que hacen mal su trabajo.
- 8** Para resolver un problema en el trabajo que está afectando a la moral del personal, la mejor acción del enfermero sería:
 1. Llevar el problema directamente al director de enfermería.
 2. Ir a la persona implicada directamente en el problema e intentar encontrar una solución.
 3. Reunir al personal y conseguir que escriban quejas anónimas para presentarlas al supervisor.
 4. Reunirse con el resto del personal y negarse a trabajar hasta que se resuelva el problema.
- 9** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la espiritualidad es cierta?
 1. Incluye sólo la práctica de una religión organizada.
 2. No es importante para la sensación de bienestar total de la persona.
 3. Es demasiado abstracta para tener mucha utilidad para la salud física y emocional de la persona.
 4. Se puede cultivar con paseos en la naturaleza y leyendo literatura, además de participar en servicios religiosos.
- 10** El enfermero tiene una paciente de asistencia domiciliaria a la que visita una vez a la semana. La nuera es la cuidadora. ¿Cuál de los siguientes datos indicaría al enfermero que la nuera podría estar experimentando cansancio en el desempeño del rol cuidador? (Seleccione todas las correctas.) La nuera:
 1. Dice a la enfermera que ha perdido 4,5 kg este mes porque no tiene apetito.
 2. Ha pedido a un vecino que venga una tarde a la semana para poder hacer la compra.
 3. Habla continuamente sobre cómo su suegra está arruinando su matrimonio.
 4. Afirma con orgullo que ha podido conseguir que su suegra se alimente ella sola al menos una vez al día.
 5. El aliento le huele alcohol a las 10 de la mañana.

En el apéndice I pueden encontrarse las respuestas a las preguntas de revisión, así como un comentario del plan asistencial y el protocolo asistencial de pensamiento crítico.

Capítulo 5

Comunicación y relación profesional de enfermería-paciente

BREVE sinopsis

Uso terapéutico del propio yo
Relación profesional de
enfermería-paciente
Proceso de comunicación

Estrategias de comunicación
eficaces
Barreras a la comunicación

**PLAN ASISTENCIAL
DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:**
Comunicación eficaz
con el paciente

**PROTOCOLO ASISTENCIAL
DE PENSAMIENTO CRÍTICO:**
Asistencia de una paciente
con baja autoestima crónica

OBJETIVOS del aprendizaje

Al finalizar la lectura de este capítulo, usted será capaz de:

1. Desarrollar habilidades de comunicación eficaces que fomenten relaciones profesionales de enfermería-paciente de confianza.
2. Reconocer y evitar las barreras a la comunicación.
3. Utilizar la comunicación terapéutica como intervención de enfermería con los pacientes.

Cuando se pregunta a los profesionales de enfermería qué hacen por los pacientes, habitualmente elaboran una lista de tareas (cambios de curas, administración de fármacos, evaluaciones, tratamientos, etc.). ¿Qué hay de la atención, la defensa de los pacientes y su educación? ¿Qué hay de cogerle la mano a una mujer moribunda, para que sepa que no está sola? En ocasiones se olvidan estas importantes partes de la enfermería por la prisa de realizar las tareas de enfermería. La enfermería es mucho más que las tareas especializadas que realizamos.

Uso terapéutico del propio yo

El **uso terapéutico del propio yo** es la capacidad de utilizar el propio yo, de forma consciente y con conciencia completa, para estructurar las intervenciones de enfermería (Travelbee, 1971). Para poder satisfacer las necesidades de los pacientes, los profesionales de enfermería deben conocerse primero a sí mismos. Los profesionales de enfermería que son conscientes de su propio yo real están en mejor situación para poder ayudar a sus pacientes (Jourard, 1971). Los profesionales de enfermería experimentan ansiedad, ira, frustración, felicidad y alegría cuando trabajan con sus pacientes. Si los profesionales de enfermería quieren tener una comunicación sincera y auténtica con los pacientes, deben ser capaces de examinar sus propios sentimientos y reconocer cómo sus sentimientos interactúan con los de los pacientes (Eckroth-Bucher, 2001). Usted ya sabe que los profesionales de enfermería utilizan esfigmomanómetros y jeringuillas, pero ¿no es lógico que los profesionales de enfermería utilicen también sus habilidades interpersonales? Las herramientas más importantes que utilizan los profesionales de enfermería para fomentar la salud de sus pacientes son los propios profesionales de enfermería (la figura 5-1 ■ presenta a una enfermera utilizando sus habilidades interpersonales para ayudar a la paciente).

¿Recuerda que en el capítulo 3 hemos hablado de cómo la enfermería es *holista*? Los profesionales de enfermería deben aprender sobre la relación profesional de enfermería-paciente y

la comunicación terapéutica para satisfacer las necesidades de sus pacientes en relación con la mente, el espíritu y el cuerpo.

Relación profesional de enfermería-paciente

Hildegard Peplau, una pionera en la enfermería psiquiátrica, describió por primera vez la relación profesional de enfermería-paciente en 1952. Se utiliza esta relación para fomentar el desarrollo del paciente, para la resolución de problemas y para el desarrollo de la introspección. La relación profesional de enfermería-paciente difiere de las relaciones sociales.

Como parte del aprendizaje de su cultura nativa, desde su nacimiento las personas aprenden cómo comportarse en situaciones sociales. En el momento en que los estudiantes entran en la escuela de enfermería tienen mucha experiencia con las relaciones sociales. Usted sabe cómo actuar con personas que son sus amigos, personas que son extraños y personas que son mayores o menores que usted. En las relaciones sociales se benefician las dos personas implicadas. Usted habla con una amiga sobre sus problemas y ella le habla a usted sobre los suyos. Hay satisfacción mutua. En una relación social no hay ningún objetivo excepto la amistad o la socialización. No hay límite temporal. Ambas partes expresan con libertad sus sentimientos y opiniones.

Las características de la relación terapéutica profesional son las siguientes:

- Centrada en el paciente
- Dirigida a los objetivos
- Limitada en el tiempo

En la relación profesional, el profesional de enfermería puede adoptar diferentes roles (como agente para la socialización, defensor, asesor o profesor), pero la relación siempre *está centrada en las necesidades del paciente*. La relación profesional también *está dirigida a los objetivos*. La finalidad de estas relaciones es ayudar al paciente a satisfacer objetivos adaptativos (saludables). Al contrario que la relación social, la relación profesional *está limitada en tiempo*. El profesional de enfermería y el paciente definen cuánto tiempo quieren y pueden pasar. Cuando el profesional de enfermería ha salido de trabajar o se da de alta del hospital al paciente, la relación finaliza.

Para la relación profesional también es importante el grado adecuado de **objetividad** (desapego o neutralidad, sin emoción). Una suposición habitual pero errónea es que los profesionales de enfermería deben ser completamente objetivos. Si los profesionales de enfermería fueran completamente objetivos, no tendrían ninguna preocupación por sus pacientes. Los profesionales de enfermería deben estar abiertos y ser conscientes de sus propios sentimientos para poder ayudar a los pacientes. Los sentimientos de los profesionales de enfermería pueden ser una parte importante de su evaluación, además de sus habilidades para la intervención. Por ejemplo, si un paciente dice: «me siento bien, gracias», el profesional de enfermería podría utilizar sus propios



Figura 5-1. ■ Los profesionales de enfermería utilizan sus habilidades interpersonales en el «uso terapéutico del propio yo» para ayudar a los pacientes. Fuente: Phototake NYC.

CUADRO 5-1

Interacción social frente a profesional

Observe que estas dos conversaciones son similares, aunque sólo una es profesional.

Social (se expresan los sentimientos de ambos)

PACIENTE: «Me preocupa haber tenido que dejar a mis hijos con una cuidadora mientras estoy en el hospital. ¿Tiene usted hijos?»

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: «Sé cómo se siente. Tengo dos hijos y odio tener que dejarlos con mi hermana porque su marido se impacienta con ellos».

Profesional (énfasis en las necesidades del paciente)

PACIENTE: «Me preocupa haber tenido que dejar a mis hijos con una cuidadora mientras estoy en el hospital. ¿Tiene usted hijos?»

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: «Esto debe ser duro para usted. ¿Cómo le afecta?»

sentimientos para reconocer una sensación de desesperación que podría estar presente como contraste a las palabras manifestadas, y responder de una forma que pudiera ayudar al paciente (Stuart y Laraia, 2005; Walker y Alligood, 2001).

Aunque los profesionales de enfermería no deben ser completamente objetivos, deben estar libres de sesgos personales y de identificación personal con los sentimientos de los pacientes. El énfasis subjetivo en los propios sentimientos y la opinión del profesional de enfermería no pertenece a la interacción profesional de enfermería-paciente. Con práctica, los profesionales de enfermería pueden equilibrar sus sentimientos con la objetividad personal y estar totalmente atentos a las necesidades de los pacientes (Fortinash y Holoday Worret, 2004). El cuadro 5-1 ■ muestra ejemplos de las diferencias entre las interacciones profesionales y sociales, aun cuando el contenido de la conversación sea similar.

A veces lo que el paciente necesita es una conversación social. Las personas con enfermedades mentales crónicas con frecuencia tienen pocas habilidades sociales y necesitan práctica. Las personas que están en centros de cuidados crónicos pueden tener pocos contactos sociales. En estas situaciones, el profesional de enfermería utiliza la interacción social con los pacientes como intervención de enfermería para satisfacer las necesidades de los pacientes. Este no es el momento para que los profesionales de enfermería discutan sus propios problemas personales.

Con frecuencia los estudiantes de enfermería tienen dificultad para implicarse en relaciones profesionales. Tienen mucha experiencia con las relaciones sociales, y a veces esta experiencia puede interponerse. Sus padres les pueden haber dicho: «si no tienes algo bueno que decir, no digas nada», o «¡sé amable!», o «no hables sobre ir al baño en público». Pero imagine a un paciente que está ingresado en el hospital como consecuencia de las lesiones que ha sufrido mientras conducía bajo la influencia del alcohol. El enfermero debe decir al paciente que es responsable de las lesiones porque conducía bebido. Esta información no es

«amable», pero es necesario para ayudar al paciente a conectar la acción con sus consecuencias. Tampoco es fácil hablar a alguien sobre los movimientos intestinales. La comunicación profesional puede ser difícil, especialmente cuando es necesario que el profesional de enfermería interactúe de una forma que sería extraña si la interacción fuera social. La comunicación como profesional puede ser difícil, aunque se puede aprender con práctica (como a montar en bicicleta o poner una inyección). Habitualmente el paciente tiene mayor facilidad para hablar con el profesional de enfermería sobre un tema posiblemente vergonzoso (como los movimientos intestinales, las muestras de orina y cualquier cosa que afecte al perineo) cuando el profesional de enfermería tiene confianza y actúa como si esto fuera un tema de conversación cotidiano en el contexto sanitario (lo que por supuesto es).

FASES DE LA RELACIÓN

La relación profesional de enfermería-paciente tiene tres fases: fase de orientación, fase de trabajo y fase de finalización. En la **fase de orientación** el profesional de enfermería y el paciente plantean el escenario para la relación que se va a producir. Se presentan a sí mismos y establecen los objetivos para la interacción. En el contexto medicoquirúrgico un objetivo puede ser aprender sobre un nuevo fármaco o tratamiento, o tal vez discutir cómo se siente el paciente en relación con la intervención quirúrgica. En el contexto psiquiátrico un objetivo puede ser explorar los sentimientos o desarrollar estrategias para la resolución de problemas. Durante esta fase se establece el límite temporal de la relación.

En la **fase de trabajo** el profesional de enfermería aplica intervenciones para alcanzar los objetivos establecidos durante la fase de orientación. El profesional de enfermería y el paciente trabajan juntos para alcanzar el nivel óptimo de desempeño de funciones y autocuidados del paciente, de acuerdo con los puntos fuertes y las dificultades del paciente. Una posible intervención de enfermería importante en esta fase es la comunicación terapéutica (más adelante se volverá a este tema).

Después de haber hecho el trabajo de la fase de trabajo, comienza la **fase de finalización**. En esta fase el profesional de enfermería y el paciente resumen sus avances y evalúan la consecución de los objetivos del paciente. El profesional de enfermería aprende de este proceso qué intervenciones son eficaces y cuáles no. El paciente después pasa a otras relaciones.

Autocomprobación crítica. ¿A qué proceso recuerda la relación terapéutica profesional de enfermería-paciente? (Indicación: En la relación profesional de enfermería-paciente usted comienza valorando las necesidades del paciente, después pasa a establecer los objetivos con el paciente, planifica las intervenciones, trabaja para alcanzar los objetivos del paciente y finalmente evalúa los resultados.)

ELEMENTOS DE LA RELACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA-PACIENTE

La relación profesional de enfermería-paciente tiene diversos componentes críticos, como se muestra en el cua-

CUADRO 5-2

Elementos de la relación terapéutica profesional de enfermería-paciente

Formalidad

La **formalidad** es una conducta que es predecible, competente y redundante en interés del paciente. La confianza es la base de la relación profesional de enfermería-paciente.

Atención

La **atención** es la preocupación por el bienestar de otro. Incluye compromiso, compasión, competencia, confianza y conciencia. La atención es la base de la propia enfermería.

Empatía

La **empatía** es la capacidad de comprender una situación desde el punto de vista del paciente y de comunicar esta comprensión al paciente. La empatía es necesaria para que el paciente se sienta comprendido.

Autenticidad

La **autenticidad** es la honradez, sinceridad, franqueza y congruencia en los mensajes verbales y no verbales.

Respeto

El profesional de enfermería da **respeto** (consideración positiva incondicional sin juicios, independientemente de la situación o de las conductas previas del paciente). Esto no implica que el profesional de enfermería apruebe una conducta inadecuada, sino que asume que el profesional de enfermería aceptará al paciente como una persona, exactamente tal y como es.

Concreción

La **concreción** es el uso de lenguaje realista, en lugar de jerga o terminología médica. Se ayuda al paciente a que haga una resolución de problemas realista y a que desarrolle su introspección.

dro 5-2 ■. El arte de esta relación radica en la capacidad del profesional de enfermería de ayudar al paciente a participar en los autocuidados que mejorarán la salud y el bienestar del paciente. Las características de confiabilidad, atención, empatía, autenticidad, respeto y concreción capacitan al personal de enfermería para que alcance la excelencia en el arte de la enfermería.

Proceso de comunicación

La **comunicación** supone el envío y la recepción de un mensaje (fig. 5-2 ■). Este proceso aparentemente sencillo es realmente muy complejo. El emisor del mensaje puede expresar palabras habladas o escritas, gestos o movimientos corporales, música, arte o tacto. La forma en la que el receptor acepta el mensaje depende de la cultura, el lenguaje, el sexo, la función sensitiva, la capacidad cognitiva, las experiencias y las expectativas del receptor. El envío y la recepción de los mensajes dependen del entorno y de las circunstancias en las que se envía el mensaje (la figura 5-3 ■ muestra algunas de



Figura 5-2. ■ El proceso de comunicación parece ser sencillo, aunque es realmente complejo. Fuente: Pearson Learning Photo Studio.

estas influencias). Con todas estas variables es sorprendente que las personas sean capaces de llegar a entenderse en absoluto.

Retroalimentación es la respuesta del receptor al mensaje. La retroalimentación del receptor alerta al emisor de cómo ha percibido el receptor el mensaje. La retroalimentación puede ser verbal o no verbal. La evaluación de la retroalimentación del paciente es importante para el profesional de enfermería, porque permite que el profesional de enfermería clarifique lo antes posible los malentendidos o los mensajes poco claros.

La comunicación es vital para la práctica de la enfermería. La comunicación más clara se produce cuando el receptor recibe el mismo mensaje que quería enviar el emisor. Los profesionales de enfermería que son comunicadores claros y que conocen el proceso de la comunicación pueden ayudar mejor a sus pacientes a comprender la información, aprender y mejorar sus propias habilidades de comunicación.

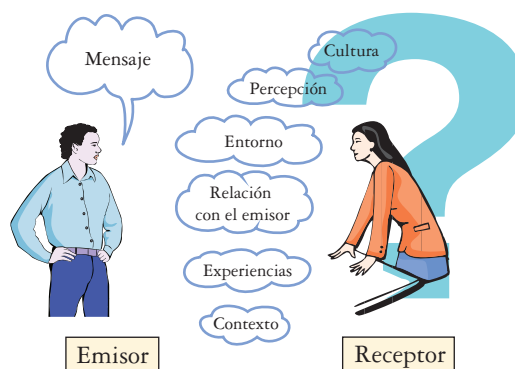


Figura 5-3. ■ Proceso de la comunicación: el mensaje enviado se ve afectado por varios factores antes de que lo interprete el receptor.

TIPOS DE COMUNICACIÓN

La *comunicación escrita* incluye la escritura manuscrita, la escritura mecanografiada, las imágenes y los mensajes inanimados, sin contacto interpersonal. Internet nos ha demostrado cuánto se puede comunicar de esta forma.

La *comunicación verbal* incluye los mensajes hablados. Incluye lo que decimos y cómo lo decimos. El cuadro 5-3 ■, Consideraciones culturales, presenta una explicación de cómo factores como la velocidad y la intensidad del habla pueden afectar a su significado. Piense en la limitación de los mensajes transmitidos por radio o que se pueden enviar y recibir por teléfono (fig. 5-4 ■).

Comunicación no verbal se refiere a todos los mensajes que se envían sin palabras y constituye la mayor parte del proceso de la comunicación. Sí, la mayor parte de la comunicación es no verbal. La comunicación no verbal incluye los movimientos, acciones, posturas y gestos corporales; la posición del cuerpo y la proximidad, y las expresiones faciales. Aunque es relativamente fácil que las personas digan casi cualquier cosa con palabras (a pesar de lo que realmente sienten), es muy difícil mentir con los mensajes no verbales. Cuando usted oye a una



Figura 5-4. ■ La comunicación verbal puede transportar mensajes factuales y emocionales, aunque carece de los datos no verbales, que son la información de comunicación más exacta. Fuente: Photo Researchers, Inc.

CUADRO 5-3

CONSIDERACIONES CULTURALES

Datos paralingüísticos

Todos hablamos inglés; ¿por qué no nos entendemos unos a otros?

La comunicación verbal está formada por qué decimos y por cómo lo decimos. Nuestros mensajes verbales están modificados por el sonido de nuestra voz, la velocidad del habla, el tono, la intensidad y la expresión emocional. Estos *datos paralingüísticos* (parte del lenguaje hablado que se expresa además de las palabras) cambian el significado de las palabras habladas. Por ejemplo, imagine a una enfermera estadounidense de origen europeo que tiene dos pacientes (sí, esto es una fantasía) y que responde a sus llamadas. La primera paciente es una estadounidense de origen vietnamita y habla inglés como segunda lengua. Dice, con voz entrecortada y baja: «Me... duele». La segunda es una paciente estadounidense de origen iraní (tiene como idioma nativo el inglés) en las mismas circunstancias que dice en voz alta, rápidamente y atragantándose con las lágrimas: «¡ME DUELE!». La segunda paciente puede no tener más dolor que la primera. El habla alta y rápida puede ser la forma en la que esta paciente ha aprendido a expresar sus sentimientos. El profesional de enfermería puede recibir con más claridad el mensaje de la segunda paciente porque se emite más de acuerdo con las expectativas del profesional de enfermería. Las personas aprenden a utilizar la voz cuando aprenden a hablar su idioma nativo, por lo que los datos paralingüísticos varían de unas culturas a otras. El profesional de enfermería puede verificar que ha entendido el mensaje del paciente haciendo una **clarificación** lo que quiere decir el paciente. Por ejemplo, la comunicación mejoraría si el profesional de enfermería dijera: «Le duele; ¿le gustaría que le diera el fármaco para el dolor?», en lugar de hacer suposiciones sobre lo que el paciente podría haber querido decir.

persona decir: «¡Me encanta la comida de este hospital!», pero está escupiendo un trozo medio masticado de la misma en su servilleta y poniendo una cara muy rara, ¿qué mensaje cree usted? Se considera que la comunicación no verbal es una expresión más exacta de los verdaderos sentimientos de una persona.

El *tacto* es un aspecto importante de la comunicación no verbal. Los profesionales de enfermería con frecuencia utilizan el tacto para transmitir tranquilidad, apoyo y atención. Como otras formas de comunicación, el significado del tacto radica no sólo en la intención del emisor, sino también en la percepción del receptor. Por este motivo los profesionales de enfermería deben utilizar el tacto con cuidado.

El tacto puede ser profesional/funcional (cuidados de los pacientes), social/de cortesía (un apretón de manos), de amistad/calidez (abrazos entre amigos o una palmada en la espalda), de amor/íntimo (besos o abrazos entre familiares o amigos íntimos) o sexual/de estimulación (entre amantes) (Knapp, 1980). Si se tienen en consideración todos los posibles errores de comunicación, es posible que el emisor pueda haber buscado un significado del tacto y que el receptor haya podido percibir un significado diferente.

En el entorno profesional, el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de determinar cuál es la conducta adecuada. El profesional de enfermería debe evaluar al paciente para detectar datos sobre si el tacto es aceptable. Si un profesional de enfermería abraza a una paciente y pretende mostrar su preocupación y la paciente piensa que el profesional de enfermería está atacándola, o enamorado de ella, el profesional de enfermería ha cometido un error. En lo que se refiere a tocar a las personas, la **percepción del receptor es más importante que la intención del emisor**.

Autocomprobación crítica. ¿Pueden ser ciertas estas dos ideas? ¿Por qué, o por qué no?

1. El tacto es una parte crítica de la práctica de la enfermería.
2. Los profesionales de enfermería pueden angustiar a las personas al tocarlas.

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

ESPACIO PERSONAL

La cantidad de espacio que necesitan las personas para sentirse cómodas está determinada por su cultura y su personalidad. En

EE. UU. y en Canadá, que son en general culturas de bajo nivel de tacto, generalmente hay cuatro zonas de espacio personal que representan la distancia cómoda entre las personas que se comunican entre sí (la figura 5-5 ■ incluye ejemplos de profesionales de enfermería prestando asistencia en todas las zonas del espacio personal):

- Espacio público (más de 3-3,5 m): distancia cómoda entre extraños, como entre un profesor y su clase.
- Espacio social (1,2-3,5 m): distancia cómoda para contextos laborales, sociales y de negocios, como en un restaurante.
- Espacio personal (0,45-1,2 m): distancia aceptable para personas que tienen alguna relación entre sí, como los estudiantes de una clase.
- Espacio íntimo (menos de 0,45 m): cómodo únicamente para personas con relación íntima, como familiares y amigos (Hall, citado por Frisch y Frisch, 2005).



(1)



(2)



(3)



(4)

Figura 5-5. ■ Los profesionales de enfermería atienden a los pacientes en zonas (1) íntimas, (2) personales, (3) sociales y (4) públicas del espacio personal. Fuente: (1) Pearson Education/PH College; (2) Photo Researchers, Inc.; (3) Phototake NYC; (4) PhotoEdit Inc.

Con frecuencia se espera que los profesionales de enfermería entren en las zonas íntimas de los pacientes, que probablemente se sientan ansiosos y amenazados por la intrusión. El profesional de enfermería tiene la obligación de advertir al paciente: «Ahora le voy a tomar la presión arterial», o «Necesito subirle la bata para cambiarle la cura». Tenga cuidado de no ofrecer al paciente opciones si no hay ninguna opción real. Si usted debe tomar la temperatura al paciente, no pregunte: «¿Le parece bien que le tome la temperatura ahora?». Para dar al paciente la sensación de control, el profesional de enfermería puede ofrecer una elección real: «¿Quiere que le cambie la cura ahora o después de desayunar?».

Las actitudes sobre el espacio personal se basan en expectativas culturales. Cuando el profesional de enfermería y el paciente proceden de culturas diferentes con diferentes criterios para el tacto, se pueden producir malentendidos. El profesional de enfermería debe ser sensible a la retroalimentación del paciente (que con frecuencia será no verbal) sobre el tacto y el espacio personal.

AUTORREVELACIÓN

La **autorrevelación** es cualquier manifestación verbal o conducta que revela información personal sobre el propio yo a otra persona. Cierta autorrevelación por parte del profesional de enfermería puede ayudar a los pacientes a manifestar sus propios sentimientos; sin embargo, el profesional de enfermería debe utilizar con cuidado la autorrevelación (Psychopathology Committee of the Group for the Advancement of Psychiatry, 2001). En último término, la motivación del personal de enfermería para manifestar sentimientos personales debe ser el interés del paciente, no el interés del profesional de enfermería (Stuart y Laraia, 2005). La tabla 5-1 ■ muestra ejemplos de autorrevelación por el profesional de enfermería que son adecuados y algunos que son inadecuados. Imagine cómo se podría sentir el paciente si el profesional de enfermería dijera los comentarios inadecuados.

Estrategias de comunicación eficaces

ESCUCHA ACTIVA

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

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

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

¿Ha visto usted a dos personas sordas comunicarse con lenguaje de signos? Irónicamente, como se miran el uno al otro y se atienden cuidadosamente mientras elaboran los signos, pueden ser mejores «oyentes» que la mayoría de las personas que pueden oír. La escucha activa incluso puede mejorar la autoestima del paciente, porque en nuestra sociedad, que sigue un ritmo rápido, es infrecuente recibir el regalo de la atención completa y no crítica de otra persona. Tener esta oportunidad hace sentirse más motivado.

CONGRUENCIA

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

MENSAJES CONCRETOS

Los pacientes pueden tener dificultad para entender lo que se les dice en el contexto sanitario. Con frecuencia están estresados y tienen ansiedad. La ansiedad puede alterar las *funciones cognitivas* (la capacidad de aprender, recordar y procesar nueva información). El profesional de enfermería debe utilizar *mensajes concretos*. Un mensaje concreto es claro y realista, y no es necesaria ninguna interpretación. Muchos pacientes tienen necesidades especiales de comunicación concreta, como los pacientes que tienen pocos conocimientos del idioma inglés, deterioro cognitivo, ansiedad o enfermedad mental grave. Si el profesional de enfermería dice: «Después me ocuparé de la venda de Montgomery», ¿quién sabe lo que ha dicho? Si hubiera dicho: «Volveré después de la comida y cambiaré la cura que tiene en el costado. También cambiaré las cintas que tiene sujetándola», el mensaje sería mucho más claro.

Todos los elementos de la relación profesional de enfermería-paciente (v. cuadro 5-2) son esenciales para una comunicación eficaz entre el profesional de enfermería y el paciente. Llegue a conocerlos: *formalidad, atención, empatía, autenticidad, respeto y concreción*. Se convertirán en una parte integral de su vida profesional.

TABLA 5-1

Autorrevelación del profesional de enfermería

MOTIVO DE LA AUTORREVELACIÓN	PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE UTILIZA AUTORREVELACIÓN ADECUADA	PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE UTILIZA AUTORREVELACIÓN INADECUADA
Fomento de la relación terapéutica	Paciente: «¿Tiene tiempo para hablar conmigo?». Profesional de enfermería: «Claro. Tengo 15 minutos, y siempre me gusta hablar con usted».	Profesional de enfermería: «Sí, es como una pausa. La mayoría de los residentes de aquí tiene tanta confusión mental que a veces no soporto estar con ellos».
Ayudar al paciente a expresar sus sentimientos	Profesional de enfermería: «¿Cómo se siente usted cuando su marido dice cosas embarazosas sobre ustedes en público?». Paciente: «No muy bien, supongo». Profesional de enfermería: «Pienso que muchas personas se sentirían enfadadas en una situación así». Paciente: «Sí, ¡estoy enfadada! Me siento muy humillada, y también impotente».	Profesional de enfermería: «Cuando mi ex marido me avergonzó culpándome de nuestra bancarrota en una fiesta me enfadé mucho».
Modelado del cambio de conducta	Paciente: «Cuando una dependiente me da el cambio incorrecto, pienso que se podría enfadar mucho si se lo dijera, así que no lo hago». Profesional de enfermería: «Yo le diría tranquilamente: "Le he dado un billete de cinco dólares y me ha dado cambio de uno. Por favor, ¿me podría dar el resto del cambio?"».	Profesional de enfermería: «Realmente no me importa lo que piensa la gente de mí».
Ayudar al paciente a ver sus propios sentimientos como algo normal o racional	Paciente: «Se ha muerto mi gato y no sé si puedo soportarlo. Parece estúpido». Profesional de enfermería: «Me sentí muy mal cuando murió mi perro. Las mascotas son muy importantes para las personas. Sin embargo, me siento mejor a medida que pasa el tiempo».	Profesional de enfermería: «Sé cómo se siente. Cuando mi caballo de carreras ganador murió, perdí un millón de dólares».
Fomento de la autonomía del paciente	Paciente: «No sé si estoy preparado para responsabilizarme de mis propios medicamentos». Profesional de enfermería: «Ya me ha dicho cómo actúan, y ha hecho un horario para tomarlos. Creo que está usted preparado».	Profesional de enfermería: «Tomar las medicinas es fácil. Si yo lo puedo hacer, usted también».

EMPATÍA

La empatía es la capacidad de entrar en la vida de los demás, percibir sus sentimientos y comunicar este conocimiento. Precisa que el profesional de enfermería deje a un lado sus valores personales y juicios, sea consciente de los sentimientos del paciente y confirme con el paciente la exactitud de las percepciones del profesional de enfermería. La experiencia de empatía puede dar a los pacientes la sensación de que no están solos en el mundo, de que son comprendidos por alguien y de que su valor aumenta debido a esto. Empatía no es lo mismo que lástima, que es sentir pena por alguien. No se espera que el profesional de enfermería tenga los mismos sentimientos que el paciente, y de hecho no debe ser así. El profesional de enfermería empático comprende y aprecia los sentimientos del paciente, a la vez que mantiene su rol de profesional de enfermería (Stuart y Laraia, 2005).

Barreras a la comunicación

ACONSEJAR

Hay varias barreras a la comunicación que se deben reconocer y eliminar de las herramientas de comunicación del profesional de enfermería. La tabla 5-2 ■ presenta ejemplos de barreras a la comunicación. La primera barrera es dar consejos. El profesional de enfermería puede tener facilidad para decir: «Si yo fuera usted...», pero el profesional de enfermería no es el paciente. El paciente es quien debe tomar las decisiones, de acuerdo con el principio ético de autonomía. El paciente será el único que sufra las consecuencias de cualquier decisión relacionada con su salud, por lo que el paciente debe recibir información del personal sanitario y después se le debe permitir que tome la última decisión. La función del enfermero es fomentar los autocuidados del paciente, no quitarle el control tomando decisiones por él.

TABLA 5-2

Barreras a la comunicación

BARRERA A LA COMUNICACIÓN	EJEMPLOS	POR QUÉ ES UNA BARRERA
Aconsejar	«Si yo fuera usted, me haría una mastectomía radical en lugar de una nodulectomía, simplemente para asegurarme.» «Debe usted tomar las medicinas todos los días.»	El paciente es quien toma la decisión. El que sufrirá las consecuencias debe tomar la decisión. Esto se basa en el principio ético de la autonomía.
Acuerdo	«Creo que ha hecho lo correcto solicitando una orden de no reanimar para su madre.» «Hace bien en irse a casa pronto.»	El objetivo del paciente es hacerlo mejor para el paciente, no buscar la aprobación del profesional de enfermería. Disuade de una discusión adicional.
Comentarios generalizados o clichés	«Sé exactamente cómo se siente.» «No se preocupe; todo irá bien.»	Los clichés se utilizan con tanta frecuencia que no tienen significado real, excepto para evitar que el usuario exprese sus sentimientos reales.
Actitud defensiva	«Su madre únicamente quiso ayudarle.» «Es un médico muy bueno y nunca le daría una medicina que le hiciera sentirse mal a propósito.»	La actitud defensiva bloquea la discusión de los sentimientos (que son el problema real) e inicia la necesidad de buscar excusas y comentarios contrapuestos.
Cambio de tema	Paciente: «Nunca me he sentido tan mal desde que mi padrastro me maltrató.» Profesional de enfermería: «¿Qué le parece lo de los Yankees?»	Se aparta del problema real para evitar la incomodidad del profesional de enfermería. Comunica que el tema no es aceptable.
Falta de respeto	«Sólo era un perro, no es como si hubiera perdido un niño ni nada parecido.» «Su problema no es tan grande como usted piensa.»	Menosprecia los sentimientos del paciente. Disuade de una discusión posterior.

ACUERDO

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

Considere esta situación: una mujer acaba de llegar a un centro asistencial de cuidados crónicos. Su llorosa hija está con ella. Se presentan dos posibles conversaciones:

Conversación n.º 1

PROFESIONAL

DE ENFERMERÍA: ¿Por qué está llorando?

MUJER: Me siento muy mal por haber traído a mi madre a una residencia de ancianos.

PROFESIONAL

DE ENFERMERÍA: Era lo que debía hacer. Cuidaremos bien de ella. La puede visitar cuando quiera.

Conversación n.º 2

PROFESIONAL

DE ENFERMERÍA: Parece usted triste.

MUJER: Me siento muy mal por haber traído a mi madre a una residencia de ancianos.

PROFESIONAL

DE ENFERMERÍA: ¿Qué le ha hecho tomar esta decisión?

MUJER: Tiene enfermedad de Alzheimer. Ha vivido conmigo durante muchos años.

PROFESIONAL

DE ENFERMERÍA: Siga...

MUJER: Ha empeorado mucho. Encendió el horno y se quemó. Una vez salió de casa y tardamos horas en encontrarla. No está segura sola y tengo que trabajar.

PROFESIONAL

DE ENFERMERÍA: Parece que no tenía otras muchas opciones.

MUJER: Correcto, pienso que realmente era lo mejor para ella.

PROFESIONAL

DE ENFERMERÍA: Cuidaremos bien de ella. Puede visitarla cuando quiera.

MUJER: Gracias.

El profesional de enfermería de la primera situación hizo lo que los profesionales de enfermería hacen habitualmente: dio su aprobación para hacer que la persona se sintiera mejor. La mujer tendrá la sensación de que el profesional de enfermería piensa que hizo lo correcto. En la segunda situación el profe-

sional de enfermería permitió que la mujer expresara sus sentimientos, y después animó a la mujer a que meditara su decisión. En esa situación la mujer decide por sí misma que ha tomado la decisión correcta. La opinión del profesional de enfermería sobre el ingreso de la mujer en el centro de cuidados crónicos nunca fue el problema. En la segunda situación el profesional de enfermería hizo mucho más que ayudar a la hija a resolver sus sentimientos contradictorios.

GENERALIZACIONES O CLICHÉS

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

ACTITUD DEFENSIVA

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

CAMBIO DE TEMA

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

FALTA DE RESPETO

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

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

TRANSFERENCIA

Otro posible bloqueo a la comunicación es la **transferencia**. En la transferencia el paciente siente emociones del pasado y las aplica (o transfiere) a la relación terapéutica. Durante años un paciente puede haber tenido miedo a llegar a tener diabetes porque un familiar tuvo complicaciones de la diabetes. Puede transferir su gran miedo y su ira al profesional de enfermería que intenta ayudarlo a aprender cómo medir la glucosa sanguínea.

La transferencia puede hacer que el paciente tenga intensos sentimientos positivos o negativos por el profesional de enfermería, o que sobrevalore o ignore la experiencia del profesional de enfermería. El paciente puede transferir al profesional de enfermería que intentó pedir al paciente que cambie de conducta sentimientos negativos que se originaron por un progenitor maltratador. El paciente puede reaccionar resistiéndose a todas las figuras de autoridad, o puede tener alguna otra reacción que se originó mucho antes de que el paciente llegara incluso a conocer al profesional de enfermería.

Los profesionales de enfermería deben aprender a reconocer la transferencia. Esto explica por qué un paciente puede tener una reacción exagerada ante un profesional de enfermería cuando no tiene ningún motivo para reaccionar de esa forma. Puede ser útil llamar la atención sobre la conducta del paciente y la percepción del profesional de enfermería. Por ejemplo, si un paciente dijera: «¡Usted me pone malo! ¡Siempre me está diciendo lo que tengo que hacer!», el profesional de enfermería podría responder tranquilamente: «Acabo de conocerle hoy. No le he dicho lo que tiene que hacer. Intento ayudarlo a conocer el nuevo régimen de sus medicamentos. Parece enfadado. ¿Hay algún problema?». Esto puede ayudar al paciente a ver que no está reaccionando a la situación actual. También es importante que el profesional de enfermería no asuma personalmente las reacciones de transferencia de un paciente. Si el paciente está exagerando sobre lo problemático que es el profesional de enfermería, es probable que el problema real no sea el profesional de enfermería.

Cuando es el profesional de enfermería el que tiene sentimientos hacia el paciente de acuerdo con las experiencias previas del profesional de enfermería, el proceso se denomina **contra-transferencia**. Algunos profesionales de enfermería experimentan contratransferencia cuando atienden a tipos específicos de pacientes. Por ejemplo, un profesional de enfermería cuyo padre murió de cáncer de pulmón puede tener fuertes sentimientos protectores automáticos o incluso sentimientos negativos en relación con los pacientes que fuman. Un profesional de enfermería se puede sentir cómodo siendo totalmente responsable de

pacientes con alcoholismo porque el profesional de enfermería aprendió este rol durante su infancia. Un profesional de enfermería que tenga una pareja manipuladora puede tener sentimientos exagerados en relación con los pacientes que manipulan al personal para que se satisfagan sus necesidades. La contratransferencia es frecuente, y puede interferir con la asistencia objetiva de los pacientes. Los profesionales de enfermería deben tomar sus decisiones de acuerdo con los datos y no con los sentimientos que se transfieren desde otra situación.

La mejor estrategia preventiva para la **contratransferencia** es que los profesionales de enfermería desarrollen el conocimiento de sí mismos (introspección). El reconocimiento de la contratransferencia cuando se produce y hablar con un compañero en el que se confíe con frecuencia ayudan a poner estos sentimientos en su justa perspectiva (Varcarolis, Carson y Shoemaker, 2006). Si usted tiene instantáneamente sentimientos negativos o desagradables sobre un paciente, es probable que no sea el paciente el que esté iniciando estos sentimientos, sino la contratransferencia. El cuadro 5-4 ■ enumera los signos de la contratransferencia.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería se puede utilizar como marco de trabajo para determinar las necesidades del paciente. La comunicación se utiliza en todos los aspectos del proceso de enfermería.

VALORACIÓN

La relación enfermero-paciente es el fundamento de todas las demás actividades de enfermería que afectan al paciente. La relación establece el deber del profesional de enfermería de atender al paciente y la responsabilidad del profesional de enfermería de aplicar el proceso de enfermería para ayudar al paciente. En el proceso de enfermería, el profesional de enfermería primero recopila datos para valorar las necesidades del paciente. Debido a la confianza en la relación profesional

de enfermería-paciente, el paciente habitualmente puede dar información al profesional de enfermería sobre sentimientos personales, conductas del estilo de vida y necesidades.

Cuando se recogen datos para la valoración sobre las necesidades psicosociales de los pacientes, es útil hacer preguntas sobre las áreas de desempeño de funciones.

Si usted quiere determinar el *conocimiento por el paciente* de la enfermedad médica actual y del motivo del ingreso hospitalario, usted podría preguntar:

- «¿Qué le ha traído al hospital esta vez?»
- «¿Qué sabe usted sobre su enfermedad?» (Usted podría encontrar que este paciente tiene Conocimientos deficientes.)

Si usted quiere saber si se están satisfaciendo las necesidades de *socialización*, puede preguntar:

- «¿Quién le visita cuando está en el hospital?»
- «¿Quién vive con usted?»
- «¿Qué tipo de cosas hace con sus amigos?» (La persona cuyas necesidades no están satisfechas podría estar dando un diagnóstico de enfermería de Aislamiento social, Soledad o Deterioro de la interacción social.)

Si quiere conocer las habilidades de *afrentamiento*, puede preguntar:

- «¿Cómo resuelve usted habitualmente problemas como este?»
- «¿Qué hace usted habitualmente cuando ocurre esto?»
- «¿Quién le puede ayudar con esto?»
- «¿Cómo resuelve esto cuando está en casa?» (Una persona con dificultades en esta área puede tener Afrontamiento ineficaz.)

Si quiere explorar los sentimientos del paciente de *seguridad en sí mismo*, puede preguntar:

- «¿Quién es responsable de su salud?»
- «Si tiene un problema de salud, ¿cómo se maneja?»
- «¿Puede hacer algo por sus propios medios para mejorar su vida?»
- «¿Cree que se va a sentir mejor?» (Las respuestas negativas se pueden describir como Impotencia o Desesperanza.)

Para determinar el nivel de *ansiedad* del paciente, usted puede preguntar:

- «¿Cómo se siente usted ahora?»
- «¿Se siente nervioso, asustado o ansioso?» (Las respuestas podrían indicar un diagnóstico de enfermería de Ansiedad o Miedo.)

Para explorar las actitudes y sentimientos del paciente sobre el *propio yo* y el *autoconcepto*, usted puede preguntar:

CUADRO 5-4

Reconocimiento de la contratransferencia

Los siguientes sentimientos en el profesional de enfermería pueden indicar contratransferencia (transferencia al paciente de sentimientos de experiencias previas):

- El paciente le recuerda a usted mismo o a otra persona que conoce.
- Usted piensa en el paciente con frecuencia fuera del trabajo.
- Se siente incómodo sobre la relación con este paciente.
- Se siente enfadado por la conducta del paciente.
- Se siente orgulloso del paciente.
- Piensa que usted es el único que realmente comprende a este paciente.
- Tiene sentimientos personales hacia el paciente.

- «¿Cómo se siente en relación con usted mismo?»
- «¿Cómo se siente en relación con su cuerpo?» (Las respuestas del paciente podrían llevar a un diagnóstico de enfermería de Baja autoestima situacional o Baja autoestima crónica.)

Si necesita saber si la enfermedad o la lesión afecta al desarrollo o *desempeño de roles* del paciente, podría preguntar:

- «¿Qué cosas podía hacer antes de esta enfermedad/lesión que no puede hacer ahora?»
- «¿Qué quiere hacer pero no puede hacer debido a esta enfermedad?» (Las respuestas podrían indicar un diagnóstico de enfermería de Desempeño ineficaz del rol.)

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

Muchos de los problemas psicosociales de los pacientes se pueden tratar en la relación profesional de enfermería-paciente utilizando la comunicación terapéutica. Los siguientes diagnósticos de enfermería con frecuencia responden bien a las intervenciones de enfermería psicosocial:

- Conocimientos eficientes
- Aislamiento social o Soledad o Deterioro de la interacción social
- Afrontamiento ineficaz
- Impotencia o Desesperanza
- Ansiedad
- Baja autoestima situacional o Baja autoestima crónica
- Desempeño ineficaz de rol

Comunicación terapéutica

Además de todos los demás usos de la comunicación (socialización, conexión con los demás, dar o recibir información), la **comunicación terapéutica** se puede utilizar como intervención de enfermería, y se manifiesta cuando el profesional de enfermería utiliza técnicas de comunicación para ayudar al paciente a conseguir los resultados deseados. Los resultados deseados que se pueden conseguir mediante la comunicación terapéutica son que el paciente podrá:

- Desarrollar la introspección sobre el propio yo.
- Participar en la resolución de problemas.
- Construir su autoestima.
- Planificar habilidades de afrontamiento adaptativas.
- Expresar y examinar sus sentimientos.

La comunicación terapéutica es una herramienta eficaz. Al igual que cualquier cosa nueva y difícil, hace falta práctica para aprenderla y hacerla bien. Los estudiantes creen que la comunicación terapéutica es poco natural, porque es poco natural. Este no es el tipo de comunicación que usted ha aprendido en su casa. Es una intervención de enfermería profesional. La tabla 5-3 ■ describe técnicas de comunicación terapéutica.

Como es una intervención de enfermería, la comunicación terapéutica se utiliza como parte del proceso de enfermería. El profesional de enfermería identifica las necesidades del paciente y planifica un objetivo de comunicación terapéutica para ayudar al paciente a alcanzar sus objetivos. El profesional de enfermería planifica la interacción en un punto en el que habrá tiempo adecuado para una conversación. Durante la interacción el profesional de enfermería utilizará técnicas de comunicación terapéutica para ayudar

TABLA 5-3

Técnicas de comunicación terapéutica

TÉCNICA	DEFINICIÓN Y OBJETIVO DE ESTA TÉCNICA	EJEMPLOS
Apertura con preguntas abiertas	Afirmación general que permite que el paciente seleccione el tema de discusión.	«¿Cómo le ha tratado la vida?» «¿Qué va a hacer?» «¿Cómo lleva estar en el hospital?» «¿Qué hay de nuevo?»
Clarificación	El profesional de enfermería puede repetir el mensaje del paciente en las palabras del propio profesional de enfermería, o puede hacer preguntas sobre el mensaje del paciente para asegurarse de que el emisor y el receptor entienden el mismo mensaje.	«¿A qué se refiere con eso?» «¿Ha dicho que se siente incómodo?» «Creo que ha dicho que tiene miedo de los cocodrilos, ¿es correcto?»
Compartir observaciones	El profesional de enfermería expresa la conducta del paciente con palabras para llamar la atención sobre los significados implícitos o para concienciar sobre la incongruencia entre las palabras y las acciones del paciente.	«Cuando se cubre la cabeza con las sábanas, parece como si no quisiera hablar.» «Dice que se siente bien, pero está llorando.»

(Continúa)

TABLA 5-3

Técnicas de comunicación terapéutica (cont.)

TÉCNICA	DEFINICIÓN Y OBJETIVO DE ESTA TÉCNICA	EJEMPLOS
Enfoque	Esto incluye hacer que las generalizaciones sean específicas. El enfoque exige que el paciente considere la verdad que hay detrás de las afirmaciones generalizadas.	Paciente: «Todo el mundo me odia». Profesional de enfermería: «Deme un ejemplo de alguien que haya dicho que le odia».
Fomento de la evaluación	El profesional de enfermería anima a los pacientes a que evalúen sus sentimientos y experiencias con la finalidad de desarrollar introspección.	«¿Cómo se sintió usted cuando su madre llamó a la policía?» «¿Qué ocurrió cuando dejó de tomar las medicinas?» «¿Qué aprendió de su experiencia con...?»
Ofrecimiento del propio yo	Introducción del propio yo y del rol o de la relación. Esto clarifica cuál es la situación y cuáles las intenciones del profesional de enfermería. También ofrece la compañía del profesional de enfermería.	«Me llamo Mónica. Soy estudiante de enfermería, y voy a trabajar con usted hoy.» «Me voy a quedar con usted durante el procedimiento.»
Orientaciones generales	Son afirmaciones breves que tienen como objetivo indicar que el profesional de enfermería está escuchando y animar al paciente a que siga hablando sobre el mismo tema.	«Siga...» «Dígame más sobre eso...» «¿Y después...?»
Planificación para el afrontamiento	El profesional de enfermería anima al paciente a que planifique respuestas adaptativas frente a futuras situaciones estresantes para mejorar las habilidades de afrontamiento.	«La próxima vez que esté en desacuerdo con Dan, ¿cómo puede resolverlo sin pegarle?» «¿De qué otra forma podría pedir a alguien que bajara el volumen de la TV?» «Si no le dan el cambio correcto, ¿qué puede hacer?»
Pregunta abierta	El profesional de enfermería hace una pregunta que precisa una explicación o una respuesta ampliada por parte del paciente. Esta pregunta no se presta a una respuesta de sí/no o de una sola palabra. Tiene como objetivo permitir que los pacientes organicen y expresen sus pensamientos.	«¿Qué es para usted estar en el hospital?» «¿Qué ha ocurrido para que haya venido al hospital esta vez?»
Reflejo	El profesional de enfermería repite parte de lo que ha dicho el paciente (como reflejarse en un espejo) con la finalidad de animar al paciente a que explore más a fondo estos sentimientos.	Paciente: «Cuando todo es realmente estresante, me puedo ver realmente superado». Profesional de enfermería: «Se siente realmente superado».
Silencio	Período de tranquilidad que puede permitir que el profesional de enfermería y/o el paciente mediten sobre sus pensamientos.	
Validación	El profesional de enfermería reconoce y da valor a los sentimientos del paciente de forma verbal para mostrar que el profesional de enfermería comprende que el paciente está experimentando una dificultad o que acepta los sentimientos del paciente. Muestra empatía.	«Esto debe ser muy duro para usted.» «Estar en el hospital lejos de su familia puede hacerle sentirse solo.»

al paciente a expresar sus sentimientos, resolver problemas, desarrollar habilidades de afrontamiento o alcanzar el objetivo específico de la interacción. Finalmente, el profesional de enfermería evaluará la eficacia con que se ha alcanzado el objetivo.

Informes del proceso

Un **informe del proceso** es un informe escrito de una conversación entre un estudiante de enfermería y un paciente. La comunicación verbal se escribe a partir de la memoria del estudiante. La utilización de grabadoras o la obtención de notas

tienden a hacer que las personas se sientan nerviosas, por lo que se deben evitar. Se deben reseñar los datos tanto verbales como no verbales. El informe incluye qué técnicas de comunicación terapéutica se han utilizado y el análisis de la comunicación que realiza el estudiante.

Así, la comunicación terapéutica es una forma poco natural de comunicarse, pero cuando los profesionales de enfermería la dominan, pueden ayudar a los pacientes a hacer avances reales.

Aun cuando realmente usted sea nuevo en esto, los pacientes con frecuencia responden positivamente. Parece más natural para el receptor que para el emisor. Aprender algo complejo como la comunicación terapéutica es más fácil cuando los estudiantes piensan en lo que están intentando conseguir con las técnicas de comunicación. Por este motivo se utilizan informes del proceso.

La tabla 5-4 es un ejemplo de un informe del proceso. Puede ser un alivio saber que los profesionales de enfermería no docu-

TABLA 5-4

Ejemplo de informe del proceso

Contexto y situación: Estábamos en la habitación de la paciente. Ella estaba en la cama. Yo estaba en la silla. Cuando empezamos parecía triste. Antes habíamos acordado charlar después del desayuno.

Diagnóstico médico: Cáncer de pulmón (tumor de 8 cm en el pulmón derecho).

Objetivo de la comunicación terapéutica: La paciente expresará sus sentimientos en relación con tener cáncer.

PACIENTE (VERBAL Y NO VERBAL)	PROFESIONAL DE ENFERMERÍA (VERBAL Y NO VERBAL)	TÉCNICA UTILIZADA	ANÁLISIS (ANALIZAR SI CADA UNA DE LAS TÉCNICAS HA FUNCIONADO SEGÚN LO PREVISTO)
	«Buenos días de nuevo, Sra. King. Soy Kate y soy la estudiante de enfermería que va a hablar con usted.» (Estoy sonriendo.)	Ofrecimiento del propio yo	¡Estaba tan nerviosa! ¡Me siento como si estuviera usurpando el lugar de una enfermera! Esperaba que quisiera hablar conmigo.
«Hola, Kate. ¿De qué querías hablar?» (Parece triste.)	«He oído que ayer le diagnosticaron cáncer de pulmón. ¿Qué tal lo lleva hasta ahora?»	Apertura con pregunta abierta	Esperaba empezar con una pregunta abierta para que pudiera tomar la dirección que quisiera. Estaba asustada por haber mencionado el cáncer, pero la enfermera dijo que todavía no ha hablado mucho sobre ello.
«Sí. Creo que sabía que era cáncer, pero todavía estoy aturdida.»	«¿Está aturdida?»	Reflejo	Pensé que tal vez hablaría más sobre sus sentimientos si pudiera conseguir que siguiera hablando.
«Claro. Es duro oír eso.»	«¿Quiere decir que es duro averiguar que tiene cáncer?»	Clarificación	¡No me digas! Parecía una pregunta estúpida, pero obtuve una respuesta inesperada.
«Sí, pero pienso que realmente dio en el blanco cuando el médico me dijo que sólo me quedan de 6 a 12 meses de vida.» (Tiene una lágrima en el ojo. Mira por la ventana.)	«¡Oh! Eso debe ser muy duro.» (Parpadeo mucho para evitar llorar también.)	Validación	¿Qué puedes decir cuando alguien se está muriendo? Todo lo que podía hacer era mostrar que sé que debe ser duro para ella.
«Realmente no puedo hablar con mis hijos sobre esto.»	«¿No puede hablar con ellos?»	Reflejo	Es extraño que cuando se repite lo que alguien ha dicho, hable más sobre ello. Esto funciona.
«No puedo compartir esta carga con ellos. ¿Cómo pueden manejarlo? Tienen sus propias vidas y sus problemas.»	«¿Ha compartido alguna vez malas noticias con ellos antes de ahora?»	Planificación para el afrontamiento	Estaba intentando encontrar una forma en la que pudiera hablar con las personas que pensaba que pudieran ser su sistema de apoyo. Tal vez haya tenido cierto éxito antes y ahora se pueda recurrir a ellos.

(Continúa)

TABLA 5-4			
Ejemplo de informe del proceso (cont.)			
PACIENTE (VERBAL Y NO VERBAL)	PROFESIONAL DE ENFERMERÍA (VERBAL Y NO VERBAL)	TÉCNICA UTILIZADA	ANÁLISIS (ANALIZAR SI CADA UNA DE LAS TÉCNICAS HA FUNCIONADO SEGÚN LO PREVISTO)
«Bien (pausa prolongada), superamos bien el cáncer y la muerte de mi marido.»	«¿Qué le ayudo a superarlo?»	Planificación para el afrontamiento	Espero que encuentre una respuesta sobre lo que la pueda ayudar.
«Hablamos mucho. Miramos fotografías antiguas y pasamos mucho tiempo juntos, y todos hablamos mucho. Sabe, el médico me ha dicho que si hay algo que siempre he querido hacer, debo hacerlo. Creo que lo que realmente quiero es estar con mis hijos y nietos todo lo que pueda.»	«¿Cree que podrá hablar con ellos?»	Estaba intentando hacer planificación para el afrontamiento.	Me alegraba que estuviera hablando conmigo. Parece que se ha iluminado, se ha tranquilizado.
«Sí, llamaré esta noche a mi hija.» (Esbozó una sonrisa.)	«Estará bien hablar con ella.» (Sonriendo.)	Estaba buscando la validación.	Me sentí realmente aliviada en este momento.
(Otra vez está mirando por la ventana.)	«Gracias por hablar conmigo, Sra. King.» (Me levanté para marcharme y le apreté la mano.)	Mostré el final de la conversación y que quería que supiera que me preocupó por ella.	
«Gracias por hablar conmigo, Kate.»			
<i>Evaluación:</i> ¿Se ha cumplido el objetivo? ¿Cómo se ha sentido usted durante la interacción? ¿En qué sentido lo haría de forma diferente si pudiera? Creo que cumplí mi objetivo. Quería que hablara sobre sus sentimientos. El resultado fue que superó la idea de que no podía hablar con sus hijos y al final decidió llamarles, lo que es bueno porque ahora necesita apoyo. Me sentí nerviosa durante esta conversación, aunque al final me sentí bien. Si lo pudiera hacer de nuevo, al final habría hecho un resumen mejor. Podría haber vuelto a afirmar que decidió llamar a su hija, y que eso era bueno.			

mentan sus conversaciones terapéuticas en informes de procesos (son únicamente una herramienta de aprendizaje). También puede ser bueno saber que no se espera que aplique las técnicas de comunicación terapéutica en todas las conversaciones profesionales, sino sólo en las conversaciones terapéuticas. No se espera que esté todo el tiempo repitiendo, utilizando orientaciones generales y centrándose en todas las conversaciones. ¡Qué alivio!

Fomento de límites profesionales saludables

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

que pueden adoptar los profesionales de enfermería para establecer unos límites claros y para dejar claro que su función es profesional. Hay cuatro áreas que crean problemas con los límites personales:

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

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

relacionada con la situación del paciente para demostrar empatía, recuerde que debe mantener el énfasis en el paciente.

No acepte regalos de pacientes. Algunos pacientes piensan que el profesional de enfermería espera un regalo a cambio de la asistencia, o que mejorará la asistencia si se le hace un regalo. Otros pueden esperar continuar su relación con el profesional de enfermería después del alta. Utilice su sentido común también en esta área. Si un familiar del paciente trae una caja de caramelos para toda la plantilla, esto sería aceptable. Si una persona da al profesional de enfermería como regalo una joya o dinero, no es adecuado que el profesional de enfermería lo acepte.

Los pacientes le pueden pedir su número de teléfono o su dirección. Tal vez simplemente quieran hacerle algunas preguntas médicas, o enviarle una tarjeta para expresar su agradecimiento. No dé esta información sobre usted mismo ni sobre otros profesionales de enfermería a los pacientes ni a sus familias. No es adecuado que el profesional de enfermería mantenga el contacto con los pacientes fuera del contexto laboral. Puede decir: «No le puedo dar esa información, aunque puede enviar una tarjeta a todos los profesionales de enfermería del hospital», o: «Hay un profesional de enfermería asesor al que puede llamar para pedirle ayuda cuando esté en su domicilio. Le voy a dar el número». El profesional de enfermería tiene una relación profesional con el paciente, que finaliza cuando se da de alta al paciente de la institución. La distinción entre relación profesional y personal puede ser difícil, especialmente cuando el paciente ha estado ingresado durante mucho tiempo. Se puede invitar a los pacientes a que vuelvan para que compartan sus avances con el personal, pero no a las casas de los profesionales de enfermería. Si un paciente necesita asistencia domiciliaria, se debe realizar una derivación a través del médico del paciente o del departamento de servicios sociales de la agencia sanitaria.

Los profesionales de enfermería deben ser conscientes del poder inherente a su rol de ayuda. La relación terapéutica profesional de enfermería-paciente se basa en los cimientos de confianza, respeto y uso adecuado del poder. Los profesionales de enfermería deben conocer el diferencial de poder en la relación profesional de enfermería-paciente para establecer y mantener los límites profesionales. Los pacientes sólo son capaces de explorar de forma segura los aspectos terapéuticos cuando el profesional de enfermería lleva a cabo la relación profesional utilizando unos límites adecuados.

Reconocimiento de las barreras a la comunicación

- Familiarícese con las barreras a la comunicación. *Como con cualquier otra cosa, se aprende a mejorar las habilidades de comunicación a medida que se practica. No espere ser perfecto. Aprenda de sus errores y la mejora llegará a lo largo del tiempo.*
- Evite la tentación de estar de acuerdo con las decisiones del paciente o de no respetar sus preocupaciones, por pequeñas que le puedan parecer a usted. No responda a preocupaciones reales con frases fáciles generalizadas. Su

trabajo es centrarse en las preocupaciones del paciente. Estar de acuerdo con la elección de un paciente desvía la atención del pensamiento del paciente y anima al paciente a tomar decisiones que se encuentren con su aprobación. En el otro extremo, descartar las preocupaciones de un paciente significa que usted juzga que no son importantes. En ambos casos eso hace que el profesional de enfermería sea más importante que el paciente.

Uso de las habilidades de comunicación terapéutica

- Planifique las interacciones terapéuticas y aplíquelas hasta el final. *Por ejemplo, decida que durante un baño en la cama hablará con la mujer que espera a que se le opere de un cáncer de ovario. Planifique un momento en el que pueda escucharla y permitirle que exprese sus sentimientos. Usted puede compartir su experiencia en un grado limitado para mostrar su comprensión, aunque debe mantener el objetivo de la interacción en la paciente.*
- Utilice técnicas de escucha activa. Resista la tentación de poner fin a las conversaciones estresantes para marcharse. *Escuchar cuidadosamente y permitir que el paciente exprese sus sentimientos puede ser aterrador, especialmente si los sentimientos son negativos. Si el paciente está transfiriéndole sentimientos a usted, no tome los sentimientos como un ataque personal. Si el paciente tiene una queja legítima, usted puede identificar algunas formas de resolver el problema.*
- Muestre respeto por los límites personales. *Usted construirá la confianza siendo sensible a la retroalimentación verbal y no verbal del paciente sobre su espacio personal. Comunique al paciente cuándo debe entrar en su espacio personal, y por qué debe hacerlo.*

EVALUACIÓN

Como con cualquier otra acción de enfermería, el profesional de enfermería debe revisar la eficacia de las intervenciones utilizadas en la comunicación terapéutica. Se pueden recordar y utilizar de nuevo en situaciones similares las estrategias que han sido eficaces. Se deben revisar las estrategias que no han sido eficaces para identificar la barrera que han creado.

En ocasiones un profesional de enfermería sabe exactamente cuándo ha dicho algo incorrecto. En esas ocasiones puede ser muy útil decir inmediatamente: «No es eso lo que quiero decir. Quise decir...». La atención rápida a la retroalimentación del paciente puede ser útil para mantener una relación de confianza profesional de enfermería-paciente.

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Comunicación eficaz con el paciente

Clara Barefoot es una paciente nativa estadounidense de 86 años de edad que está en el hospital para el tratamiento de una lesión en el hombro como consecuencia de una caída en su casa.

Es una mujer encantadora, inteligente e interesante, que es maestra jubilada. Sigue trabajando enseñando a bordar y da clases de arte a niños. Está previsto el alta en 2 días. Ha pedido al profesional de enfermería que le visite en su casa para disfrutar de algunas de las verduras de su jardín y para que la ayude con «algunas cosillas, como lavarme el pelo e ir a la tienda». Tiene muchos amigos y familiares que la visitan en el hospital todos los días.

Valoración. T 36,4 °C, P 110, R 16, PA 140/80. La paciente es zurda. Come el 50-100% de las comidas. La piel está seca e intacta. Gran equimosis púrpura con ligera tumefacción sobre el hombro izquierdo. La circulación, el movimiento y la sensibilidad de la mano distales al hombro lesionado están dentro de los límites normales. Hay limitación de la amplitud del movimiento del hombro lesionado. No puede elevar el brazo izquierdo por encima del nivel del hombro, ni por encima de la cabeza. La paciente afirma: «¿Qué voy a hacer? No puedo ir a casa. Estoy totalmente sola».

Diagnóstico. Se identifican los siguientes diagnósticos de enfermería para la Sra. Barefoot:

- Déficit del autocuidado: baño/higiene, relacionado con disminución de la amplitud de movimiento del hombro izquierdo
- Afrontamiento ineficaz, relacionado con incapacidad de formular un plan de ayuda con la asistencia después del alta

Resultados esperados. Los resultados esperados de la Sra. Barefoot son:

- La paciente demostrará mañana que puede bañarse y lavarse el pelo utilizando el brazo derecho.
- La paciente elaborará una lista de recursos que la puedan ayudar con las actividades instrumentales de la vida diaria (como transporte, lavandería y compra) en el momento del alta.

Planificación y aplicación. Se deben aplicar las siguientes intervenciones de enfermería para la Sra. Barefoot:

- Establecer una relación de confianza profesional de enfermería-paciente.
- Animar a la paciente a que exprese sus sentimientos sobre la lesión y su discapacidad temporal (utilizar comunicación terapéutica).
- Ayudar a la paciente a bañarse y lavarse el pelo utilizando el brazo derecho. Ayudarla a aprender a preparar por adelantado los objetos que serán necesarios.
- Enseñar a la paciente aspectos de seguridad relacionados con el baño cuando no pueda mantener el equilibrio por tener el brazo izquierdo en cabestrillo.
- Ayudar a la paciente a elaborar una lista de actividades con las cuales necesitará ayuda y una lista de personas que la podrían ayudar.
- Implicar a su hija en la planificación del alta y en la identificación de los recursos.

Evaluación. El día del alta, la Sra. Barefoot tenía una lista de amigos y familiares que estaban deseosos de ayudarla con diversas tareas (transporte, compras, trabajo en el jardín), con sus números de teléfono. Su hija la ayudará a lavarse el pelo. Los miembros de su iglesia se prestaron voluntarios a visitarla a diario.

Pensamiento crítico en el proceso de enfermería

1. ¿Qué podría haber dicho el profesional de enfermería a la Sra. Barefoot cuando le pidió ayuda en su domicilio?
2. Si no hubiera tenido tantos amigos y familiares para ayudarla, ¿debería haberse prestado voluntario el profesional de enfermería a visitar a la Sra. Barefoot en su domicilio? ¿Por qué o por qué no?
3. Si esta fue la tercera caída de la paciente y afirmó que tiene miedo de ir a casa y estar sola, ¿qué miembro del equipo sanitario debe participar en la planificación del alta?

Nota: En el apéndice I puede encontrarse un comentario sobre las preguntas de pensamiento crítico.

Nota: La bibliografía y los recursos de este y el resto de capítulos se han reunido al final del libro.

Revisión del capítulo

TÉRMINOS CLAVE

autenticidad

autorrevelación

clarificación

compartir las observaciones

comunicación

comunicación terapéutica

concreción

conductas de atención

congruencia

contratransferencia

empatía

enfoque

escucha activa

fase de finalización

fase de orientación

fase de trabajo

formalidad

informe del proceso

objetividad

orientaciones generales

pregunta abierta

reflejo

respeto

transferencia

uso terapéutico del propio yo

validación

PUNTOS clave

- Las relaciones profesionales y sociales son diferentes. Una relación profesional se centra en las necesidades del paciente, se dirige a los objetivos y está limitada en el tiempo.
 - Las fases de la relación profesional de enfermería-paciente son orientación, trabajo y finalización.
 - Los elementos esenciales de la relación profesional de enfermería-paciente son fiabilidad, atención, empatía, autenticidad, respeto y concreción.
 - Cuando los pacientes pasan su respuesta al enfermero a partir de sus experiencias previas, se denomina *transferencia*.
 - Se llama *contratransferencia* cuando el profesional de enfermería reacciona ante un paciente debido a las experiencias previas del profesional de enfermería, no debido a este paciente.
 - Los profesionales de enfermería deben reconocer qué factores hacen que la comunicación sea eficaz y cuáles son barreras a la comunicación.
 - La comunicación terapéutica es una intervención de enfermería que se aplica para alcanzar los objetivos del paciente, como exploración de los sentimientos, desarrollo de introspección, resolución de problemas y planificación para el afrontamiento adaptativo.
- Los problemas que pueden afectar a los límites personales de los profesionales de enfermería profesionales son tocar a los pacientes, autorrevelación, aceptar regalos y relaciones continuas con los pacientes fuera del trabajo.
 - La autorrevelación por parte del profesional de enfermería sólo es adecuada cuando tiene la finalidad de ayudar al paciente.



EXPLORE MediaLink

Pueden encontrarse recursos interactivos adicionales en la página web complementaria www.prenhall.com/eby. Haga clic en «Chapter 5» y en «Begin» para seleccionar las actividades de este capítulo.

- Audio glossary
- NCLEX-PN® review
- Case study
- Study outline
- Critical thinking questions
- Matching questions
- Weblinks

Protocolo asistencial de pensamiento crítico

Asistencia de un paciente con baja autoestima crónica

Área de interés del examen NCLEX-PN®: Integridad psicosocial

Estudio de un caso: Dorothy Ortiz es una mujer estadounidense de origen europeo de 50 años de edad que está ingresada en el hospital por una resección intestinal por diverticulitis. Trabaja a tiempo completo y tiene una baja médica de 6 semanas para su recuperación de la operación. La incisión está bien aproximada, sin exudado. Es reacia a pedir analgésicos, que se han prescrito a demanda. Nunca ha utilizado el botón de llamada. Es reticente a deambular. Ha criado cuatro hijos como familia monoparental, y vienen a visitarla al hospital con frecuencia. Una de sus hijas tiene un hijo de 18 meses de edad.

Diagnóstico de enfermería: Baja autoestima crónica

RECOPILE DATOS

Subjetivos

Objetivos

¿Informaría usted de estos datos? Sí/No

Si así lo hiciera, ¿a quién? _____

Asistencia de enfermería

¿Cómo lo verificaría? _____

Datos recopilados

(use todos los correctos)

- Alerta, orientada en cuanto a tiempo, espacio y persona
- Antecedente de hipertensión
- Vegetariana
- T 37,2 °C, P 98, R 16
- PA 138/84
- La paciente afirma: «No quiero molestar a nadie»
- Trabaja como auxiliar de enfermería
- La paciente afirma: «Me odio a mí misma. No sé por qué queréis atenderme».
- Ausencia de contacto ocular
- Cuando se dice que tiene una bata bonita, pregunta: «¿Este trasto feo?»
- La paciente afirma que se siente cansada
- Cuando su hija llevó al nieto de Dorothy a visitarla, afirmó: «¿Por qué querría verme?»

Intervenciones de enfermería

(use todas las correctas, colóquelas en orden de prioridad)

- Establecer una relación de confianza profesional de enfermería-paciente.
- Tomar los signos vitales con más frecuencia.
- Animar a la paciente a que exprese sus sentimientos.
- Enseñar a la paciente a tomar las proteínas adecuadas en la dieta.
- Pasar tiempo con la paciente en todos los turnos para mostrar aceptación.
- Discutir el uso del diálogo interior positivo (cambiar los pensamientos negativos automáticos sobre el propio yo a afirmaciones positivas de las cualidades positivas de la paciente).
- Ofrecer analgésicos a la paciente cada 4 horas.
- Ayudar a la paciente a identificar sus propios puntos fuertes.
- Disuadir de comentarios negativos sobre el propio yo.
- Ayudar a la paciente a practicar pedir lo que necesite.

Compare su verificación con el ejemplo proporcionado en el apéndice I.

Preparación del examen NCLEX-PN®

CONSEJO PARA PASAR LA PRUEBA

Cuando una pregunta pida una secuencia de acciones de enfermería, piense en el proceso de enfermería. Las preguntas con frecuencia pedirán la acción primera o inicial que debe realizar el profesional de enfermería en una situación. Las opciones podrían ser cuatro acciones de enfermería correctas, pero sólo una es la mejor cosa que se debe hacer *primero*. Por supuesto, los profesionales de enfermería siempre *valoran* primero, y después pasan a la acción.

- 1** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre una interacción terapéutica es falsa?
 1. Una interacción terapéutica facilita el crecimiento y la madurez del desarrollo, y mejora el desempeño de funciones y el afrontamiento.
 2. Una interacción terapéutica precisa que haya un emisor, un mensaje y un receptor.
 3. No es necesario validar la percepción por el receptor del mensaje para que se produzca una interacción terapéutica.
 4. El receptor puede tener que repetir el mensaje al emisor para garantizar su comprensión.
- 2** ¿Cuál de los siguientes comentarios del profesional de enfermería indica que el profesional de enfermería está siendo empático?
 1. «¡Oh, lo siento mucho por usted!»
 2. «No puedo entender cómo puede enfrentarse a tanto dolor y seguir estando contento.»
 3. «¿Cómo puede aguantar a su compañero de habitación?»
 4. «Sé lo que se siente cuando se pierde a alguien a quien se quiere. ¿Quiere hablar sobre ello?»
- 3** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la escucha activa es falsa?
 1. Es difícil escuchar de forma activa cuando no se da valor a lo que dice la otra persona.
 2. La escucha activa precisa práctica.
 3. Es posible escuchar de forma activa y estar planificando lo que se dirá como respuesta.
 4. Puede dejar que el «emisor» sepa que le está escuchando asintiendo con la cabeza y manteniendo el contacto ocular.
- 4** Para comunicar la voluntad de discutir un tema con un paciente que está en la cama, la mejor posición corporal del profesional de enfermería es:
 1. Sentado en una silla colocada cerca de la cabecera del paciente, para que el profesional de enfermería esté al nivel de los ojos.
 2. Estar de pie al pie de la cama.
 3. Estar de pie a la cabecera de la cama pero inclinado sobre la mesa que está sobre la cama.
 4. Sentado en una silla a aproximadamente 1,5 m del paciente con los brazos del profesional de enfermería doblados.
- 5** ¿Cuál de las siguientes es una afirmación verdadera sobre la comunicación no verbal?
 1. La comunicación no verbal es interpretada de la misma forma por todos los observadores.
 2. Un paciente que evita el contacto ocular con usted tiene algo que ocultar.
 3. El tacto no siempre se asocia a una sensación reconfortante y de atención para todos los pacientes.
 4. Las manos son la parte más expresiva del cuerpo.
- 6** Una paciente está llorando en silencio en su habitación. Cuando el profesional de enfermería le pregunta qué le pasa, no responde. La mejor respuesta por el profesional de enfermería en esta situación sería:
 1. «Ya veo que no tiene ganas de compañía ahora. Volveré más tarde.»
 2. «Veo que está disgustada por algo. Me gustaría mucho ayudarle, pero no puedo hacer nada por usted si no habla conmigo. Cuando esté lista, llámeme y volveré.»
 3. «Veo que usted está triste. Ya sabe que siempre que llueve escampa, así que estoy seguro de que las cosas mejorarán también para usted.»
 4. «Ya veo que usted está triste. Me voy a sentar aquí junto a su cama tan sólo para estar con usted. Si le apetece hablar, está bien; si no, también está bien. Simplemente quiero que sepa que me importa.»
- 7** ¿Cuál de las siguientes es una pregunta abierta?
 1. «¿Cómo se siente por haber estado con tracción durante un mes?»
 2. «¿Es cómoda la tracción?»
 3. «¿Va a perder el trabajo por estar con tracción durante un mes?»
 4. «¿Se puede cepillar los dientes mientras está con la tracción?»
- 8** Si un paciente dice al profesional de enfermería: «Me siento como si me fuera a morir», y el profesional de enfermería quiere utilizar la técnica de reflejo para responder, podría decir:
 1. «¿No se siente bien hoy?»
 2. «Hábleme sobre ese sentimiento.»
 3. «Tiene la sensación de que se va a morir.»
 4. «Ya veo que está deprimido hoy.»
- 9** Un paciente tiene dificultad para decidir qué hacer cuando salga del hospital y pide su opinión al profesional de enfermería. La mejor respuesta del personal de enfermería sería:
 1. «Sé exactamente qué debería hacer usted. Dígame a su médico que le pida alguna ayuda domiciliaria y pida a su hija que se vaya a vivir con usted durante algún tiempo.»
 2. «¿Cuáles piensa que son sus opciones cuando vaya a casa? Vamos a hablar sobre ellas.»
 3. «No tengo ni idea de lo que debe hacer.»
 4. «Oh, no me meto en el terreno del personal del alta. Mi trabajo acaba aquí, en el hospital.»
- 10** Un paciente dice al profesional de enfermería: «Ya no me queda nadie. Ojalá me muriera.» ¿Qué respuesta del profesional de enfermería bloquearía la comunicación adicional?
 1. «Oh, no piense en eso. Es demasiado deprimente.»
 2. «¿Le gustaría morir?»
 3. «Hábleme sobre esos sentimientos.»
 4. «¿No tiene a nadie?»

En el apéndice I pueden encontrarse las respuestas a las preguntas de revisión, así como un comentario del plan asistencial y el protocolo asistencial de pensamiento crítico.

Capítulo 6

Estrés y afrontamiento

BREVE sinopsis

Homeostasis

Adaptación al estrés

Respuesta de estrés

OBJETIVOS del aprendizaje

Al finalizar la lectura de este capítulo, usted será capaz de:

1. Explicar cómo el estrés afecta a una persona de forma aguda y crónica.
2. Diferenciar entre los métodos de afrontamiento adaptativos y maladaptativos.
3. Valorar los niveles de estrés de los pacientes.
4. Fomentar las capacidades de afrontamiento adaptativo de los pacientes.

**PLAN ASISTENCIAL
DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:**
Paciente con afrontamiento
ineficaz

**PROTOCOLO ASISTENCIAL
DE PENSAMIENTO CRÍTICO:**
Asistencia de un paciente
con dificultad
para el afrontamiento

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

Homeostasis

El estudio del estrés comienza con el concepto de homeostasis. La **homeostasis** es el estado de equilibrio dinámico del medio interno del cuerpo humano, que siempre se está ajustando en respuesta a los cambios internos y externos. Este medio interno estable es necesario para la supervivencia. La capacidad del cuerpo de mantener la homeostasis depende de miles de sistemas de control fisiológicos. Los mecanismos homeostáticos de nuestros cuerpos incluyen los sistemas que mantienen el equilibrio hídrico y electrolítico, la concentración de oxígeno e incluso los sistemas neuroendocrinos que influyen en la conducta (Porth, 2007).

Un agente estresante puede desequilibrar el equilibrio homeostático, igual que ocurriría si un niño se bajara de un balancín (fig. 6-1 ■). Un **agente estresante** es cualquier cosa que hace que la persona deje de mantener la homeostasis. El encéfalo ha evolucionado para buscar la homeostasis, por lo que inicia la **respuesta de estrés**, que es la reacción del cuerpo en un intento de restaurar la homeostasis (Sapolsky, 2004).



Figura 6-1. ■ Un agente estresante puede descompensar la homeostasis igual que un niño bajándose de un balancín. Fuente: PhotoEdit Inc.



Figura 6-2. ■ El cocodrilo sólo experimenta agentes estresantes fisiológicos. Fuente: Getty Images Inc.

Respuesta de estrés

En el reino animal en general los agentes estresantes son fenómenos fisiológicos. Por ejemplo, un cocodrilo (fig. 6-2 ■) puede experimentar estrés por hambre. Sin embargo, el cocodrilo no experimenta agentes estresantes psicológicos, como la angustia sobre si su pareja se sentirá decepcionada por la elección de un alimento. Sin embargo, los seres humanos con frecuencia experimentan estos agentes estresantes psicológicos («¿A mi marido le gustará el pastel de carne?» «¿Esta ropa me hace gorda?» «¿Cómo pagaré el alquiler?»).

El teórico Hans Selye (1976) describió el estrés como la respuesta fisiológica a los cambios que experimenta un organismo biológico. Encontró que la respuesta de estrés es una reacción corporal general. Independientemente de que una persona esté siendo perseguida por un cocodrilo hambriento o que tenga que subir a un escenario para aceptar un importante galardón, la reacción fisiológica será la misma. Esta reacción fisiológica a un agente estresante se denomina **respuesta de lucha o huida**. La adrenalina estimula el sistema nervioso simpático para que prepare el cuerpo para luchar contra el origen del peligro o para salir huyendo. Esta respuesta de estrés sólo es adaptativa cuando el agente estresante es una amenaza física. La figura 6-3 ■ ilustra cómo se ven afectados los diferentes sistemas orgánicos por la respuesta de lucha o huida.

Si mira con detalle las reacciones fisiológicas al estrés de la figura 6-3, puede ver cómo estas respuestas serían muy útiles para una persona que tuviera que enfrentarse a un peligro físico, como entrar en contacto con un cocodrilo. En esta emergencia ayudaría a las personas a sobrevivir si pudieran ver mejor con poca luz (pupilas dilatadas), pudieran correr más deprisa (derivación de la sangre desde el tubo digestivo hasta

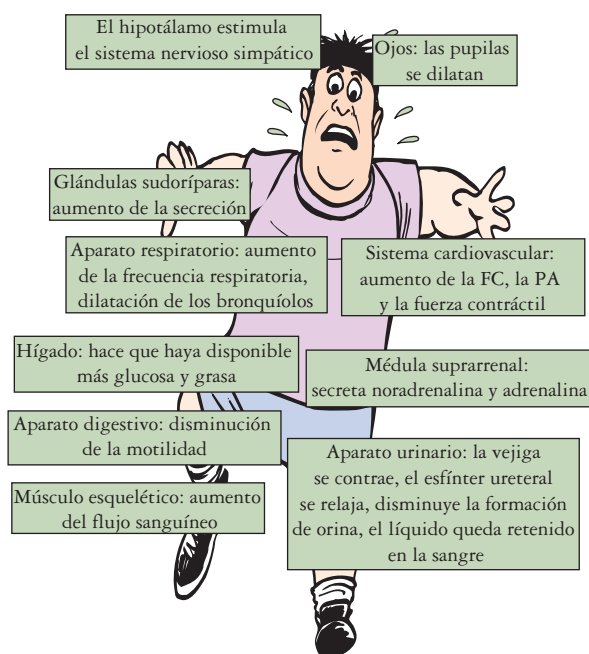


Figura 6-3. ■ La respuesta de lucha o huida.

el músculo esquelético) y tuvieran más energía para correr más (aumento de la disponibilidad de glucosa).

Lamentablemente, la mayoría de los agentes estresantes modernos no tiene que ver con que las personas sean perseguidas por cocodrilos. Los agentes estresantes en enfermería habitualmente son más parecidos a la presión por tener que atender a grupos de pacientes sin ayuda suficiente, la preocupación de que el paciente pueda sufrir si olvidamos algo, o la presión de administrar todos los fármacos según un régimen exacto a pesar de muchas interrupciones. Como el cuerpo humano responde con la misma reacción de estrés independientemente de que el agente estresante sea un cocodrilo o no poder llegar a tiempo al trabajo por un tráfico intenso, el síndrome de lucha o huida bombardea con frecuencia a las personas.

La exposición crónica a la estimulación del sistema nervioso simpático no es saludable. Aunque el aumento de la glucosa sanguínea es útil en caso de urgencia, una hiperglucemia prolongada produce astenia precoz y aumento del riesgo de diabetes de tipo 2. La respuesta de estrés inhibe la liberación de hormona de crecimiento. Con el paso del tiempo esto puede reducir el crecimiento de niños y dificultar la reparación de los tejidos en adultos. Una elevación crónica de la presión arterial puede aumentar el riesgo de accidente cerebrovascular, infarto de miocardio y nefropatía. La inhibición del sistema inmunitario aumenta el riesgo de infección a corto plazo e inhibe la inmunidad antitumoral a largo plazo (Sapolsky, 2004). Se afecta incluso el sistema reproductor. Los síntomas menstruales y premenstruales se hacen más intensos, y la concentración de testosterona y el recuento espermático disminuyen en situación de estrés crónico. También disminuye la fertilidad (Herzig, 2004).

VARIACIÓN INDIVIDUAL

La respuesta de estrés puede llegar a ser perjudicial, especialmente cuando es frecuente e intensa. Sin embargo, los propios agentes estresantes no producen enfermedades directamente. Distintas personas tienen distintas respuestas a agentes estresantes específicos. El mismo agente estresante potencial puede producir respuestas diferentes en personas diferentes (Porth, 2007).

Lazarus y Folkman (1984) describieron el estrés como una relación entre la persona y su entorno. Las personas pueden considerar que una experiencia pone a prueba sus recursos o amenaza su bienestar, lo que haría que el acontecimiento fuera estresante. Es la *percepción* por la persona del acontecimiento lo que hace que sea estresante. Una persona a la que se aplica una vacuna cuando se le han administrado varias previamente sin problemas puede no estar preocupada por ella (y no experimenta respuesta de estrés). Otra persona, cuyo padre murió por un choque anafiláctico después de una inmunización, puede estar aterrada (y tendrá una respuesta de estrés intensa). La figura 6-4 ■ muestra algunos posibles agentes estresantes. La capacidad de cada una de las situaciones de producir la respuesta de estrés dependerá de cómo lo percibe una persona. ¿Cuáles le producirían a usted el máximo estrés?

ALERTA clínica

No es el propio acontecimiento lo que determina la intensidad de la respuesta de estrés para el paciente, sino que el significado que tiene el acontecimiento para el paciente es lo que le da su significado. El profesional de enfermería debe evaluar al paciente para detectar actitudes personales en relación con los problemas sanitarios y tratar a todos los pacientes según sus necesidades individuales.

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

EFFECTO DE LA CULTURA SOBRE LA RESPUESTA DE ESTRÉS

La cultura es el patrón aprendido de valores, actitudes, roles, comunicación y conducta que se transmite de una generación a la siguiente. El origen cultural de una persona afecta a cómo la persona percibe los acontecimientos del mundo. La cultura afecta a la conducta de una persona y a los significados de diversos acontecimientos vitales (y, por tanto, a cómo se percibe que son de estresantes algunos acontecimientos). Véase el cuadro 6-1 ■, «Consideraciones culturales». Por ejemplo, una fractura de la mano derecha en una paciente diestra que precisa una escayola puede ser especialmente estresante si la paciente procede de Oriente Próximo, donde se considera que la mano izquierda es impura. Esta paciente no podría tocar por cortesía a las personas, realizar gestos ni pasar siquiera alimentos u otros objetos a otras personas con la mano izquierda, por



Figura 6-4. ■ Los posibles agentes estresantes incluyen (1) multitudes, (2) exámenes, (3) dificultades en la crianza de los hijos, y (4) el tráfico. Los factores individuales influyen en la magnitud de la respuesta de estrés que puede percibir una persona en cada una de estas situaciones. ¿Qué situación le produce más estrés? Fuente: (1) Corbis/Bettmann; (2) Ellen Senisi; (3) PhotoEdit Inc; (4) AP Worldwide Photos.

CUADRO 6-1

CONSIDERACIONES CULTURALES

Efectos de la cultura sobre los síntomas y signos de estrés

Las culturas europea occidental y norteamericana generalmente esperan que el estrés emocional se exprese emocionalmente y que el estrés físico se exprese físicamente. Por el contrario, la mayoría de las culturas africanas, asiáticas y centroamericanas esperan que las personas expresen el sufrimiento emocional con manifestaciones físicas (Gonzales, Griffith y Ruiz, 2001). Por ejemplo, un paciente de México, Nigeria o Vietnam puede tener dolor abdominal o cefalea cuando está preocupado o sometido a estrés psicológico. Para ser sensibles a la cultura, los profesionales de enfermería deben reconocer que el malestar físico del paciente puede tener causas emocionales y deben incluir esta posibilidad en las valoraciones de enfermería.

lo que tendría más estrés y se sentiría más discapacitada que una paciente estadounidense de origen europeo con la misma lesión, que considera que trabajar con la mano dominante es únicamente un inconveniente.

Adaptación al estrés

Todos experimentamos estrés en nuestra vida cotidiana. Las personas pueden responder de una forma saludable que fomenta o mantiene el desarrollo, o de una forma que desintegra la salud. Estas respuestas (**mecanismos de afrontamiento**) forman parte de nuestro patrón de conducta en reacción al estrés. La **adaptación** es la conducta que mantiene la integridad del individuo. Es una respuesta saludable al estrés y a los episodios vitales. La **maladaptación** es una conducta

TABLA 6-1

Factores que afectan la capacidad de adaptarse a un agente estresante

FACTOR	EXPLICACIÓN	EJEMPLO
Edad	La capacidad de adaptarse está reducida en personas muy jóvenes y ancianos.	Un lactante y un anciano tienen mayor probabilidad de tener deshidratación cuando pasan mucho tiempo al sol.
Estado de salud	Una enfermedad grave o crónica puede reducir la reserva de energía y la capacidad de curación de un paciente cuando se enfrenta a un nuevo agente estresante. Una buena nutrición y un sueño adecuado pueden mejorar la capacidad de adaptarse.	Un paciente con cáncer puede tener más dificultad para adaptarse al traslado a un nuevo hogar o para recuperarse de una caída.
Experiencias previas	La experiencia previa del individuo en una situación similar puede ayudar (aprendiendo estrategias para el éxito) o dificultar (generando la anticipación de un resultado malo) la capacidad de adaptarse esta vez.	Como le picó una abeja en el campamento el año pasado, un niño llora cuando sus padres le preparan para ir este año.
Genética	Un antecedente familiar de enfermedades psicológicas o físicas, la inteligencia y la fuerza o debilidad física pueden afectar a la capacidad de afrontar los agentes estresantes.	Una persona que siempre ha sido fuerte y ha estado sana puede recuperarse rápidamente de una operación.
Recursos	La disponibilidad de recursos económicos, personales (como madurez) y sociales, y habilidades de afrontamiento, mejora la capacidad del individuo de adaptarse.	Una persona sin trabajo, con condiciones de vida poco seguras, sin amigos y con pocas habilidades de afrontamiento tiene dificultad para adaptarse a la diabetes.

no saludable que altera la integridad del individuo (Roy, 1976). Si un profesional de enfermería tuviera un día difícil en el trabajo, algunas formas adaptativas de aliviar el estrés serían hablar con alguien sobre lo que ha ocurrido, ir a dar un paseo o darse un baño caliente. Las respuestas maladaptativas serían dar una patada al perro, sentarse solo y estar preocupado, o beber alcohol.

Las personas se comportan de formas positivas y negativas cuando manejan o afrontan el estrés (Lazarus y Folkman, 1984; Roy, 1976).

RESPUESTAS POSITIVAS (ADAPTATIVAS) AL ESTRÉS

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

RESPUESTAS NEGATIVAS (MALADAPTATIVAS) AL ESTRÉS

- **Evitación.** Elegir no afrontar la situación. Los sentimientos negativos se pueden hacer crónicos.
- **Autoinculparse.** Autoinculparse quita el énfasis al trabajo para la resolución del problema. Los sentimientos se refieren al propio yo y no al problema.

- **Fantasear.** Pensar que «todo irá bien» hasta el punto de llegar a no hacer nada para que esto suceda. Es una forma de negación.

La capacidad de una persona de adaptarse a un agente estresante depende de varios factores (tabla 6-1 ■). Los profesionales de enfermería deben tener en consideración estos aspectos cuando planifiquen la asistencia. El fomento de la capacidad de un paciente de adaptarse a los agentes estresantes es una parte importante de la promoción de la salud.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

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

VALORACIÓN

Una parte de la valoración de enfermería al ingreso de todos los pacientes debería ser determinar los agentes estresantes actuales del paciente. Si un paciente ingresa en el servicio de urgen-

cias con una fractura, es útil saber que esta persona acaba de perder el trabajo, su esposa le ha abandonado y su perro está enfermo. Puede necesitar estrategias de afrontamiento tanto como necesita el tratamiento de la fractura.

Además de preguntar sobre los agentes estresantes del paciente, el profesional de enfermería también debe valorar los patrones de afrontamiento del paciente. Algunos ejemplos de preguntas para valorar el estrés y el afrontamiento de un paciente son:

- «¿Cómo le afecta esto?» (*para evaluar la gravedad del agente estresante para el paciente*)
- «¿Cómo se siente por esto?» (*para ver cómo afecta a la situación emocional del paciente*)
- «¿Qué hace usted habitualmente cuando le ocurre algo parecido a esto?» (*para evaluar la conducta de afrontamiento habitual*)
- «¿Puede pensar en algo que pueda hacer sobre esto?» (*para evaluar las estrategias de afrontamiento*)
- «¿A quién puede pedir que le ayude en esto?» (*para evaluar los recursos de apoyo social del paciente*)

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

Afrontamiento ineficaz suele ser un diagnóstico de enfermería en personas con estrés que no pueden realizar una valoración válida de los agentes estresantes y tienen elecciones inadecuadas de respuestas positivas y/o imposibilidad de utilizar los recursos disponibles. Las posibles *etiologías* (causas) de este problema son crisis situacional, vulnerabilidad personal, sistema de apoyo inadecuado, habilidades de afrontamiento inadecuadas y miedo al fracaso.

Hay varias estrategias para enfrentarse al estrés. El abordaje más eficaz para controlar el estrés de la vida cotidiana es el abordaje cognitivo-conductual. Se puede ver en el capítulo 3 una descripción de las teorías relacionadas con la terapia *cognitiva* (pensamiento y enseñanza) y *conductual* (práctica).

El *abordaje cognitivo* se centra en la educación del paciente o en ayudar al paciente a pensar en el problema. Mantener un diario es una terapia cognitiva eficaz. Mantener un diario informativo de los acontecimientos, actividades y sentimientos cotidianos puede mostrar mucho sobre los agentes estresantes de la vida de una persona. Tras identificar los agentes estresantes en el diario, el paciente puede examinar sus prioridades y objetivos. Si las actividades que producen estrés no satisfacen los propios objetivos del paciente, ¿se las puede dejar de lado? El paso siguiente es cambiar las actividades productoras de estrés por las actividades que alivien el estrés (Varcarolis, Carson y Shoemaker, 2005).

El **reencuadre cognitivo**, según la descripción de Lazarus y Folkman (1984), indica la reestructuración de las creencias irracionales o contraproducentes. Se sustituyen las creencias irracionales por afirmaciones adaptativas positivas. Los ejemplos son sustituir «nunca lo hago bien en el colegio» por «si estudio mucho, tengo más posibilidades de hacerlo bien en el colegio», o sustituir «tengo miedo de hablar con los pacientes» por «puedo

hablar con los pacientes como con cualquier otra persona» (Varcarolis y cols., 2005). El profesional de enfermería podría explicar el reencuadre cognitivo así: «Cuando las personas habitualmente se dicen cosas negativas a sí mismas, empiezan a creerlas. Para cambiar el pensamiento negativo, usted debe cambiar esas afirmaciones negativas. Conviértalas en afirmaciones positivas, como: “Puedo controlar mi diabetes si me centro en ella”».

La resolución de problemas es una estrategia de afrontamiento adaptativo excelente. Después de una evaluación objetiva de la situación, se puede utilizar el modelo de resolución de problemas/toma de decisiones (Townsend, 2005):

1. Evaluar los datos de la situación.
2. Formular objetivos para resolver el problema.
3. Estudiar las opciones alternativas para afrontar la situación.
4. Determinar los riesgos y beneficios de cada alternativa.
5. Seleccionar una alternativa.
6. Aplicar la alternativa elegida.
7. Evaluar el resultado de la alternativa aplicada.
8. Si la primera opción no es eficaz, seleccionar y aplicar otra alternativa.

Los *abordajes conductuales* incluyen decir al paciente que intente una nueva conducta reductora del estrés. La conducta se reforzará mediante la reducción del estrés y después será más probable que se repita. La formación en asertividad, en la que el paciente practica la actuación de forma asertiva, es una terapia conductual eficaz. La tabla 6-2 ■ ofrece ejemplos de los diferentes niveles de asertividad.

Un abordaje que ayuda con el estrés en las relaciones es practicar pedir de forma asertiva a los demás que modifiquen su conducta (pedir que se satisfagan las propias necesidades, tratar a la otra persona con respeto).

El profesional de enfermería puede enseñar al paciente a utilizar un método en tres fases para pedir de forma asertiva un cambio de conducta. Los profesionales de enfermería también pueden utilizar esta técnica ellos mismos.

1. Cuando usted _____ (rellene el espacio en blanco de una forma no acusadora ni amenazante, describiendo la conducta que quiere modificar; por ejemplo, Cuando usted me pone tantos deberes para casa)
2. Me siento _____ (rellene el espacio en blanco con sus sentimientos, no opiniones; por ejemplo, Me siento superado)
3. Me gustaría que usted _____ (rellene el espacio en blanco con lo que quiere que se cambie; haga referencia a la conducta, no a la persona; por ejemplo, Me gustaría que nos pusiera menos tareas de lectura en todo excepto en el libro de enfermería de salud mental, que me encanta)

Algunas otras estrategias conductuales son la relajación muscular progresiva y la biorretroalimentación (que precisa formación especial).

TABLA 6-2

Niveles de asertividad

NIVELES DE ASERTIVIDAD	DEFINICIÓN DE LA CONDUCTA	EJEMPLO
Pasivo	La persona <i>pasiva</i> satisface las necesidades de los demás, sin pedir que se satisfagan sus propias necesidades.	«Está bien, toma mi helado. No lo quería, de todos modos.»
Asertivo	La persona <i>asertiva</i> pide que se satisfagan sus propias necesidades, con una preocupación respetuosa por las necesidades de los demás.	«Por supuesto, te llevaré en coche a trabajar hoy. ¿Me llevarás tú el martes, porque mi hermana tiene que utilizar mi coche?»
Agresivo	La persona <i>agresiva</i> exige que se satisfagan sus propias necesidades, sin ninguna consideración por las necesidades de los demás.	«Quiero jugar ahora. No me importa que pienses que es tu turno.»

Autocomprobación crítica. Hay muchos fármacos que tratan la respuesta de estrés, como las benzodiazepinas (diazepam y lorazepam). ¿Por qué los abordajes de enfermería que se proponen en este libro son una primera estrategia más saludable para el manejo del estrés que los fármacos?

Otras estrategias para el manejo del estrés incluyen:

- Escuchar música (la debe seleccionar el paciente, porque los gustos musicales son muy personales).
- Comunicación interpersonal con otra persona atenta. Hablar sobre el problema con un amigo puede detener la progresión del estrés (Townsend, 2005).
- Mascotas. Las mascotas, especialmente perros y gatos, dan amor incondicional. Son una vía de escape para nuestra propia expresión de afecto. Pueden ayudar a la socialización de personas con deterioro cognitivo. Las mascotas incluso pueden reducir la presión arterial de personas con estrés mental (Allen, Shykoff e Izzo, 2001).
- La meditación entrena la mente para desarrollar mayor tranquilidad y para utilizar después esa tranquilidad para tener una mayor introspección. Se ha demostrado que reduce la presión arterial. La meditación también puede ayudar a las personas a desarrollar estrategias para la reducción del estrés, realizar elecciones adaptativas en situación de presión e implicarse más en la vida (Kabat-Zinn, 1993).
- Los ejercicios respiratorios han ayudado a las personas a manejar las molestias del parto y a reducir el estrés en situaciones más cotidianas. Funcionan en parte ayudando a los pacientes a interrumpir los pensamientos estresantes y acallando la confusión mental, y en parte por distracción.
- El ejercicio aeróbico aumenta la liberación de endorfinas, lo que produce sensación de bienestar. Mejora el estado de ánimo. El ejercicio aeróbico reduce la ansiedad, la depresión y la sensibilidad a los episodios estresantes (Salmon, 2000).

Autocomprobación crítica. ¿Cuáles de estas estrategias de manejo del estrés utiliza usted? ¿Está dispuesto a utilizar otra?

EVALUACIÓN

El profesional de enfermería puede plantear las siguientes preguntas para evaluar si el paciente ha conseguido los resultados deseados en relación con el Afrontamiento ineficaz:

- ¿El paciente puede identificar el origen del estrés?
- ¿El paciente puede identificar qué conductas son maladaptativas?
- ¿El paciente utiliza habilidades eficaces de afrontamiento o de resolución de problemas?
- ¿Puede el paciente pedir ayuda?
- ¿Puede el paciente identificar recursos para obtener ayuda para la resolución de problemas?
- ¿Está dispuesto el paciente a iniciar el cambio del estilo de vida necesario para afrontar los agentes estresantes de una forma adaptativa (saludable), y es capaz de hacerlo?

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Paciente con afrontamiento ineficaz

Un estudiante universitario de 19 años de edad, Casey James, ha ingresado en una unidad quirúrgica después de una operación de urgencia para resear un apéndice perforado. Casey parece muy enfadado, criticando al personal y exigiendo que alguien «arregle» la bomba de anestesia controlada por el paciente (ACP) para que administre más medicación. Puntúa su dolor con «11» en una escala de 1 a 10. Pulsa continuamente el botón de llamada y se niega a seguir las órdenes del médico de deambular. Dice al profesional de enfermería que tiene

demasiado dolor incluso para moverse. No colabora con los ofrecimientos de ayudarlo a bañarse. Insiste en utilizar la cuña o el orinal en lugar de levantarse para utilizar el servicio.

Valoración. En su conversación con Casey, el profesional de enfermería descubre que los síntomas de apendicitis comenzaron durante su primer examen final, lo que no le permitió realizar todo el examen final ni los otros tres exámenes finales que tenía previstos. Está seguro de que los profesores le suspenderán, y realmente quiere tener éxito. Es la primera persona de su familia que ha ido a la universidad. Además, Casey no tiene coche y había organizado un viaje a casa en vacaciones con un amigo que también vive en la misma pequeña ciudad, a 500 km de la universidad. Su amigo tuvo que marcharse sin él. No tiene familia aquí, aunque tiene a su madre y una hermana en su casa. Admite su ira y su frustración y dice al profesional de enfermería que no sabe qué va a hacer. Estaba esperando con muchas ganas el mes de vacaciones. No sabe cómo acabará sus trabajos escolares, y no sabe cómo ir a casa. Dice: «Simplemente odio estar aquí».

Diagnóstico. En este paciente se identificaron tres diagnósticos de enfermería:

- Afrontamiento ineficaz, relacionado con una crisis situacional y ausencia de sistema de apoyo inmediato
- Impotencia, relacionada con una ausencia percibida de control sobre la situación
- Incumplimiento del régimen terapéutico, relacionado con ira sobre la situación

Resultados esperados. Los resultados esperados para el paciente con el plan asistencial son:

- El paciente debe manifestar verbalmente dos opciones de conductas de afrontamiento que sean adecuadas para su situación.
- El paciente debe identificar dos áreas de su situación en las que pueda demostrar que tiene control.
- El paciente debe deambular por la unidad quirúrgica al menos tres veces al día, según lo prescrito en las órdenes médicas.

Planificación y aplicación. El profesional de enfermería aplicará las siguientes intervenciones:

- Pasar tiempo hablando con el paciente. Animarle a expresar sus sentimientos sobre su situación (no haber acabado los exámenes finales y no ir a casa durante las vacaciones escolares). El paciente expresa ira, pero no sus sentimientos, que probablemente sean tristeza, frustración, miedo y pérdida. *El paciente puede empezar a afrontar sus sentimientos cuando reconozca cuáles son.*
- Discutir los recursos para la resolución de problemas que tiene el paciente. ¿Tiene un asesor académico? ¿Se puede

poner en contacto con sus profesores? ¿Hay un vicerrector de estudiantes? *Cuando un paciente está bloqueado por la ira, puede no ser capaz de plantearse estrategias para la resolución de problemas. Después de haber identificado sus sentimientos reales, probablemente pueda pasar a la resolución de problemas. Las propuestas por el profesional de enfermería de posibles recursos le pueden llevar a empezar a reconocer que sí tiene recursos y a establecer prioridades sobre cuáles utilizará primero. Es probable que el paso de la ira a la resolución de problemas haga que el paciente sienta que tiene más control.*

- El paciente tenía previsto visitar a su familia en vacaciones. Hacer preparativos para que pueda hablar con ellos por teléfono. Derivar al paciente al trabajador social. Él, o el capellán, puede organizar el transporte de su madre y de su hermana en autobús hasta el hospital para verle si no pudiera ir a casa. Permitir que participe en toda la planificación y toma de decisiones. *Se puede producir impotencia por estar en una nueva situación sin conocer las posibilidades o alternativas. La inclusión de los pacientes en la toma de decisiones, incluso pequeños aspectos de la asistencia de enfermería, puede impartir una sensación de control en una situación en la que el paciente tiene la sensación de que no tiene control.*
- Cuando el paciente exprese sus sentimientos reales en lugar de ira, es probable que colabore mejor con el plan terapéutico. Enseñarle por qué es importante la deambulación y esperar que participe en su tratamiento. Los pacientes enfadados habitualmente deben afrontar la ira como prioridad antes de las otras actividades. *Los pacientes que comprenden el plan terapéutico tienen mayor probabilidad de cumplirlo.*

Evaluación. Casey respondió bien al tratamiento y se le dio de alta 5 días después de la operación. Pudo ir en autobús a su casa con su familia a pasar las vacaciones. Se puso en contacto con todos sus profesores y todos accedieron a permitirle realizar los exámenes finales debido a las circunstancias médicas.

Pensamiento crítico en el proceso de enfermería

1. ¿Cuál habría sido el posible resultado si Casey no hubiera adoptado el abordaje de afrontamiento activo de ponerse en contacto con los profesores en relación con no haber realizado los exámenes finales?
2. ¿Por qué Casey era menos colaborador cuando estaba enfadado?
3. ¿Habría sido el inicio súbito de la apendicitis diferente si Casey hubiera tenido los síntomas 1 semana antes de sentirse mal?

Nota: En el apéndice I puede encontrarse un comentario sobre las preguntas de pensamiento crítico.

Nota: La bibliografía y los recursos de este y el resto de capítulos se han reunido al final del libro.

Revisión del capítulo

TÉRMINOS CLAVE

adaptación

agente estresante

homeostasis

maladaptación

mecanismos de afrontamiento

reencuadre cognitivo

respuesta de estrés

respuesta de lucha o huida

PUNTOS clave

- El estrés se ha convertido en una epidemia en nuestra sociedad.
- La respuesta de estrés actúa para alertar al individuo sobre una amenaza y para devolver al cuerpo a la homeostasis. Cuando perdura después de que el agente estresante se haya resuelto, o si se activa con demasiada frecuencia, es más probable que se produzcan algunas enfermedades.
- Las personas pueden responder al estrés de forma adaptativa o maladaptativa.
- La respuesta de estrés comienza con la respuesta de lucha o huida.
- La respuesta de estrés es inespecífica, lo que significa que el cuerpo responde de la misma forma independientemente de cuál sea el agente estresante.
- El grado de estrés producido por un acontecimiento depende de cómo lo percibe el individuo. Dos personas que experimentan el mismo acontecimiento pueden sentir diferentes cantidades de estrés en relación con el mismo.
- La cultura afecta a cómo perciben y reaccionan las personas a los episodios estresantes.
- Hay muchos abordajes para el manejo del estrés.
- Los profesionales de enfermería experimentan muchos agentes estresantes de origen laboral y deben realizar autocuidados.



EXPLORE MediaLink

Pueden encontrarse recursos interactivos adicionales en la página web complementaria www.prenhall.com/eby. Haga clic en «Chapter 6» y en «Begin» para seleccionar las actividades de este capítulo.

- Audio glossary
- NCLEX-PN® review
- Case study
- Study outline
- Critical thinking questions
- Matching questions
- Weblinks

Protocolo asistencial de pensamiento crítico

Asistencia de un paciente con dificultad para el afrontamiento

Área de interés del examen NCLEX-PN®: Integridad psicosocial

Estudio de un caso: Julio Hernández es un varón de 37 años de edad que ingresó en el hospital con una fractura de pelvis. Tuvo la fractura en un accidente de tráfico en el que iba como pasajero. Trabaja como ingeniero. El Sr. Hernández lleva ingresado en el hospital durante 3 días y su dolor está controlado. La actividad prescrita es reposo en cama. Está inquieto, se mueve mucho en la cama y tiene dificultad para dormir. Tiene una sonda urinaria residente y una infusión i.v. Su esposa, Elena, afirma que habitualmente no está tan ansioso. Cuando sus hijos vienen a visitarle, el profesional de enfermería observa que uno de ellos camina con una ortesis en la pierna.

Diagnóstico de enfermería: Afrontamiento ineficaz

RECOPILE DATOS

Subjetivos

Objetivos

¿Informaría usted de estos datos? Sí/No

Si así lo hiciera, ¿a quién? _____

Asistencia de enfermería

¿Cómo lo verificaría? _____

Compare su verificación con el ejemplo proporcionado en el apéndice I.

Datos recopilados

(use todos los correctos)

- Peso 80 kg
- PA 160/96
- Temperatura 37,1 °C, timpánica
- Pulso 100; frecuencia respiratoria 22
- El paciente afirma: «No puedo manejar todo este estrés. Me está matando».
- Emisión de 725 ml de orina amarilla y transparente en este turno
- Pulmones claros, sin dificultad respiratoria
- La esposa del paciente afirma: «Habitualmente no está tan ansioso».
- La esposa del paciente afirma: «Su padre murió hace 1 mes en un hospital en México».
- El paciente agarra la colcha o da un tirón cuando alguien toca la sonda o la vía i.v.
- En ocasiones el paciente inclina la parte superior del cuerpo hacia delante y hacia detrás.
- La esposa del paciente afirma: «Tiene problemas en el trabajo».
- La piel está intacta, sin lesiones, con un color de fondo rojo normal.

Intervenciones de enfermería

(use todas las correctas, colóquelas en orden de prioridad)

- Verificar los signos vitales cada hora.
- Monitorizar el débito urinario cada hora.
- Decir al paciente: «¿Qué quiere decir cuando afirma “el estrés me está matando”?»
- Preguntar al paciente: «Además de la fractura de pelvis, ¿qué otras cosas son estresantes para usted ahora?»
- Evaluar el apoyo social del paciente preguntando: «¿Quién le puede ayudar con estos problemas?»
- Evaluar las estrategias de afrontamiento del paciente preguntando: «¿Qué va a hacer para manejar estos problemas?»
- Decir al paciente: «No se preocupe, todo saldrá bien».
- Decir al paciente: «Parece ansioso cuando toca el catéter o la vía i.v. ¿Me quiere hablar sobre esto?»
- Decir al paciente: «Su esposa me ha dicho que su padre murió recientemente. Eso debe ser duro para usted».
- Ofrecer con frecuencia el orinal.
- Decir al paciente: «Parece que está sometido a mucho estrés. Voy a pedir al médico que le dé un fármaco sedante».

Preparación del examen NCLEX-PN®

CONSEJO PARA PASAR LA PRUEBA

Lea todas las opciones. A veces la primera parece buena y usted la elige. Podría no darse tiempo para averiguar que «C» es realmente la mejor respuesta. Como en la enfermería, en el examen NCLEX-PN® varias opciones pueden parecer buenas. Léalas todas para poder decidir cuál responde *mejor* a la pregunta.

- 1** Un profesional de enfermería atiende a un paciente que ingresó en el hospital por neumonía. El paciente está apretando continuamente los puños, se niega a comer y tiene dificultad para dormir. Puede estar teniendo estrés por algo más que su enfermedad actual. Si recientemente le hubieran ocurrido todos los siguientes acontecimientos a este paciente, ¿cuál sería el origen más probable de su evidente estrés?
 1. Promoción en el trabajo
 2. Reconocimiento por 25 años de servicio en su empresa
 3. Divorcio
 4. Multa por una infracción leve de tráfico
- 2** De acuerdo con la teoría de Hans Selye de una reacción corporal general a cualquier agente estresante, ¿cuál de los siguientes síntomas podría tener un paciente preocupado por los resultados de su radiografía?
 1. Hipoglucemia
 2. Aumento de la frecuencia cardíaca
 3. Aumento del débito urinario
 4. Pupilas contraídas
- 3** ¿Cuáles de las siguientes enfermedades físicas pueden estar producidas por la estimulación continua del sistema nervioso simpático?
 1. Hipoglucemia
 2. Glaucoma
 3. Enfermedad cardiovascular
 4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- 4** Como profesional de enfermería, usted estaría más preocupado por la respuesta de estrés de un paciente que ingresa en el hospital si usted supiera que:
 1. Su mujer murió recientemente en el mismo hospital.
 2. Este era su primer ingreso hospitalario.
 3. Esta era su primera enfermedad grave.
 4. Está preocupado por perderse el primer partido de fútbol de su hijo.
- 5** ¿Cuál de los siguientes pacientes probablemente sea más susceptible a los efectos negativos del estrés?
 1. Un adolescente que vive en su casa con un único progenitor
 2. Una viuda anciana y pobre que tiene dolor de espalda crónico por osteoporosis
 3. Una mujer casada joven con su primera gestación
 4. Un hombre de negocios de éxito con una fractura de cadera
- 6** ¿Cuál de los siguientes pacientes maneja el estrés de forma adaptativa?
 1. El paciente evalúa una situación para ver por qué responde de una forma tan estresada.
 2. El paciente evita afrontar el agente estresante, asumiendo que desaparecerá pronto.
 3. El paciente asume que es responsable de la situación y, por tanto, tiene las cosas controladas.
 4. El paciente adopta una actitud de «después de la tempestad viene la calma» ante todos los episodios que le provocan estrés.
- 7** Una paciente que acaba de ingresar tiene una herida por arma de fuego accidental en el muslo. Afirma que está preocupada porque podría perder el trabajo si tuviera que estar mucho tiempo en el hospital. Elija la mejor respuesta para el profesional de enfermería.
 1. «Es demasiado pronto para preocuparse por eso justo ahora.»
 2. «Usted tiene un médico muy bueno. Estoy seguro de que no estará aquí mucho tiempo.»
 3. «Veo que realmente esto le preocupa. Hablemos sobre ello.»
 4. «¿Tiene antecedentes de problemas de asistencia en el trabajo?»
- 8** El diagnóstico de enfermería de afrontamiento ineficaz es adecuado en una paciente que:
 1. Discute su estrés de forma abierta y con frecuencia con su familia y sus amigos.
 2. Decide no discutir el origen de su estrés.
 3. Escribe todos los días sobre sus sentimientos en un diario privado.
 4. Pide ver al capellán del hospital para rezar.
- 9** Seleccione la mejor técnica de manejo del estrés que usted podría proponer a un paciente confinado a la cama:
 1. Beber té herbal.
 2. Practicar relajación muscular progresiva.
 3. Practicar ser agresivo con los que le han causado estrés en el pasado.
 4. Comprarse un gato o un perro.
- 10** El paciente ha expresado un estrés extremo en relación con su situación actual de nefropatía crónica. Ha enviudado recientemente y su esposa era la que conducía debido a la mala visión del paciente.

Ahora le han dicho que debe comenzar diálisis renal. El profesional de enfermería y el paciente acuerdan que es adecuado un diagnóstico de enfermería de «Afrontamiento ineficaz relacionado con una crisis situacional». Seleccione las intervenciones de enfermería adecuadas de las siguientes opciones.

 1. Pida al paciente que enumere todos los orígenes del estrés que perciba.
 2. Tranquile al paciente diciéndole que todo saldrá bien.
 3. Revise los recursos comunitarios para determinar los medios de transporte alternativos para acudir a diálisis.
 4. Edúquele sobre los métodos de diálisis disponibles.
 5. Pregúntele si está seguro de que la diálisis es necesaria en este momento.
 6. Pida en su nombre al médico un fármaco que le alivie el estrés.

En el apéndice I pueden encontrarse las respuestas a las preguntas de revisión, así como un comentario del plan asistencial y el protocolo asistencial de pensamiento crítico.

Psicobiología y psicofarmacología

BREVE sinopsis

PSICOBIOLOGÍA

Trastornos mentales

Anatomía y función del
encéfalo

Genética de las enfermedades
mentales

Sistema neuroendocrino

PSICOFARMACOLOGÍA

Farmacocinética

Farmacodinámica

OBJETIVOS del aprendizaje

Al finalizar la lectura de este capítulo, usted será capaz de:

1. Enseñar a los pacientes la base biológica de los principales trastornos mentales.
2. Reforzar la educación de los pacientes sobre los efectos deseados y los efectos adversos de los fármacos psicotrópicos.
3. Administrar de forma segura y eficaz fármacos psicotrópicos.
4. Aplicar el proceso de enfermería a pacientes que reciben fármacos psicotrópicos.

**PLAN ASISTENCIAL
DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:**
Paciente con disposición para
mejorar los conocimientos

**PROTOCOLO ASISTENCIAL
DE PENSAMIENTO CRÍTICO:**
Asistencia de un paciente que
toma fármacos psicotrópicos

Existe un error conceptual frecuente de que los trastornos mentales están bajo el control del paciente, de que las personas simplemente se pueden «animar» o pueden «superarlo». Es posible que los amigos y familiares digan: «¿qué tienes para estar deprimido?» o «¡contrólate!», o «yo nunca tomaría fármacos que me afectaran a la mente». Debido al estigma aso-

ciado a la enfermedad mental, las familias con frecuencia quieren culpar al consumo de fármacos, a un episodio vital o a los propios pacientes por sus trastornos mentales. Dejar clara a las familias de los pacientes la realidad de los trastornos mentales es tarea del equipo de salud mental, incluyendo los profesionales de enfermería.

PSICOBIOLOGÍA

Los principales trastornos mentales (esquizofrenia, trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar) están producidos por trastornos de la estructura y la función del encéfalo. El inicio, los síntomas y los signos de estos trastornos pueden variar de unas personas a otras debido a diferencias individuales, experiencias vitales y factores culturales, aunque los propios trastornos están producidos por alteraciones fisiológicas del encéfalo. Los principales trastornos mentales tienen algunos síntomas que son similares a los problemas que producen las experiencias vitales. Este hecho hace que el diagnóstico de los trastornos mentales sea más difícil, y puede hacer que los familiares estén confundidos sobre qué ha producido la conducta de su ser querido. Una persona que ha experimentado una pérdida puede estar muy triste, casi como una persona con depresión. Una persona que tiene muchos agentes estresantes vitales puede tener pocas habilidades sociales, como una persona con esquizofrenia. Sin embargo, estas personas no tienen enfermedad mental. Tienen un síntoma, pero no un trastorno del encéfalo.

Trastornos mentales

Los trastornos mentales producen alteraciones de la cognición (pensamiento), los sentimientos y la conducta. Las alteraciones anatómicas y fisiológicas del encéfalo son los principales factores causales de los trastornos mentales. Sin embargo, las personas con trastornos mentales responden claramente mejor a un tratamiento que incluya un abordaje holista. El tratamiento de salud mental tiene su máxima eficacia cuando incluye la participación activa del paciente, *fármacos psicotrópicos* (fármacos que afectan al ambiente), una relación terapéutica de confianza y terapias cognitivas y conductuales.

Los criterios diagnósticos de los trastornos mentales se incluyen en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; American Psychiatric Association, 2000). El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) describe los síntomas y signos conductuales, del estado de ánimo y cognitivos específicos de cada trastorno mental. En los capítulos sobre los trastornos mentales específicos se incluirán pasajes del manual DSM.

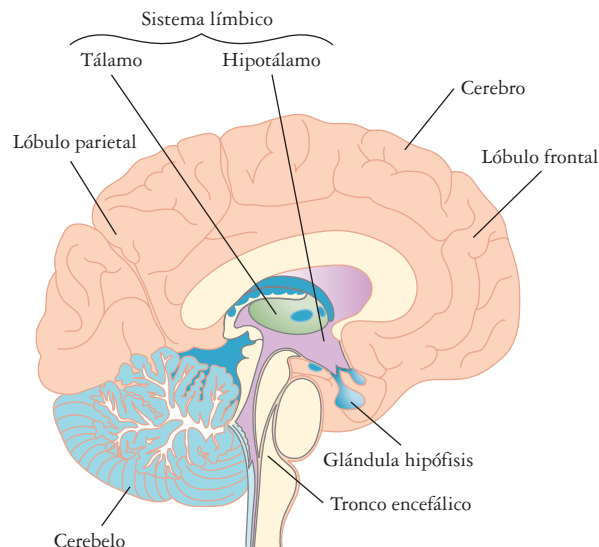


Figura 7-1. ■ Anatomía del encéfalo.

Anatomía y función del encéfalo

El encéfalo se divide en cerebro, sistema límbico, tronco encefálico y cerebelo. La figura 7-1 ■ muestra la anatomía del encéfalo. La tabla 7-1 ■ muestra un resumen de las estructuras y funciones del encéfalo, incluyendo las implicaciones psiquiátricas de las alteraciones de áreas específicas del encéfalo.

El trabajo del encéfalo humano está realizado por aproximadamente 100.000 millones de neuronas. Las neuronas están todas interconectadas entre sí, de forma que una neurona media recibe aferencias de 1.000 a 10.000 neuronas vecinas. La figura 7-2 ■ muestra una microfotografía electrónica de neuronas del encéfalo reales. Las complejidades de las conexiones del encéfalo humano son actualmente incomprensibles (Torrey, 2001). Se están buscando las respuestas a preguntas sobre las causas exactas de los trastornos del encéfalo como esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar, y qué permite tratar estos trastornos de forma específica y eficaz. Aunque rápidamente se dispone de nueva información, se usan algunos tipos de tratamiento porque son eficaces en el alivio de los síntomas de los pacientes, y no porque se conozca por completo su mecanismo de acción.

TABLA 7-1

Anatomía y función del encéfalo

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

(Continúa)

TABLA 7-1		
Anatomía y función del encéfalo (cont.)		
ESTRUCTURA DEL ENCÉFALO	FUNCIÓN	IMPLICACIONES PARA LOS TRASTORNOS MENTALES
Protuberancia	Conduce información motora y postural hasta el cerebelo. Controla los reflejos. La noradrenalina se sintetiza en la protuberancia.	La actividad de la noradrenalina está reducida en la depresión y aumentada en la esquizofrenia.
Bulbo raquídeo	El bulbo raquídeo controla la respiración, regula la presión arterial y regula parcialmente la frecuencia cardíaca, el vómito y la deglución. Las fibras motoras cerebrales se acumulan aquí en forma de <i>pirámides</i> . Aquí las fibras motoras que comienzan en la corteza cerebral cruzan hasta el lado opuesto de la vía motora corticoespinal.	La lesión del bulbo raquídeo puede detener la respiración espontánea. El hecho de que las fibras motoras se crucen en el bulbo raquídeo explica por qué un accidente cerebrovascular afecta al movimiento del lado del cuerpo opuesto al lado en el que se ha producido la lesión del encéfalo.
Formación reticular Sistema activador reticular (SAR)	Las aferencias sensitivas se integran en la formación reticular y son conducidas hasta otras áreas del encéfalo. Afecta a las funciones sensitiva, motora y visceral. El SAR permite la selección/filtrado de los estímulos para que el encéfalo no tenga que reaccionar a todos los estímulos. El SAR controla el ciclo de sueño-vigilia.	La formación reticular puede participar en el trastorno de déficit de atención (se puede deber a la imposibilidad de filtrar los estímulos sensoriales normalmente). Si se altera el SAR y una persona no puede dormir, se puede producir una psicosis.
Cerebelo	El cerebelo coordina principalmente la actividad y la función musculares, y mantiene el equilibrio. Puede participar en funciones cognitivas y conductuales debido a sus conexiones con otras áreas del encéfalo.	Los trastornos cerebelosos producen ataxia (marcha extraña y descoordinación del movimiento intencional), temblor intencional, disminución de los reflejos y nistagmo. La ataxia cerebelosa puede estar producida por malnutrición en el alcoholismo grave y prolongado.

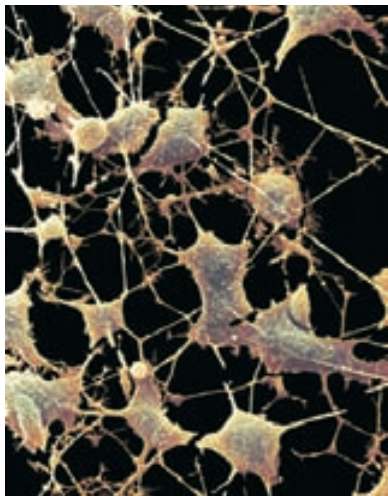


Figura 7-2. ■ Microfotografía electrónica de las neuronas del encéfalo. Fuente: Photo Researchers, Inc.

NEUROTRANSMISORES

Los *neurotransmisores* son mensajeros químicos que conducen los impulsos de una neurona a otra. La figura 7-3 ■ ilustra la función de los neurotransmisores. Revísela cuidadosamente porque es la base para comprender el tratamiento de los trastornos mentales con fármacos psicotrópicos.

La conciencia humana, la conducta, el aprendizaje, la memoria, la emoción y la creatividad son todas ellas consecuencias de las funciones fisiológicas del encéfalo. La neurotransmisión es la comunicación entre neuronas que se realiza por los productos químicos neurotransmisores. Se debe producir neurotransmisión para que el encéfalo funcione normalmente (Keltner, 2000).

Los materiales de construcción para los neurotransmisores entran en el cuerpo con los alimentos. La ingesta de una cantidad adecuada de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales en la dieta es necesaria para una función normal del encéfalo.

Los neurotransmisores se fabrican en las *neuronas* (células nerviosas). Se liberan desde el *axón* (la parte de la célula ner-

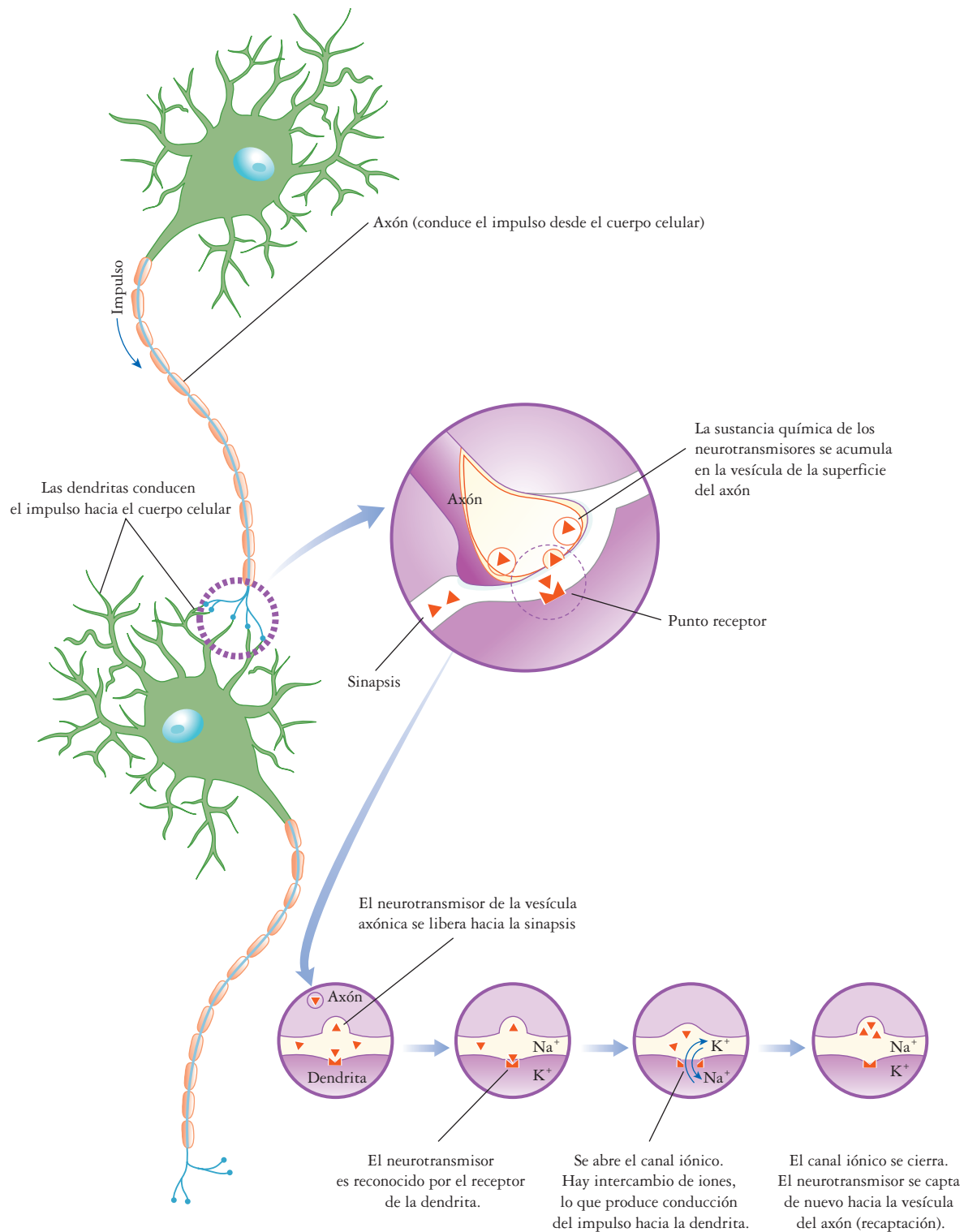


Figura 7-3. ■ Neurotransmisión. El primer recuadro muestra la interfaz axón-dendrita. El segundo recuadro ilustra la neurotransmisión paso a paso.

viosa que transporta el impulso desde el cuerpo celular) hacia la **sinapsis** (espacio existente entre el axón y la dendrita de su célula diana). La sustancia química neurotransmisora estimula la *dendrita* (la parte de la neurona que capta el impulso

desde la sinapsis) y transmite el impulso hacia el cuerpo celular (v. fig. 7-3).

El neurotransmisor debe encajar en un punto receptor específico de la superficie de la dendrita. Cuando se estimula el

punto receptor, se abre un *canal iónico* hacia el interior de la dendrita. El canal iónico permite el intercambio de iones (de sodio, potasio y calcio), lo que modifica la carga eléctrica de la célula (*despolarización*). De esta forma el impulso eléctrico pasa de una neurona a la siguiente.

Después de que se haya liberado el neurotransmisor hasta la sinapsis, excita o inhibe a la siguiente neurona (dependiendo del neurotransmisor). Después se produce una de dos cosas (esto es importante porque es la base de la actividad de algunos fármacos importantes). El fármaco puede ser captado de nuevo hacia el axón para ser almacenado para su uso posterior (este proceso se denomina **recaptación**), o el neurotransmisor puede ser inactivado y metabolizado por enzimas, la mayoría de las veces por la enzima monoaminoxidasa.

Se han identificado aproximadamente 100 neurotransmisores. Algunos de ellos tienen un interés especial en el estudio de las enfermedades mentales. La tabla 7-2 ■ ofrece información sobre estos neurotransmisores, sus funciones y sus implicaciones en las enfermedades mentales.

ESTUDIOS DE IMAGEN DEL ENCÉFALO

La tecnología de imagen del encéfalo ha posibilitado el estudio de la estructura y la función del encéfalo de los pacientes afectados por trastornos mentales graves. Hallazgos preliminares indican que algunos trastornos mentales se asocian a alteraciones estructurales y funcionales del encéfalo. El estudio de imagen estructural es posible con la TC (tomografía computarizada) y la RM (resonancia magnética). El estudio de imagen funcional está disponible con

TABLA 7-2			
Neurotransmisores			
NEUROTRANSMISOR	TIPO	EFFECTOS FISIOLÓGICOS	RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES
Acetilcolina (ACh)	Monoamina	Afecta al ciclo de sueño-vigilia, coordinación del movimiento muscular, percepción del dolor, adquisición de memoria y retención.	↓ en pacientes con enfermedad de Alzheimer y Parkinson.
Dopamina (DA)	Monoamina	Controla los movimientos complejos, cognición, motivación, placer; regula las respuestas emocionales.	↑ en la esquizofrenia y la manía. ↓ en la depresión y la enfermedad de Parkinson. Algunas drogas estimulan la liberación de dopamina (cocaína y anfetaminas).
Noradrenalina (NA)	Monoamina	Afecta a la atención, aprendizaje y memoria; regula el estado de ánimo, sueño y vigilia.	↓ en la depresión. ↑ en la esquizofrenia, la manía y la ansiedad.
Serotonina (5-HT)	Monoamina	Afecta al sueño y vigilia, especialmente a quedarse dormido. Afecta al estado de ánimo y procesos del pensamiento.	Probablemente participa en los trastornos del pensamiento de la esquizofrenia (alucinaciones, ideas delirantes y retraimiento social). ↓ en la depresión. Posiblemente reducida en la ansiedad y en el trastorno obsesivo-compulsivo.
Ácido gamma-aminobutírico (GABA)	Aminoácido	Modula a otros neurotransmisores.	↓ en la ansiedad y en la esquizofrenia.
Glutamato	Aminoácido	Controla la apertura de canales iónicos para el calcio, afectando a la neurotransmisión.	Implicado en la esquizofrenia. Se produce neurotoxicidad por sobreexposición a glutamato (como en la enfermedad de Huntington). ↑ en la enfermedad de Alzheimer.

Nota: ↓ = reducido, ↑ = aumentado.

PET (tomografía por emisión de positrones) y SPECT (tomografía computarizada por emisión monofotónica). En la tabla 7-3 ■ se comparan las diversas técnicas de imagen del encéfalo.

Se han observado alteraciones estructurales en la TC y la RM en la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la demencia multiinfarto y la enfermedad de Alzheimer. La PET fue un importante avance en los estudios de imagen del encéfalo porque

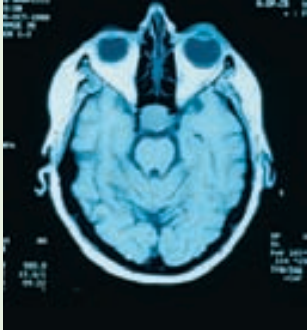
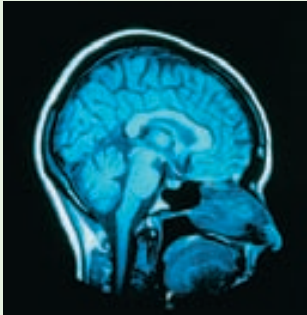
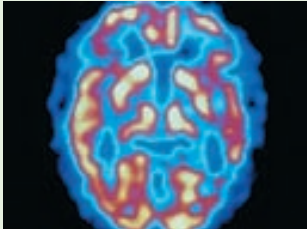
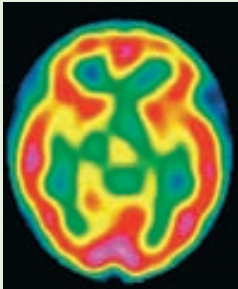
TABLA 7-3			
Técnicas de estudio de imagen del encéfalo			
TÉCNICA	CÓMO FUNCIONA	USOS Y COMPARACIÓN CON OTROS MÉTODOS	MUESTRAS DE IMÁGENES NORMALES DEL ENCÉFALO
Tomografía computarizada (TC o TAC)	La TC se basa en la forma en la que diferentes tejidos desvían los haces de rayos X que atraviesan al paciente desde numerosos puntos alrededor del tomógrafo circular. La TC produce imágenes que representan una «rodaja» del cuerpo. Se realiza con y sin medio de contraste.	Las aplicaciones típicas se relacionan con la estructura de los tejidos blandos, como la localización de tumores o de hemorragia en el encéfalo. La tecnología de TC está disponible con más facilidad y es menos costosa que la RM.	
Resonancia magnética (RM)	Los tomógrafos de RM también producen imágenes en «rodajas». La RM utiliza un imán cilíndrico que produce un campo magnético potente. Los pulsos de ondas de radio emitidos por el tomógrafo interactúan con los átomos del cuerpo afectados por el campo magnético, y el detector capta las señales de radio que rebotan.	Se utiliza para el estudio de la estructura de los tejidos blandos, como el encéfalo y otros órganos. La RM produce las imágenes más detalladas de las estructuras de los tejidos blandos. La RM no utiliza radiaciones ionizantes. Está contraindicada en pacientes con implantes metálicos, debido al potente imán, y en los que tienen miedo a los espacios cerrados (fig. 7-4 ■).	
Tomografía por emisión de positrones (PET)	La PET se basa en un marcador radiactivo, que se inyecta en el torrente sanguíneo, y muestra la actividad metabólica del encéfalo. Como se ve aquí, la actividad metabólica normal del encéfalo produce un patrón aproximadamente simétrico en las áreas amarillas de los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo.	La PET se utiliza para estudiar la actividad metabólica del encéfalo. Puede realizarse un mapa de funciones como la captación de glucosa en el encéfalo, el flujo sanguíneo y la actividad de los neurotransmisores. El estudio con código de colores del ejemplo muestra la actividad cerebral desde baja (azul) hasta alta (amarilla). La PET es el más costoso de estos estudios.	
Tomografía computarizada por emisión monofotónica (SPECT)	La SPECT utiliza isótopos (radioisótopos) que emiten fotones. La SPECT crea imágenes visuales de la actividad cerebral similares a las de la PET utilizando una gammacámara que gira alrededor de la cabeza. Un ordenador reconstruye la imagen.	Su uso es similar al de la PET, pero la SPECT está disponible de forma más generalizada y es menos costosa porque no es necesario un ciclotrón.	



Figura 7-4. ■ RM del encéfalo. Algunos pacientes tienen miedo a estar en un espacio cerrado en este modelo de escáner de RM. Fuente: Photo Researchers, Inc.

puede mostrar aspectos de la función del encéfalo. La PET y la SPECT confirman que la actividad del encéfalo sí produce procesos mentales, y que estos procesos tienen lugar en áreas específicas de la corteza cerebral.

La figura 7-5 ■ compara la PET del encéfalo de una persona sana con la de otra con esquizofrenia. En la PET y la SPECT se ha observado aumento de los receptores dopaminérgicos y alteraciones del sistema límbico en pacientes con esquizofrenia, y alteraciones de los lóbulos temporales en pacientes con trastornos del estado de ánimo.

Estos estudios no se utilizan habitualmente con fines diagnósticos o terapéuticos en pacientes con trastornos mentales.

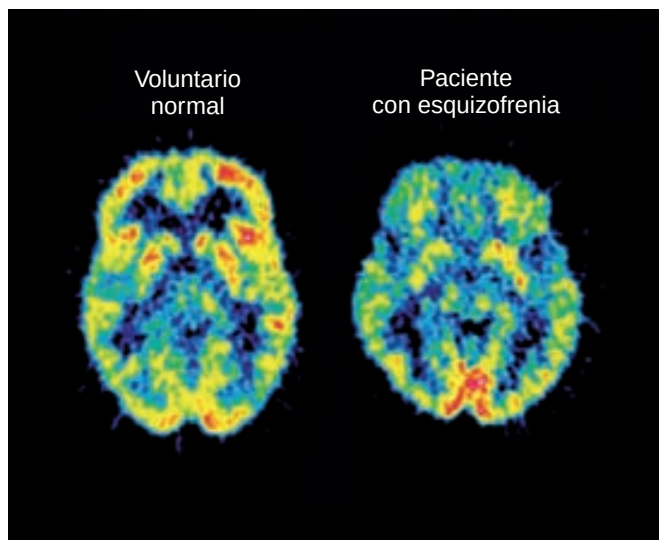


Figura 7-5. ■ Comparación de la PET del encéfalo de una persona sana con la de otra que tiene esquizofrenia. Fuente: Monte S. Buchsbaum, M.D.

El diagnóstico habitualmente se realiza por los síntomas y signos clínicos de acuerdo con los criterios del manual DSM-IV-TR. Es probable que se utilicen estos estudios de imagen en investigación sobre la estructura y la función del encéfalo en su relación con los trastornos del encéfalo.

Genética de las enfermedades mentales

Desde hace muchos años los científicos saben que los trastornos mentales tienen mayor probabilidad de producirse en algunas familias. Por ejemplo, si un gemelo idéntico tiene esquizofrenia, el otro gemelo tiene más probabilidad de tenerla también que otro hermano. Sin embargo, los gemelos idénticos no siempre tienen (o no tienen) los dos esquizofrenia. Hay un componente genético en las principales enfermedades mentales, aunque no siguen el patrón de herencia monogénica.

El Proyecto del Genoma Humano está intentando descubrir el conjunto completo de instrucciones genéticas humanas, incluyendo la naturaleza genética de las enfermedades mentales. En su trabajo sobre la genética de las enfermedades mentales, los genetistas se enfrentan a varios problemas que dificultan aún más su trabajo. Pueden ser necesarios varios genes para producir trastornos psiquiátricos. El sistema de diagnóstico psiquiátrico cambia periódicamente las definiciones de las enfermedades mentales. Además, factores no genéticos contribuyen también a los trastornos mentales (Collins, 1999). Actualmente el consejo genético sobre la mayoría de los trastornos mentales se basa en gran medida en los riesgos estadísticos.

Los últimos avances sobre la genética de las enfermedades mentales incluyen la identificación de genes específicos que aumentan de forma fiable el riesgo de que una persona tenga enfermedades mentales como esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar. Los investigadores han encontrado que cuando las personas tienen una variante del gen que codifica un transportador de la serotonina (un neurotransmisor) y experimentan estrés, tienen más probabilidad de tener depresión (Caspi y cols., 2003). Se ha mostrado que una versión de un gen de la corteza prefrontal que se asocia a la esquizofrenia produce deterioro de las habilidades de planificación y resolución de problemas (Egan y cols., 2001). Es probable que más investigaciones genéticas generen nuevos conocimientos y tratamientos para las enfermedades mentales.

Sistema neuroendocrino

El sistema neuroendocrino incluye la interacción entre el sistema nervioso y el sistema endocrino. Incluye las hormonas que reaccionan a la estimulación por las células nerviosas. La tabla 7-4 ■ resume los cambios neuroendocrinos y otros cambios biológicos relacionados con los principales trastornos mentales.

Para comprender por completo los trastornos mentales y los fármacos psicotrópicos los profesionales de enfermería deben

TABLA 7-4

Psicobiología de los trastornos mentales

TRASTORNO MENTAL	ESTRUCTURA DEL ENCÉFALO	NEUROTRANSMISORES	HORMONAS
Esquizofrenia	Dilatación de los ventrículos cerebrales (por atrofia cerebral). Disminución del tamaño de los lóbulos temporales. Cambios del sistema límbico, el tálamo, los ganglios basales, el hipocampo y la corteza frontal.	Exceso de actividad dopaminérgica en el encéfalo. Se puede deber a aumento de la cantidad de dopamina, aumento de la sensibilidad a la misma o disminución de la capacidad de metabolizar la dopamina. También puede haber alteraciones de la noradrenalina, la serotonina y el GABA y la acetilcolina.	Disminución de la prolactina.
Trastornos del estado de ánimo (depresión y manía)	Alteraciones del sistema límbico, los ganglios basales y el hipotálamo.	Hay disminución de la serotonina en los trastornos del estado de ánimo. Hay disminución de la actividad de la noradrenalina y dopamina y la depresión, con aumento en la manía.	Elevación del cortisol en la depresión. El hipotiroidismo puede producir depresión. El hipertiroidismo se ha asociado a la manía. Aumento de melatonina en el trastorno afectivo estacional (TAE).
Trastornos de ansiedad	Puede haber alteraciones del sistema límbico, especialmente en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).	Elevación de la noradrenalina en el trastorno de angustia. Disminución de la serotonina en el TOC. Puede haber disminución de la función del GABA en la ansiedad.	En los trastornos de ansiedad puede haber aumento de la tirotrópina (TSH) y de la prolactina. Puede haber aumento del cortisol. No se conocen bien las causas neuroendocrinas de la ansiedad.

saber que las alteraciones de la función del encéfalo producen alteraciones de las concentraciones de hormonas y neurotransmisores, que a su vez producen alteraciones del pensamiento, los sentimientos y la conducta. Los fármacos que tratan los

trastornos mentales afectan a las concentraciones de neurotransmisores del encéfalo para devolver la función del encéfalo de nuevo al equilibrio y reducir los síntomas y signos de las enfermedades mentales.

PSICOFARMACOLOGÍA

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

Los pacientes tienen el mejor resultado cuando tienen:

- Conocimiento sobre su enfermedad y su plan terapéutico
- Una función activa y participativa en su tratamiento
- Un sistema de apoyo social
- Un lugar seguro y saludable en que vivir, en el que se satisfagan todas sus necesidades humanas básicas
- Habilidades saludables de afrontamiento y resolución de problemas

- Fármacos psicotrópicos adecuados
- Una relación terapéutica con los profesionales sanitarios que colaboran con ellos para encontrar los tratamientos más eficaces para su trastorno mental

Farmacocinética

La *farmacocinética* describe los efectos que tiene un fármaco sobre el cuerpo (Keltner, Schwecke y Bostrom, 2007). La figura 7-6 ■ muestra un diagrama del proceso. La farmacocinética incluye cuatro partes:

1. **Absorción.** La absorción supone la entrada del fármaco en el torrente sanguíneo. Se produce en el tubo digestivo con los fármacos orales, o en las membranas mucosas, el músculo, la piel o el tejido subcutáneo, dependiendo de la vía

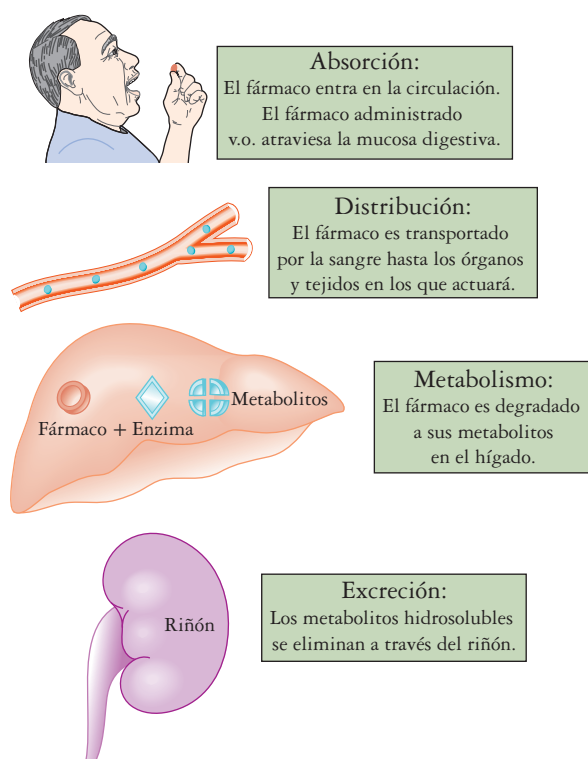


Figura 7-6. ■ Farmacocinética.

utilizada para administrar el fármaco. Los fármacos que se administran por vía intravenosa no se deben absorber porque ya están en la sangre; pasan directamente a la fase de distribución.

2. **Distribución.** Cuando el fármaco está en el torrente sanguíneo es distribuido o transportado hasta los tejidos y órganos en los que actuará o se almacenará.
3. **Metabolismo.** El metabolismo es la degradación de las moléculas del fármaco. Se produce la mayoría de las veces en el hígado, aunque también se puede producir en riñones, pulmones, plasma y tubo digestivo. El fármaco original habitualmente se degrada para dar metabolitos que son más hidrosolubles. Las enzimas facilitan el proceso de expresión.
4. **Excreción.** Se produce excreción cuando el fármaco o sus metabolitos se desplazan desde los tejidos diana hasta la circulación y después hasta los órganos de eliminación, habitualmente los riñones. La piel, el tubo digestivo y la leche materna también pueden participar en la excreción.

Farmacodinámica

La *farmacodinámica* describe las acciones y consecuencias que producen los fármacos sobre el cuerpo (Keltner y cols., 2007). El mecanismo de acción de cada fármaco se debe a la forma en la que el fármaco interactúa con las células diana en el cuerpo. Algunos fármacos estimulan funciones celulares (son **agonistas**).

Otros fármacos impiden o inhiben las funciones celulares (son **antagonistas**). El efecto del fármaco se refleja en cambios del estado físico o psicológico del paciente. La principal consecuencia de un fármaco es el *efecto deseado*. Los fármacos por lo general actúan sólo sobre tejidos corporales específicos. Por ejemplo, los antidepresivos actúan sobre neurotransmisores específicos del encéfalo. No afectan a la audición, la digestión u otras funciones. Sin embargo, los tejidos corporales diana pueden tener varias funciones y el paciente puede tener efectos distintos a los efectos deseados. Los fármacos antidepresivos tienen efectos anticolinérgicos (estreñimiento, aumento de la frecuencia cardíaca, sequedad de boca) que no se relacionan con la depresión. Estos resultados secundarios indeseables son los **efectos colaterales**. Los efectos colaterales habitualmente son predecibles, de acuerdo con el conocimiento de la función del fármaco.

Los **efectos adversos** son menos predecibles y son efectos indeseados graves. Se producen **efectos tóxicos** por concentraciones excesivas del fármaco o por interacciones medicamentosas. La aparición de efectos adversos se puede relacionar con la tasa metabólica del paciente. Se puede ver más información en el cuadro 7-1 ■, «Consideraciones culturales».

El grado en el que un fármaco puede producir la respuesta deseada es la *eficacia*. El número de puntos receptores y la fuerza de la unión del fármaco a los puntos receptores afectan a la magnitud de la respuesta.

FASES DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

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

CUADRO 7-1

CONSIDERACIONES CULTURALES

Variaciones de la tasa metabólica

Los diferentes grupos étnicos tienden a tener diferentes velocidades del metabolismo de los fármacos. La velocidad del metabolismo de un fármaco afecta a la duración de la acción del fármaco, los efectos adversos y la posible toxicidad. Un metabolismo lento eliminaría un fármaco lentamente del cuerpo y aumentaría el riesgo de efectos colaterales. En conjunto, las personas asiáticas tienen una tasa metabólica relativamente más lenta, por lo que probablemente respondan a dosis menores de los fármacos. Los asiáticos también tienen mucha probabilidad de experimentar síntomas extrapiramidales (SEP) con los fármacos antipsicóticos. Los estadounidenses de origen africano y europeo tienen una tasa metabólica relativamente mayor y tienen SEP con menos frecuencia. El intervalo terapéutico del litio también se ve afectado por la tasa metabólica (Kneisl, Wilson y Trigoboff, 2004).

Fuente: *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing* by Kneisl/Wilson/Trigoboff, © Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, NJ.

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

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

- Evaluación continua de los efectos del fármaco
- Evaluación de los efectos colaterales a largo plazo

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

SÍNTOMAS DIANA

Antes de la administración de los fármacos psicotrópicos a los pacientes, los profesionales de enfermería deben conocer cuáles son los efectos deseados. Debemos saber qué síntomas específicos se espera que traten los fármacos: los **síntomas diana** (Trigoboff, Wilson, Shannon y Stang, 2005) (fig. 7-7 ■). Si los profesionales de enfermería únicamente conocieran el nombre de la enfermedad que trata cada uno de los fármacos, podrían no saber si el fármaco está produciendo el efecto deseado. Por ejemplo, imagine a un paciente con esquizofrenia que tiene alucinaciones y toma un fármaco antipsicótico. Si el profesional de enfermería se pregunta si el fármaco es eficaz, el profesional de enfermería debe buscar la presencia de alucinaciones (uno de los síntomas diana), no la esquizofrenia (el trastorno). El paciente seguirá teniendo esquizofrenia, pero si se alivian las alucinaciones, el fármaco es eficaz.

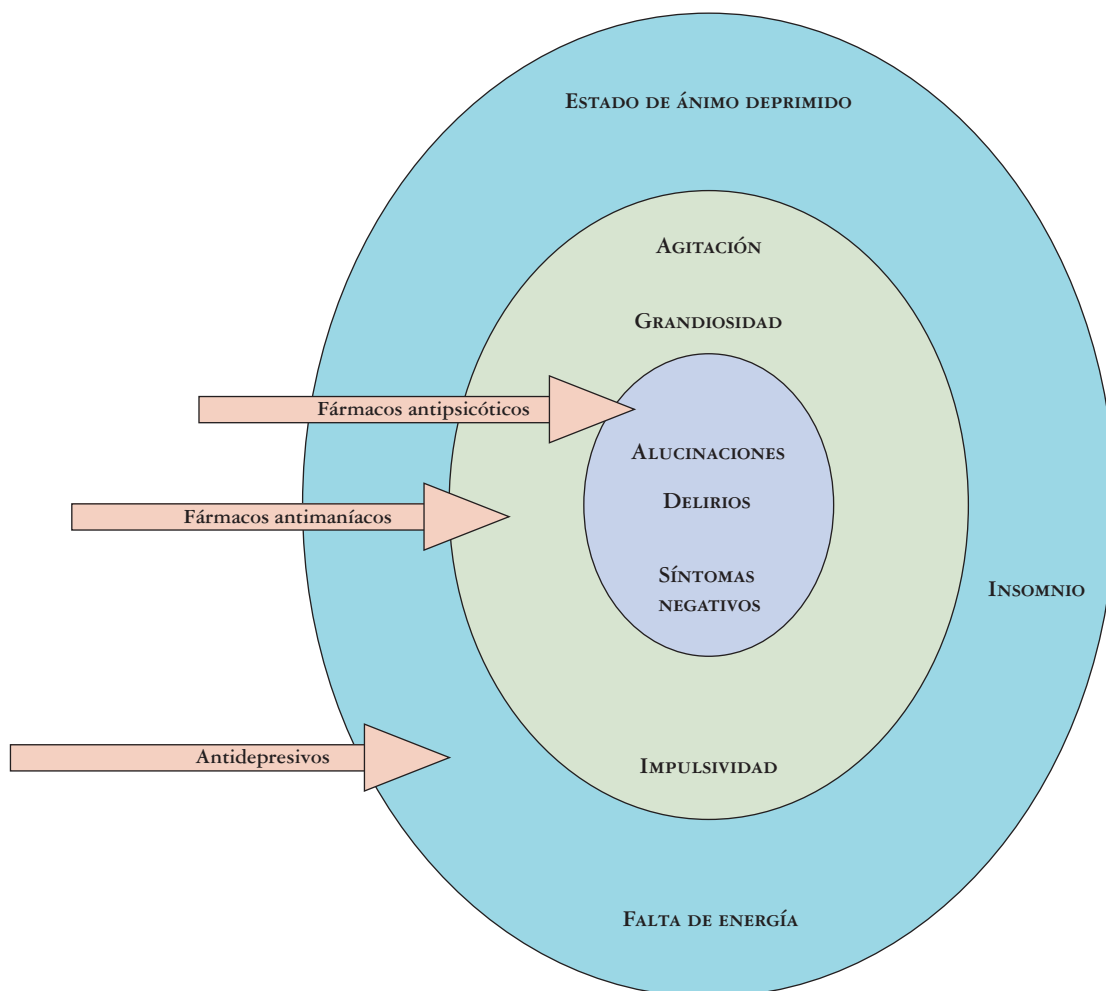


Figura 7-7. ■ Síntomas diana.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

EVALUACIÓN

El profesional de enfermería recopila datos de varias fuentes a la vez que aplica el proceso de enfermería a los pacientes que toman fármacos psicotrópicos. Las fuentes de datos primarias son los hallazgos objetivos y subjetivos directos del paciente. ¿Cuál es el estado mental del paciente? ¿Sus sentimientos? ¿Su conducta? ¿Sus constantes vitales? Una buena fuente secundaria es la historia clínica. Es útil que el profesional de enfermería lea la historia y la exploración física del médico para obtener información basal sobre la situación del paciente en el momento del ingreso. El plan terapéutico mostrará los resultados deseados y permitirá determinar la evolución prevista del tratamiento para alcanzarlos. La familia es una fuente de información y de ayuda con frecuencia ignorada.

Debido a las estrictas regulaciones sobre la confidencialidad, es necesario que el centro obtenga permiso por escrito de los pacientes para discutir su enfermedad con sus familiares. Se debe solicitar este permiso para todos los familiares que participan de forma activa en la asistencia del paciente en el contexto ambulatorio. Los familiares pueden ser grandes aliados en el proceso del tratamiento si se les incluye. Pueden socavar de forma ignorante e inocente el proceso terapéutico si no están informados del mismo.

Una importante responsabilidad de enfermería es la monitorización del paciente para detectar efectos colaterales de los fármacos. Las observaciones del profesional de enfermería se deben basar en la información actual sobre los fármacos psicotrópicos y sobre otros fármacos (sus acciones, los síntomas diana y los posibles efectos colaterales). Se debe conocer qué efectos colaterales se deben esperar y se debe vigilar para detectarlos. Aunque los «5 correctos» (administrar el fármaco correcto, en el momento correcto, a la dosis correcta, por la vía correcta y al paciente correcto) son funciones importantes de la enfermería, son únicamente el comienzo de la función del profesional de enfermería.

Si el profesional de enfermería administra el litio que ha prescrito el médico al paciente correcto y a la dosis correcta, y el paciente tuviera síntomas de marcha atáxica, fiebre, hipotensión y confusión mental y muriera por toxicidad por litio, el profesional de enfermería no podría defenderse afirmando: «Pero hice lo que ordenó el médico». El proceso de enfermería dice: «Evalúe antes de intervenir».

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

Los aspectos de enfermería relacionados con el tratamiento con fármacos psicotrópicos incluyen los siguientes:

- Administración segura de los fármacos
- Capacitación del paciente mediante conocimiento práctico

- Cumplimiento del tratamiento por el paciente
- Representación del paciente
- Documentación
- Mantenerse actualizado con el conocimiento sobre los fármacos psiquiátricos

Algunos diagnósticos de enfermería frecuentes en los pacientes que están en tratamiento con fármacos psicotrópicos son los siguientes:

- Conocimientos deficientes, Manejo de la medicación deficiente
- Manejo ineficaz del régimen terapéutico

Los resultados deseados en los pacientes que reciben fármacos psicotrópicos podrían ser los siguientes:

- En el momento del alta el paciente debe poder decir el nombre de su trastorno mental.
- El paciente debe poder enumerar los nombres de los fármacos que toma para esta enfermedad antes del alta.
- Antes del alta el paciente debe poder señalar los principales efectos específicos de los fármacos que toma para el trastorno mental.
- Antes del alta el paciente debe poder enumerar los posibles efectos colaterales de los fármacos psicotrópicos y si debe o no notificárselo al médico, o incluso si debe mantener el tratamiento si se producen.
- El paciente debe expresar sus sentimientos sobre el consumo de fármacos psicotrópicos.
- Antes del alta el paciente debe enumerar recursos para obtener ayuda o información sobre los fármacos.

La educación básica de los pacientes incluye cómo y cuándo tomar los fármacos de forma segura. Si este conocimiento básico es poder, entonces la participación completa del paciente en su propia existencia es un superpoder. La capacitación del paciente exige que el paciente tenga lo siguiente:

- Conocimiento
- Capacidad de comunicar sus propias necesidades
- Participación en el plan terapéutico
- El apoyo necesario para alcanzar los objetivos terapéuticos

Cuando los pacientes pueden hacer estas cosas, tienen el superpoder que necesitan para controlar su propio futuro. El equipo terapéutico debe plantear al paciente preguntas como: «¿Cómo le afecta este fármaco? ¿Qué piensa sobre esto? ¿Quiere probar este fármaco durante 2 meses? ¿Qué efectos colaterales nota?».

Si el profesional de enfermería y otros profesionales preparan adecuadamente a los pacientes, los pacientes podrán discutir sus fármacos con el médico, describiendo los efectos colaterales además de la situación de los síntomas diarios. Imagine a



Figura 7-8. ■ Los profesionales de enfermería capacitan a sus pacientes dándoles el conocimiento que necesitan para manejar su propia salud. Fuente: Getty Images Inc. – Photodisc.

dos pacientes con trastorno bipolar. Uno dice: «Sí, doctor, todo lo que me quiera hacer está bien». El segundo dice: «Prefiero no seguir tomando litio porque los efectos colaterales son demasiado malos. ¿Podemos probar otro tratamiento?». El segundo es el paciente capacitado. Por cierto, ¿cuál de estos pacientes probablemente vaya a su domicilio y no cumpla el tratamiento? La figura 7-8 ■ muestra a un profesional de enfermería capacitando a un paciente.

Conocimientos deficientes, manejo de la medicación, relación con falta de información

- Determine el nivel de conocimiento actual del paciente sobre los trastornos, los fármacos y el tratamiento. El profesional de enfermería puede reforzar la educación que previamente había hecho el profesional de enfermería especialista o el médico. *La educación debe incluir qué tiene que aprender el paciente, y esto varía de unas personas a otras. El profesional de enfermería debe respetar la experiencia que ya tenga el paciente. Los pacientes son los expertos sobre cómo les afecta la enfermedad y los fármacos. Sin embargo, no asuma que los pacientes son expertos simplemente porque hayan tenido un trastorno durante muchos años. Muchos pacientes se benefician del refuerzo de la educación. Las personas aprenden mejor cuando están dispuestas a aprender.*
- Enseñe al paciente y a otras personas importantes que se espera que hagan los fármacos y qué efectos

colaterales podrían producirse. Por ejemplo: «Esto es risperidona. Es un antipsicótico, por lo que se supone que enderezará sus pensamientos y hará que desaparezcan las voces. Hágame saber si nota tensos los músculos, especialmente en la mandíbula. Este es un efecto colateral y lo podemos tratar con fármacos si se produce». *Los pacientes están capacitados cuando se espera su participación activa en el tratamiento. La capacitación precisa un conocimiento útil.*

- Enseñe a los pacientes con palabras claras y sencillas, evitando la jerga médica y una información técnica excesiva. *Los pacientes deben poder comprender la información para poder utilizarla.*
- Refuerce la educación con información impresa cuando sea posible, e intente que la información escrita sea lo más clara y breve posible. La información impresa debe estar disponible en el idioma preferido del paciente. *Las personas aprenden mejor con diversos abordajes educativos. El mejor abordaje es permitir que el paciente realmente ponga en práctica el material que se está enseñando. La inclusión de instrucciones verbales y escritas favorece la comprensión. Las instrucciones escritas pueden mejorar la memoria del paciente. Las personas con frecuencia olvidan los detalles con el paso del tiempo.*
- Anime al paciente y a su familia a que hagan preguntas. Hágales preguntas para evaluar su conocimiento. *Las personas con frecuencia dudan si hacer preguntas por miedo a parecer estúpidas. El profesional de enfermería puede fomentar un entorno de aprendizaje seguro en el que sea aceptable preguntar. Hacer al paciente una pregunta práctica, como: «¿Qué debe hacer si se le olvida tomar la medicina de la mañana y es la hora de comer?», dará a la profesional de enfermería mucha más información que: «¿Lo comprende?».*
- Dé al paciente varias oportunidades de aprender y discutir la nueva información. *El dominio y la habilidad pueden mejorar con la práctica.*
- Planifique la educación para un momento en el que el paciente se pueda concentrar y colaborar. *Si los pacientes están confusos, agitados, ansiosos, deprimidos o psicóticos, no podrán aprender ni recordar mucho. En estos momentos dé a los pacientes instrucciones sencillas que puedan seguir. El aprendizaje tiene su máxima eficacia cuando los pacientes están dispuestos.*

Manejo ineficaz del régimen terapéutico

- Pida al paciente que describa cómo toma los fármacos en casa. *Una pregunta sobre cómo aplica el paciente las recomendaciones terapéuticas da al profesional de enfermería información sobre cuánto comprende el paciente, y ayuda al profesional de enfermería a decidir qué enseñarle.*
- Enseñe al paciente las habilidades necesarias para su colaboración con el plan terapéutico. *Los pacientes pueden no cumplir las recomendaciones terapéuticas porque no las entienden o porque no saben qué hacer.*

- Ayude al paciente a desarrollar un plan personalizado sobre su tratamiento medicamentoso. Debe incluir las horas a las que el paciente debe tomar realmente los fármacos y cualquier instrucción especial para este paciente. *Un plan genérico no es tan útil como un plan práctico real que el paciente pueda llevarse a casa y utilizar. Un plan personalizado y específico mejora la probabilidad de cumplimiento.*
- Discuta los aspectos relacionados con la resolución de problemas. *La información práctica es la más útil. Discuta problemas reales, como qué hacer cuando se acaba el fármaco prescrito, quién le podría llevar a la farmacia, a quién llamar cuando el paciente tenga síntomas de toxicidad, cómo recordar los fármacos que debe tomar por la mañana, y otros problemas realistas relacionados con el manejo de los fármacos. Esto ayuda al paciente a estar preparado para resolver los problemas cuando se produzcan. Una lista escrita de recursos (personas y números de teléfono), estrategias e instrucciones ayudará al paciente a recordar lo que se le ha enseñado.*

EVALUACIÓN

El profesional de enfermería debe evaluar los resultados del paciente en relación con los efectos del tratamiento farmacológico. Se debe documentar la respuesta del paciente al tratamiento farmacológico y se debe comunicar al profesional sanitario (médico o profesional de enfermería practicante). Como los fármacos psicotrópicos con frecuencia tienen un inicio de acción tardío (especialmente los fármacos que tratan los trastornos del estado de ánimo y las psicosis), puede no ser posible que el profesional de enfermería de un contexto asistencial agudo evalúe los efectos completos de estos fármacos. Si se da de alta a un paciente antes de haber conseguido el efecto completo del fármaco, es necesaria una educación cuidadosa sobre lo que se puede esperar. Es muy importante enseñar a los pacientes cuándo se espera que se produzcan los efectos completos de los fármacos. Si los pacientes no lo saben, pueden interrumpir el tratamiento al pensar que no es eficaz (Stuart y Laraia, 2005). Puede ser decepcionante para los pacientes que finalmente empiezan el tratamiento tener que esperar aún más para que los fármacos actúen. El profesional de enfermería puede ayudar a mantener viva la esperanza.

Los profesionales de enfermería de contextos asistenciales crónicos o subagudos con frecuencia pueden evaluar los resultados de los fármacos, como:

- En qué medida el paciente alcanza los efectos diana deseados
- Presencia de efectos colaterales y efectos adversos
- Toxicidad

Consideraciones relacionadas con el alta

El profesional de enfermería entrega al paciente y a su familia una lista de recursos a los que puede llamar desde su domicilio para la resolución de problemas. Es mejor planificar por adelan-

tado para los momentos en los que el paciente y su familia puedan tener problemas en lugar de esperar a que estos problemas se produzcan. El número de teléfono para pedir cita en la consulta externa, el número de teléfono de la farmacia, el número de teléfono de la línea de ayuda de urgencia, familiares o amigos que podrían discutir si el paciente debe ir o no a ver al médico, y la Alliance for the Mentally Ill, son recursos que se pueden entregar por escrito por si fueran necesarios en el futuro.

Se debe insistir en que los fármacos se deben tomar de forma regular durante un período prolongado porque tratan a los neurotransmisores del cerebro. No se deben interrumpir los fármacos cuando el paciente se sienta mejor. La mejoría de los síntomas del paciente significa que el fármaco es eficaz. Enseñe al paciente qué efectos colaterales se esperan, qué se puede hacer para aliviarlos y cuándo llamar al médico.

Dos de los motivos más frecuentes para el incumplimiento del tratamiento son los efectos colaterales y la interrupción cuando los síntomas se alivian. El conocimiento claro del uso adecuado de los fármacos mejora el cumplimiento.

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Paciente con disposición para mejorar los conocimientos

Juan Sánchez es un paciente latino de 38 años de edad diagnosticado de trastorno bipolar. Está ingresado actualmente por una colestectomía no relacionada con su problema psiquiátrico. Ingresó en la unidad psiquiátrica hace 4 meses durante un episodio maníaco. Está alerta y orientado y colabora con su asistencia. Desde su ingreso psiquiátrico el Sr. Sánchez ha tomado el tratamiento prescrito con ácido valproico a diario para estabilizar el estado de ánimo. El paciente afirma que estaba tan maníaco cuando estuvo en el hospital que no podía hacer preguntas ni recordar claramente qué ocurrió. Ha visto a su psiquiatra como paciente externo y ha aprendido más sobre su trastorno bipolar.

Valoración. El paciente afirma que está interesado en aprender más sobre su tratamiento. No le gusta tomarlo porque «enlentece su pensamiento». También le produce náuseas ocasionalmente. Afirma que le avergüenza que otras personas sepan que toma este tratamiento. Dice que tomar este tratamiento le hace sentir que es diferente de otras personas, «como si estuviera loco».

Diagnóstico. Se establecen los siguientes diagnósticos de enfermería para el Sr. Sánchez:

- Disposición para mejorar los conocimientos: tratamiento prescrito, relacionado con nueva claridad del pensamiento
- Baja autoestima crónica situacional, relacionada con la toma de fármacos psicotrópicos

Resultados esperados. El paciente debe:

- Enumerar los síntomas diana deseados del ácido valproico.
- Enumerar los efectos colaterales frecuentes del ácido valproico, incluyendo los que ya experimenta.
- Expresar sus sentimientos sobre la toma de fármacos psicotrópicos.
- Discutir las consecuencias del incumplimiento del tratamiento.

Planificación y aplicación. El profesional de enfermería debe:

- Reforzar la educación sobre los efectos deseados y los efectos colaterales del ácido valproico.
- Discutir los efectos colaterales del paciente.
- Discutir las consecuencias de no tomar el tratamiento.
- Tener una conversación terapéutica con el Sr. Sánchez para animarle a que exprese sus sentimientos sobre tener que tomar un fármaco psicotrópico.
- Animarle a reestructurar su pensamiento (reestructuración cognitiva) sobre el trastorno bipolar como enfermedad, no como un reflejo negativo sobre su carácter.

Evaluación. El Sr. Sánchez todavía no está convencido de la necesidad de tomar el tratamiento. Seguirá tomándolo porque quiere prevenir las consecuencias negativas que ha tenido durante los episodios maníacos en el pasado (incluyendo la ruptura de su matrimonio y la pérdida de su negocio). Pensará en cambiar la forma en la que percibe tener que tomar un fármaco psicotrópico.

Pensamiento crítico en el proceso de enfermería

1. ¿Por qué se avergüenza el Sr. Sánchez de decir a otras personas que toma fármacos psicotrópicos?
2. ¿Es ético que el profesional de enfermería anime a este paciente a tomar el fármaco sabiendo que produce efectos adversos?
3. ¿El profesional de enfermería de este paciente hizo un trabajo adecuado de educación sobre el tratamiento durante su ingreso hospitalario psiquiátrico?

Nota: En el apéndice I puede encontrarse un comentario sobre las preguntas de pensamiento crítico.

Nota: La bibliografía y los recursos de este y el resto de capítulos se han reunido al final del libro.

Revisión del capítulo

TÉRMINOS CLAVE

agonistas

antagonistas

efectos adversos

efectos colaterales

efectos tóxicos

polidipsia

recaptación

sinapsis

síntomas diana

PUNTOS clave

- Los trastornos mentales pueden estar producidos por alteraciones de la anatomía (estructuras) del encéfalo, de la función de los neurotransmisores o de la función neuroendocrina (hormonal).
- Hay un componente genético en la causa de los trastornos mentales, aunque un único gen por sí solo no los produce. Es probable que estos trastornos sean multifactoriales (producidos por una combinación de factores biológicos y sociales).
- Los neurotransmisores salen del axón de una neurona, atraviesan la sinapsis y estimulan la dendrita de la siguiente neurona para transmitir señales a través del sistema nervioso.
- Los fármacos psicotrópicos tratan los síntomas de los trastornos mentales actuando sobre los neurotransmisores del encéfalo.
- Las personas con trastornos mentales claramente responden mejor a un tratamiento que incluya un abordaje holista (fármacos psicotrópicos, una relación terapéutica de confianza y terapias cognitivas y conductuales).
- La capacitación del paciente precisa que el paciente tenga conocimientos, capacidad de comunicar sus propias necesidades, recursos para satisfacer esas necesidades y participación en el plan terapéutico.

- Se deben enseñar al paciente las habilidades necesarias para su colaboración con el plan terapéutico.
- Dos de los motivos más frecuentes de incumplimiento del tratamiento son los efectos colaterales y la interrupción de los fármacos cuando se alivian los síntomas.



EXPLORE MediaLink

Pueden encontrarse recursos interactivos adicionales en la página web complementaria www.prenhall.com/eby. Haga clic en «Chapter 7» y en «Begin» para seleccionar las actividades de este capítulo.

- Audio glossary
- NCLEX-PN® review
- Case study
- Study outline
- Critical thinking questions
- Matching questions
- Weblinks

Protocolo asistencial de pensamiento crítico

Asistencia de un paciente que toma fármacos psicotrópicos

Área de interés del examen NCLEX-PN®: Promoción y mantenimiento de la salud

Estudio de un caso: Ann Lee es una paciente de 57 años de edad que tiene esclerosis múltiple y ha ingresado en un centro asistencial de cuidados crónicos para el tratamiento de una úlcera. La herida está curando, se ha educado a su cuidador sobre los cuidados cutáneos y está previsto darle de alta a su domicilio en 2 días. La Sra. Lee ha tenido síntomas de depresión de forma intermitente durante más de 1 año. Se le ha diagnosticado de depresión hace 4 días. El médico ha prescrito fluoxetina 20 mg v.o. al día, y le ha explicado el tratamiento en ese momento. La fluoxetina es un antidepresivo.

Diagnóstico de enfermería: Conocimientos deficientes sobre el nuevo tratamiento

RECOPILE DATOS

Subjetivos

Objetivos

¿Informaría usted de estos datos? Sí/No

Si así lo hiciera, ¿a quién? _____

Asistencia de enfermería

¿Cómo lo verificaría? _____

Datos recopilados (use todos los correctos)

- Peso 68 kg
- Profesora de español jubilada
- La úlcera de decúbito del cóccix está curando bien.
- Apetito moderado, come el 25-50% de las comidas.
- La paciente pregunta: «¿Tengo que tomar este tratamiento porque estoy loca?».
- La paciente afirma: «Espero sentirme menos deprimida cuando me vaya a casa».
- La paciente refiere tristeza y poca energía.
- La última deposición fue ayer.
- La paciente afirma: «Tengo demasiada debilidad en las piernas para poder caminar».
- La paciente afirma: «Podré dejar de tomar este fármaco en pocas semanas, cuando me sienta mejor».
- La paciente no puede señalar los posibles efectos colaterales de la fluoxetina.
- La paciente no puede señalar los efectos diana de la fluoxetina.
- Vive sola, con un cuidador durante 8 horas al día.

Intervenciones de enfermería (use todas las correctas, colóquelas en orden de prioridad)

- Cambiar de posición a la paciente cada 2 horas. Mantener la piel limpia y seca.
- Enseñar a la paciente que la depresión es una enfermedad biológica producida por concentraciones bajas de neurotransmisores en el encéfalo.
- Enseñar a la paciente que los efectos diana de la fluoxetina son más energía, mejoría del estado de ánimo y mejoría de la concentración mental.
- Enseñar a la paciente que los efectos adversos de la fluoxetina son sequedad de boca, estreñimiento y aumento de la frecuencia cardíaca. Puede hacer que algunas personas sientan ansiedad.
- Programar la toma de la fluoxetina todas las mañanas porque puede hacer que los pacientes tengan ansiedad y puede afectar al sueño si se toma a la hora de acostarse.
- Enseñar al cuidador a pesar a diario a la paciente.
- Indicar a la paciente que tome la fluoxetina por la mañana en su domicilio.
- Indicar a la paciente que el tratamiento puede tardar varias semanas en ser eficaz.
- Enseñar a la paciente que debe seguir tomando el tratamiento aun cuando se sienta mejor.
- Pedir al médico que prescriba un somnífero.
- Preguntar a la paciente si tiene alguna pregunta.
- Indicar a la familia que necesitará un cuidador durante 24 horas al día ahora que tiene un diagnóstico psiquiátrico.

Compare su verificación con el ejemplo proporcionado en el apéndice I.

Preparación del examen NCLEX-PN®

CONSEJO PARA PASAR LA PRUEBA

Lea con cuidado la pregunta, pero no lea cosas que no están ahí. No puede suponer nada que no esté escrito en la pregunta. Si se encuentra preguntándose: «¿Qué ocurriría si... al paciente le hubieran operado del cerebro, o tuviera dos cabezas, o tuviera viruela?», recuerde que sólo se espera que considere lo que está en la pregunta. Las preguntas del examen NCLEX-PN® se refieren a pacientes genéricos y están escritas con la idea de permitirle que demuestre que conoce un principio de enfermería. Piense en el paciente en un entorno genérico ideal. No incluya el hecho de que su lugar de trabajo no tenga lavabos para lavarse las manos. Si lo plantea la pregunta, elija la respuesta «lavarse las manos».

- 1** El cónyuge de un paciente con esquizofrenia pregunta sobre el posible origen del trastorno. La mejor respuesta que podría dar el profesional de enfermería sería: «Probablemente se deba a...»
 1. «Abandono por sus padres durante la infancia.»
 2. «Maltrato físico y mental durante la adolescencia.»
 3. «Un trastorno cerebral que afecta a la estructura y la función del cerebro de su cónyuge.»
 4. «El consumo de drogas ilegales al comienzo de la edad adulta.»
- 2** La principal función de los neurotransmisores en el sistema nervioso es:
 1. Conducir los impulsos desde una neurona a la siguiente.
 2. Nutrir las neuronas.
 3. Crear vías nerviosas entre las células nerviosas.
 4. Fabricar las enzimas que facilitan la comunicación dentro del sistema nervioso.
- 3** ¿Qué prueba diagnóstica sería inadecuada en un paciente esquizofrénico que tuviera miedo a los espacios cerrados?
 1. PET
 2. SPECT
 3. RM
 4. TC
- 4** Si una paciente que tiene una hermana gemela idéntica con esquizofrenia pregunta la probabilidad de tener ella misma el trastorno, la mejor respuesta del profesional de enfermería sería:
 1. «No hay componente genético en la esquizofrenia.»
 2. «Su riesgo de tener esquizofrenia es mayor que el de sus hermanos.»
 3. «Sus factores de riesgo no son mayores que los de la población general.»
 4. «Si yo fuera usted, no me preocuparía por eso.»
- 5** Un paciente diagnosticado de trastorno afectivo estacional tiene mucha probabilidad de tener:
 1. Exceso de cortisol.
 2. Exceso de melatonina.
 3. Disminución de cortisol.
 4. Disminución de melatonina.
- 6** Un paciente deprimido pregunta cómo funciona su antidepressivo. La mejor respuesta del profesional de enfermería sería: «Los antidepressivos...»
 1. «Modifican las estructuras anatómicas del lóbulo temporal del cerebro.»
 2. «Aumentan el consumo de glucosa por el encéfalo.»
 3. «Pueden aumentar la disponibilidad de algunos de los neurotransmisores que participan en el control del estado de ánimo.»
 4. «Alteran la dotación genética de una persona.»
- 7** Un paciente pide al profesional de enfermería que le explique qué es la TC. La mejor respuesta del profesional de enfermería sería: «Una TC es...»
 1. «Una radiografía asistida por ordenador que permite que el médico mire un corte transversal de su encéfalo.»
 2. «Un tubo cerrado que utiliza una energía electromagnética potente para producir una imagen visual de su encéfalo sin utilizar radiación.»
 3. «Una prueba que supone la inyección de un marcador radiactivo que permitirá que el médico reconstruya imágenes de cortes de su encéfalo, incluyendo la utilización de glucosa y oxígeno. Es necesaria una máquina llamada ciclotrón.»
 4. «Una prueba que supone la inyección de un marcador radiactivo sin el uso de un ciclotrón que permitirá que el médico cree imágenes visuales de la actividad cerebral.»
- 8** La madre de una paciente con depresión clínica pregunta qué ha hecho mal para producir la enfermedad. La mejor respuesta del profesional de enfermería sería:
 1. «No se preocupe por el pasado. Debemos abordar lo que está pasando hoy.»
 2. «Aunque podría haber múltiples causas, un desequilibrio de algunos neurotransmisores probablemente ha afectado al estado de ánimo de su hija.»
 3. «La causa más probable es un defecto estructural del cerebro de su hija.»
 4. «Estoy seguro de que no ha hecho nada malo.»
- 9** Un nuevo paciente de una consulta ambulatoria de salud mental pregunta al profesional de enfermería por los beneficios de tomar fármacos psicotrópicos. La mejor respuesta sería: «Los fármacos psicotrópicos...»
 1. «Se pueden utilizar como único tratamiento para un trastorno mental.»
 2. «Pueden curar cualquier trastorno mental.»
 3. «Pueden mejorar la situación de un paciente lo suficiente como para hacer que otras modalidades terapéuticas sean más eficaces.»
 4. «Son eficaces y tienen pocos efectos colaterales graves.»
- 10** Durante la fase de estabilización del tratamiento farmacológico, las responsabilidades de enfermería incluyen (seleccione todas las correctas):
 1. Observar para detectar efectos adversos
 2. Evaluar los síntomas actuales del paciente
 3. Revisión continua de la historia clínica del paciente
 4. Evaluar la respuesta del paciente al tratamiento farmacológico
 5. Educar al paciente sobre el tratamiento farmacológico

En el apéndice I pueden encontrarse las respuestas a las preguntas de revisión, así como un comentario del plan asistencial y el protocolo asistencial de pensamiento crítico.

¡Aprenda de sí mismo!

CAPÍTULO 1 Conocimiento de la salud mental y las enfermedades mentales

Verifique el estado de su propia salud mental.

Me siento bien en relación conmigo mismo.

☐ Sí ☐ No

Ve las cosas desde un punto de vista realista.

☐ Sí ☐ No

Tengo relaciones personales satisfactorias.

☐ Sí ☐ No

Mi vida tiene significado.

☐ Sí ☐ No

Soy productivo en mi trabajo y en mis clases.

☐ Sí ☐ No

Disfruto de oportunidades en las que puedo ser creativo.

☐ Sí ☐ No

Tomo tres comidas equilibradas al día.

☐ Sí ☐ No

Siento que soy el único responsable de mi conducta.

☐ Sí ☐ No

Tengo una actitud positiva la mayor parte del tiempo.

☐ Sí ☐ No

Soy flexible y me adapto fácilmente a los cambios.

☐ Sí ☐ No

Duermo al menos 6 horas todas las noches.

☐ Sí ☐ No

Me levanto sintiéndome descansado todas las mañanas.

☐ Sí ☐ No

Ve el conflicto como un reto y no me veo superado por ello.

☐ Sí ☐ No

¿Qué tal lo ha hecho? Una mayoría de respuestas «sí» indica que está en un estado relativamente bueno de salud mental.

CAPÍTULO 2 Aspectos éticos y legales

Sabiendo que los valores y la ética se entrelazan para determinar su conducta, piense en una semana normal, y vea en qué situaciones la clarificación de los valores fue importante en su respuesta a diferentes situaciones:

Como estudiante de enfermería, encuentro que valoro (elección):

1. 2.

Pude mostrar cuánto significaban para mí mis valores esta semana mediante (aprecio):

1. 2.

Demostre mis valores esta semana mediante (actuación):

1. 2.

CAPÍTULO 3 Teoría de la personalidad

Decida sobre sus propios rasgos de personalidad marcando los recuadros siguientes:

☐ Extrovertido

☐ Introverso

☐ Agradable

☐ Desagradable

☐ Consciente

☐ Impulsivo

☐ Estable

☐ Inestable

emocionalmente

emocionalmente

☐ Abierto

☐ Cerrado

¿Qué rasgos ve usted en sus amigos?

¿Ha utilizado alguna vez un mecanismo de defensa?

A continuación se muestran ejemplos de algunos. Lea la afirmación o situación, y decida qué mecanismo de defensa se está utilizando.

Mecanismo de defensa

A. Supresión

B. Desplazamiento

C. Compensación

D. Racionalización

Afirmación

- «No saqué un sobresaliente en el examen de farmacología porque no le gusto al profesor.»
- «Lo hice fatal hoy en las prácticas clínicas, pero no pude pensar en ello ahora. Pensaré en ello mañana.»
- Después de haber sido reprendida por su profesor de Fundamentos, la estudiante de enfermería se fue a casa y gritó a su hija: «¿Por qué tienes la habitación siempre tan desordenada? Estoy cansada de ir detrás de ti recogiendo las cosas.»
- «No puedo correr tan rápido como mi hermano, por lo que voy a participar en el equipo de debate en lugar de salir a correr a la pista.»

Preguntas al cuestionario

A (2) B (3) C (4) D (1)

CAPÍTULO 4 Enfermería mentalmente saludable

Verifique su tendencia a la codependencia con este cuestionario. (No es una herramienta de investigación oficial, simplemente un ejercicio de diversión elaborado por las autoras.)

Tengo dificultad para decir «no» a otras personas cuando me piden que haga algo por ellas.

☐ Sí ☐ No

Necesito gustar a todos los que me rodean.

☐ Sí ☐ No

Me gusta que mis amigos acudan a mí para que les ayude a resolver sus problemas.

☐ Sí ☐ No

Me siento responsable de los sentimientos de los que me rodean.

☐ Sí ☐ No

Estoy más interesado en agradar a los demás que en agradarme a mí mismo.

☐ Sí ☐ No

Me siento incómodo cuando los demás me alaban.

☐ Sí ☐ No

Me encuentro presentándome voluntario para proyectos para los cuales no tengo realmente ni tiempo ni energía.

☐ Sí ☐ No

Tengo dificultades para relajarme.

☐ Sí ☐ No

Tengo dificultad para tomar decisiones en relación conmigo mismo y mis propios problemas.

☐ Sí ☐ No

Mentalmente me castigo a mí mismo durante semanas después de haber cometido un error.

☐ Sí ☐ No

Las respuestas «sí» indican tendencia a la codependencia. Este capítulo le debería haber dado consejos útiles para comenzar su viaje hacia una enfermería mentalmente saludable.

CAPÍTULO 5 Comunicación y relación profesional de enfermería-paciente

En las últimas 24 horas, mis experiencias de interacción fueron similares a esto:

1. De mis interacciones con los demás hoy, ____ fueron sociales y ____ fueron profesionales (relacionados con el trabajo o la escuela).
2. Ejemplos de comunicación no verbal que utilicé: _____.
3. Ejemplos de comunicación no verbal que observé que utilizaban otros: _____.
4. Mis mensajes fueron comprendidos claramente *siempre* por el receptor del mensaje. ☐ Sí ☐ No
5. Comprendí completamente todos los mensajes que se me enviaron. ☐ Sí ☐ No
6. Toqué físicamente a la mayoría de las personas con las que tuve interacciones hoy. ☐ Sí ☐ No
7. Pedí permiso para tocar a las personas a las que toqué hoy. ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
8. Escuché con atención todos los mensajes verbales y no verbales que se me enviaron. ☐ Sí ☐ No

Este ejercicio le dará una idea bastante buena de cómo se comunica, además de cómo utiliza sus habilidades de comunicación.

CAPÍTULO 6 Estrés y afrontamiento

Compruebe sus propios mecanismos de afrontamiento para enfrentarse al estrés.

Cuando noto que me estoy estresando, inmediatamente trato de identificar el origen del malestar.

☐ Sí ☐ No

Siento que soy el único que puede controlar mi nivel de estrés.

☐ Sí ☐ No

Cuando me siento estresado, llamo a mis amigos y/o familiares para discutir mis sentimientos.

☐ Sí ☐ No

Intento analizar todos los aspectos de una situación estresante.

☐ Sí ☐ No

Pienso que en ocasiones el estrés puede ser una experiencia positiva.

☐ Sí ☐ No

Puedo decir «no» cuando pienso que me veo superado por las exigencias que me imponen los demás.

☐ Sí ☐ No

¿Qué tal lo ha hecho? Una mayoría de respuestas «sí» indica que afronta el estrés de una manera mentalmente saludable.

CAPÍTULO 7 Psicobiología y psicofarmacología

Piense en personas a las que ha conocido y que «actúen de forma extraña». Después responda a las preguntas siguientes.

1. ¿Qué tipo de conducta considera «extraña»?
2. Antes de leer este capítulo, ¿cuáles pensaba que eran los motivos de las conductas «extrañas»?
☐ Fisiológicos ☐ Experiencias previas del paciente
3. Describa sus reacciones previas a personas que actuaban de forma «extraña».
☐ Evitación ☐ Miedo
☐ Intento de incluirlas en la conversación y las actividades
☐ Diversión ☐ Otra
4. Ahora que conoce la psicología de las enfermedades mentales, ¿su reacción a las personas «extrañas» será diferente? ¿En qué sentido?

Empareje los fármacos psicotrópicos con el trastorno mental específico en el que se utilizan (los fármacos se pueden utilizar en más de una enfermedad):

Fármaco	Enfermedad mental
1. Risperidona	A. Depresión
2. Benzotropina	B. Trastorno bipolar
3. Loracepam	C. Ansiedad
4. Aripiprazol	D. Trastorno obsesivo-compulsivo
5. Haloperidol	E. Insomnio
6. Amitriptilina	F. Esquizofrenia
7. Fluoxetina	G. Seudoparkinsonismo
8. Bupropión	H. Trastorno de angustia
9. Bupiriona	I. Trastorno disfórico premenstrual
10. Flufenacina	J. Estrés postraumático
11. Venlafaxina	K. Bulimia nerviosa
12. Litio	

Respuestas

- 1 (F) 2 (G) 3 (C, E) 4 (F) 5 (F) 6 (A) 7 (A, D, I, J, K)
8 (A) 9 (C) 10 (F) 11 (A) 12 (B)

Asistencia de enfermería de pacientes con trastornos mentales

UNIDAD II



Capítulo 8	Esquizofrenia
Capítulo 9	Trastornos del estado de ánimo
Capítulo 10	Trastornos de la personalidad
Capítulo 11	Trastornos de ansiedad
Capítulo 12	Abuso y dependencia de sustancias

Capítulo 8

Esquizofrenia

BREVE sinopsis

Esquizofrenia

Causas de la esquizofrenia

Diagnóstico y características
clínicas

Evolución de la enfermedad

Recuperación

Asistencia integral

Representación de los pacientes

**PLAN ASISTENCIAL
DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:**
Paciente con síndrome
neuroléptico maligno

**PROTOCOLO ASISTENCIAL
DE PENSAMIENTO CRÍTICO:**
Asistencia de un paciente con
psicosis

OBJETIVOS del aprendizaje

Al finalizar la lectura de este capítulo, usted será capaz de:

1. Suministrar al paciente o su familia información básica sobre la causa, las características clínicas y el tratamiento de la esquizofrenia.
2. Monitorizar la situación mental de un paciente.
3. Administrar de forma segura fármacos antipsicóticos.
4. Aplicar el proceso de enfermería a la asistencia de un paciente con esquizofrenia.

La esquizofrenia es un complejo trastorno del encéfalo. Tiene consecuencias importantes a corto y a largo plazo para los pacientes afectados, sus familias y la sociedad. Aproximadamente una de cada 100 personas tendrá esquizofrenia a lo largo de su vida. Los pacientes con esquizofrenia con frecuencia sufren consecuencias graves en sus vidas personal y laboral. También es probable que sufran prejuicios y discriminación en el puesto de trabajo, la sociedad e incluso el sistema sanitario. Los profesionales de enfermería pueden ayudar a las personas afectadas a recuperarse y a vivir una vida mejor utilizando la información correcta sobre la esquizofrenia y manteniendo viva la esperanza.

Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno grave del encéfalo que altera la percepción, los pensamientos, los sentimientos y la conducta de la persona afectada. Los síntomas habitualmente se dividen en **síntomas positivos** (también llamados **psicosis**), como alucinaciones, ideas delirantes y pensamiento desorganizado; **síntomas negativos**, como apatía emocional, ausencia de motivación, retraimiento social y abandono de uno mismo, y **síntomas desorganizados**, como conducta sin finalidad, datos de que los pensamientos del paciente están desorganizados y expresión plana o inadecuada de las emociones.

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

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

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

El diagnóstico del subtipo de esquizofrenia tiene poca utilidad en relación con el tratamiento clínico y la investigación. Se están investigando ideas alternativas sobre su subclasificación (American Psychiatric Association, 2000). Los subtipos se incluyen aquí porque los puede ver escritos en los diagnósticos

de sus pacientes, aunque presentaremos la esquizofrenia de forma general para prepararle para la asistencia de los pacientes con cualquier tipo de trastorno.

Hay otros trastornos que producen psicosis, y que incluyen trastorno esquizoafectivo (una combinación de esquizofrenia con un trastorno del estado de ánimo), manía bipolar y depresión con rasgos psicóticos, aunque este capítulo se va a centrar en la esquizofrenia como prototipo para el abordaje de enfermería de la asistencia de los pacientes con trastornos del pensamiento.

En EE. UU. hay aproximadamente 2,2 millones de pacientes con esquizofrenia (Torrey, 2001). Afecta a mujeres y varones, personas de todas las razas y nacionalidades, y personas de todas las clases socioeconómicas.

Aunque la esquizofrenia es una enfermedad relativamente frecuente y devastadora, está representada de forma insuficiente en la financiación de la investigación y en los servicios que se prestan a los pacientes y a sus familias. Sólo el 60% de los pacientes con esquizofrenia recibe tratamiento en cualquier momento dado. Hay más pacientes con esquizofrenia en la cárcel que en el hospital. Las personas con esquizofrenia con frecuencia no tienen hogar y suelen ser víctimas de crímenes. Las personas no tratadas con el trastorno tienen mayor probabilidad de ser violentas (especialmente si consumen drogas), y esta es la principal causa del estigma al que se enfrenta todo el grupo de personas afectadas. Los servicios públicos de tratamiento psiquiátrico, el alojamiento y los servicios de rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia son claramente inadecuados (Torrey, 2001). La esquizofrenia es un importante problema de salud pública, y todavía se dispone de recursos inadecuados para los que sufren de esta enfermedad, sus familias y las comunidades.

Causas de la esquizofrenia

Actualmente se piensa que la esquizofrenia está producida por una combinación de influencias genéticas y ambientales. Hay muchos genes implicados en el código genético de la estructura y la función del encéfalo. Estudios recientes muestran que algunos genes comienzan a funcionar de forma normal, aunque se pueden hacer anormales en situaciones de estrés.

E. Fuller Torrey ha investigado y escrito mucho sobre la esquizofrenia. Describe 10 hallazgos relacionados con las posibles causas y consecuencias del trastorno (Torrey, 2001):

1. **La enfermedad es familiar.** La esquizofrenia «se da en familias». Es más probable que haya una recurrencia en una familia que ya tiene un miembro con esquizofrenia, aunque no es un trastorno puramente genético. Los gemelos idénticos no siempre son concordantes (iguales) en relación con la esquizofrenia. Si fuera puramente genética, los gemelos idénticos siempre tendrían o no tendrían los dos la enfermedad, y esto no es cierto. Los hermanos de una persona con el trastorno tienen una probabilidad nueve

veces mayor de tener esquizofrenia que la población general. Hay un componente genético, aunque la genética no es lo único que influye.

2. **Cambios neuroquímicos.** Es casi seguro que hay diferencias neuroquímicas en los encéfalos de personas con esquizofrenia, especialmente en el hipocampo y el lóbulo frontal. Las principales sustancias neuroquímicas que se han estudiado son los neurotransmisores y sus receptores, especialmente dopamina, noradrenalina, serotonina, GABA (ácido gamma-aminobutírico) y glutamato (Goff y Coyle, 2001). Es probable que la eficacia de los fármacos antipsicóticos se deba al hecho de que afectan a la función y la disponibilidad de los neurotransmisores.
3. **Cambios de la estructura y la función del encéfalo.** De forma repetida se han encontrado en estudios de imagen cambios estructurales en el encéfalo de pacientes con esquizofrenia. Las alteraciones estructurales incluyen dilatación de los ventrículos cerebrales, disminución del tamaño del sistema límbico y cambios de la estructura celular del hipocampo, la amígdala, la circunvolución parahipocámpica, la corteza entorrínica y la corteza del cíngulo.
4. **Deterioros cognitivos.** La esquizofrenia afecta a cuatro tipos de función *cognitiva* (pensamiento): atención, **función ejecutiva** (pensamiento abstracto y resolución de problemas), conciencia de la enfermedad (introspección) y memoria a corto plazo. Estos deterioros del pensamiento forman parte de la esquizofrenia. Aparecen incluso en personas que no han tomado fármacos, por lo que no se deben a efectos colaterales de los fármacos. Es importante señalar que aunque la enfermedad afecta a algunos aspectos del pensamiento, otros aspectos del pensamiento están intactos, como las habilidades del lenguaje, el conocimiento de la información y las capacidades visuales y espaciales.
5. **Alteraciones neurológicas.** La enfermedad puede producir reflejos anormales (como el reflejo de prensión que se encuentra normalmente sólo en lactantes). Puede producir confusión entre la derecha y la izquierda e imposibilidad de percibir dos estímulos táctiles simultáneos en el cuerpo. La enfermedad se ha asociado a movimientos oculares anormales (movimiento ocular rápido y parpadeo con una frecuencia excesiva o insuficiente). También es importante señalar que los movimientos corporales anormales pueden estar producidos tanto por la propia enfermedad como por los fármacos que se utilizan para tratarla.
6. **Alteraciones eléctricas del encéfalo.** En el electroencefalograma (EEG) se ha observado que los pacientes con esquizofrenia tienen mayor probabilidad de tener actividad eléctrica anormal en el encéfalo.
7. **Alteraciones inmunitarias e inflamatorias.** Se ha encontrado disminución de la función inmunitaria y aumento de citocinas (interleucina-6) en pacientes con esquizofrenia. También se han descrito alteraciones de los leucocitos y las inmunoglobulinas. La dificultad en el

estudio de este aspecto de la enfermedad es que los fármacos antipsicóticos también pueden afectar a la función inmunitaria, por lo que es difícil determinar las alteraciones producidas por la enfermedad y por los fármacos.

8. **Estación de nacimiento.** Los pacientes con esquizofrenia nacen con más frecuencia en invierno y primavera que en verano y otoño. Más de 100 estudios de 34 países han mostrado un aumento del 5-8% de la frecuencia de natalidad de los pacientes con esquizofrenia durante los meses de diciembre a abril. Se desconoce el motivo de esta estacionalidad. Algunos investigadores han planteado la hipótesis de que una infección vírica materna, especialmente durante el segundo trimestre de la gestación, puede ser un factor causal. Apoya esta hipótesis el hecho de que la infección gripal es más frecuente en invierno y en zonas con hacinamiento de personas.
9. **Hábitat urbano.** Las personas nacidas o criadas en un medio urbano tienen mayor riesgo de tener esquizofrenia. La tasa de natalidad de las personas afectadas en la ciudad es el doble que en las zonas rurales. Los barrios residenciales tienen una incidencia intermedia. Además, las personas con el trastorno tienden a mudarse a las ciudades.
10. **Otras alteraciones.** La gestación y las complicaciones del parto, malformaciones físicas leves y artritis reumatoide se asocian a la esquizofrenia.

Se han hecho muchas investigaciones para averiguar la causa de este trastorno debilitante. La respuesta actual es que la esquizofrenia es un trastorno producido por alteraciones de la estructura y la función del encéfalo. Es probable que la esquizofrenia sea más que un único trastorno. Las personas pueden tener síntomas similares con causas diferentes. Hay muchos genes diferentes que codifican las funciones del encéfalo, algunos de los cuales pueden producir únicamente una función anormal en situación de estrés. Se conocen algunos factores de riesgo, aunque todavía no se ha dicho la última palabra.

Diagnóstico y características clínicas

La norma para el diagnóstico de los trastornos mentales es el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) (4.^a edición, texto revisado, 2000). Los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia se presentan en el cuadro 8-1 ■. El diagnóstico se basa en los síntomas y signos del paciente.

La práctica de la enfermería se refiere a la respuesta del paciente a la enfermedad, por lo que los síntomas y signos de la esquizofrenia tienen interés para los profesionales de enfermería. El cuadro 8-2 ■ presenta una descripción de la experiencia de la esquizofrenia por los verdaderos expertos (los pacientes que la sufren).

Los síntomas asociados a la esquizofrenia se pueden encuadrar en tres categorías principales: síntomas positivos, desorganizados y negativos.

CUADRO 8-1

Criterios diagnósticos de esquizofrenia

A. Síntomas característicos:

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

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

B. Disfunción social/laboral:

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

C. Duración:

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

D. Exclusiones:

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

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

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

SÍNTOMAS POSITIVOS

Los síntomas positivos (o psicóticos) parecen ser un exceso o una distorsión de las funciones normales (American Psychiatric Association, 2000). Los síntomas positivos (también llamados psicóticos) incluyen alucinaciones, ideas delirantes y pensamiento desorganizado.

- Las **alucinaciones** son percepciones sensitivas que parecen reales pero que se producen sin un estímulo externo. El paciente puede no darse cuenta de que no son experiencias sensitivas reales. Las alucinaciones auditivas son el tipo más frecuente en la esquizofrenia, y el paciente con frecuencia las percibe como voces. Aproximadamente el 75% de los pacientes con esquizofrenia oye voces en algún momento de la enfermedad (Torrey, 2001). Las alucinaciones visuales son las siguientes en frecuencia. Las alucinaciones

CUADRO 8-2

Comprobación de la realidad: pacientes con esquizofrenia

Lo que han dicho los pacientes con esquizofrenia

- «Al principio suena como el viento en las hojas, susurrante y suave. Después se convierte en voces, que primero susurran y después hablan más alto. Si me concentro las puedo oír con más claridad.»
- «Estoy aquí [hospital psiquiátrico] porque me he peleado con mi hermano. No me pasa nada. ¡Usted sí que está loco!»
- «Las brujas están en mi cabeza y me persiguen todo el tiempo. Nunca estoy seguro. Está bien, no le atraparán a usted.»
- «Un androide llamado Bob me dijo que si saltaba del puente podría volar.»
- «Tengo miedo. Siempre tengo miedo.»
- «Hablo con los animales, ya sabe, a través de sus vientres. Soy vegetariano. Nunca les podría hacer daño. Ya sé lo que es ser comido vivo.»
- «¡Debo trabajar día y noche para mantener controlados estos demonios! Es agotador.»
- «Si oigo [música de] *heavy metal* muy alta a través de los auriculares, a veces apaga las voces.»
- «La máquina de mi cuerpo tenía hambre, por lo que me inyecté algo de manteca de cacahuets y mahonesa para alimentarla. Así me hice esto» [indicando una gran herida necrótica en el brazo].
- «Las voces me están hablando todo el tiempo. Comentan todo, como: "Lo quieres, pero es demasiado bueno para ti, o eres muy malo, o ese hombre te va a matar".»
- «A veces me pregunto: ¿es un recuerdo real, o no? ¿Esa persona intenta matarme? ¿Mis pensamientos van a herir a alguien? Mi madre se suicidó. Sé por qué.»
- «Por favor. Por favor, ¿puede usted o alguien como usted decirme qué me ha pasado? ¿Por qué tengo estos pensamientos? La última vez que le vi, usted era azul. Ahora es rojo. Sé que es un alienígena. ¡Por favor, dígame qué me pasa!»
- «No recuerdo mucho sobre mi ingreso hospitalario. Sí recuerdo haber tenido miedo, terror. También recuerdo que algunas personas intentaban ayudarme, diciéndome que estaría bien. La tranquilidad me podía durar varios días. No ocurría con mucha frecuencia.»
- «Antes del nuevo tratamiento pasaba toda mi vida adulta en el hospital. Ahora que me han dado de alta tengo algunos problemas nuevos que nunca me había planteado, como: "¿cómo me puedo divertir?" y "¿cómo tengo que preparar la comida?". No son problemas tan malos.»

también puede ser táctiles (tacto), gustativas (gusto), olfatorias (olfato) o somáticas (referidas a sensaciones corporales, como electricidad).

- Las **ideas delirantes** son creencias falsas fijas. Estas creencias persisten a pesar de los datos que indican que no son verdaderas. Una creencia delirante no es aceptada habitualmente por los miembros de la cultura o la religión de la persona. La tabla 8-1 ■ presenta una lista de tipos de idea delirante, que se clasifican según su contenido.

TABLA 8-1		
Tipos de ideas delirantes		
TIPO DE IDEA DELIRANTE	CONTENIDO	EJEMPLOS
De grandeza	La persona afectada tiene creencias de aumento de poderes, conocimiento o identidad, o relación con una deidad o una persona famosa.	«Soy Spiderman.»
Delirio de referencia	Los acontecimientos, objetos o personas en el entorno inmediato tienen un significado personal particular y poco habitual.	«El locutor me habla a través de la televisión.»
De persecución	La creencia central es que hay una conspiración contra la persona afectada, se la está acusando, engañando o persiguiendo.	«La comida de aquí está envenenada.»
Somática	El contenido de la idea delirante se relaciona con la estructura o la función del cuerpo del paciente.	«Tengo una máquina dentro del cuerpo.»
Extraña	Ideas claramente improbables que no derivan de experiencias de la vida real.	«Mi vecino plantó un pez en mi cerebro que me dice cuándo tengo que beber agua.»
Emisión del pensamiento	Los pensamientos propios se transmiten en voz alta, por lo que otras personas pueden oírlos.	«No quiero ir a la tienda. Tal vez hiera los sentimientos de alguien si pienso que está gordo.»
Insertión del pensamiento	Los sentimientos de la persona no son suyos propios, sino que son insertados en su mente.	«Usted cree que soy malo, pero no soy yo. El diablo pone esas ideas ahí.»

SÍNTOMAS DESORGANIZADOS

Los síntomas desorganizados incluyen pensamiento desorganizado y conducta desorganizada.

■ El **pensamiento desorganizado** es una característica fundamental de la esquizofrenia. El habla es una demostración observable del pensamiento de una persona. El habla del paciente (velocidad, organización, intensidad y contenido) es una buena forma de evaluar el pensamiento. El habla desorganizada indica pensamiento desorganizado. La esquizofrenia puede generar imposibilidad de clasificar e interpretar la información sensitiva entrante. En consecuencia, los pacientes con esquizofrenia no pueden responder adecuadamente. Los pacientes pueden tener habla incoherente (con cambio de tema cada pocas palabras). En el peor de los casos esto se convierte en una «ensalada de palabras», en la que las palabras se emiten sin ninguna relación entre ellas, como «Perros, bicicleta, lucha, puerta, suceder, máquina, rápidamente». Puede haber asociaciones laxas (también llamadas *descarrilamiento*); es un patrón del habla en el que las ideas de una persona pasan de una a otra con frecuencia (American Psychiatric Association, 2000). Un ejemplo de

asociaciones laxas es: «Ya sabe que vivo en el zoo, me gustan los animales, tengo previsto llevar los zapatos nuevos cuando vaya de paseo, ¿me acompaña?».

■ La **conducta desorganizada** carece de orientación a unos objetivos. La ausencia de orientación a unos objetivos dificulta las actividades de la vida diaria (higiene personal o preparar las comidas). El paciente puede tener conductas inadecuadas o sin finalidad, como caminar en círculos o dar zancadas. Las personas afectadas a veces visten de formas extrañas, tal vez llevando varios sombreros en un día de calor o llevando collares en las orejas. La esquizofrenia produce una alteración de la sensación del propio yo, y afecta a los movimientos y la conducta. La conducta desorganizada puede incluir agitación impredecible (dar zancadas, gritar, blasfemar) o una conducta personal inadecuada, como masturbarse en público (American Psychiatric Association, 2000). Puede incluir también **conducta catatónica** (una marcada reducción de la respuesta al entorno). Los pacientes con catatonía pueden tener una postura rígida, y se resisten a los esfuerzos de moverlas. Pueden tener un movimiento sin finalidad excesivo o pueden adoptar posturas extrañas.

SÍNTOMAS NEGATIVOS

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

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

Autocomprobación crítica. Revise los síntomas de la esquizofrenia: positivos, negativos y desorganizados. ¿Con cuáles de estos síntomas tendría usted más dificultad para vivir si tuviera esquizofrenia?

Evolución de la enfermedad

El inicio de la esquizofrenia habitualmente se produce en la edad adulta joven, aunque puede afectar a personas de cualquier edad. La mayoría de los casos aparece entre los 16 y los 30 años (Torrey, 2001). Además de los síntomas del pensamiento y los síntomas neurológicos, la esquizofrenia afecta a la capacidad de la persona de relacionarse con el propio yo y con los demás, y de desempeñar sus funciones en la sociedad. Los síntomas positivos tienden a estabilizarse en los 5 a 10 años siguientes al diagnóstico, y los síntomas negativos tienden a empeorar con el paso del tiempo (Beebe, 2003). La mayoría de los pacientes con esquizofrenia no se casa, y tiene mayor probabilidad que sus progenitores de estar desempleados (American Psychiatric Association, 2000). Sin embargo, otras muchas personas con esquizofrenia viven vidas satisfactorias en la comunidad, especialmente cuando están en fase de remisión o cuando se están recuperando de



Figura 8-1. ■ Tom Harrell, trompetista estadounidense de jazz (que tiene esquizofrenia), tocando la trompeta en el escenario. Fuente: The Image Works.

la enfermedad. La figura 8-1 ■ muestra a Tom Harrell, un músico de jazz estadounidense (que tiene esquizofrenia), durante una actuación.

Al igual que otras muchas enfermedades crónicas, la esquizofrenia se caracteriza por *exacerbaciones* (recurrencias), en las que el paciente tiene síntomas psicóticos y de otro tipo, y después períodos en los que los síntomas desaparecen. Muchos pacientes tienen una *fase prodrómica* en la que se producen síntomas tempranos, antes de que tengan un episodio psicótico completo. Los síntomas pueden incluir conducta peculiar, habla o afecto poco habituales, e ideas extrañas, como pensar que se pueden comunicar con objetos inanimados (Beebe, 2003). Algunas personas saben que se acerca un episodio psicótico cuando no pueden dormir durante varias noches. Si las personas reconocen los síntomas que constituyen su fase prodrómica (o de alerta), puede ser posible prevenir o reducir con tratamiento el episodio psicótico que se produce después. Para muchas personas, la fase prodrómica comienza con síntomas negativos. Con frecuencia los familiares pueden mirar retrospectivamente y recordar que el paciente pasaba mucho tiempo en la cama, o se hizo más distante o se aisló antes de un episodio psicótico.

El tratamiento y el control de la esquizofrenia se han dividido en tres fases para que coincidan con los principales aspectos de la evolución de la enfermedad (National Collaborating Centre for Medical Health, 2002):

- Inicio del tratamiento en el primer episodio
- Fase aguda
- Fomento de la recuperación

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

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

Los fármacos parecen mejorar el pronóstico a largo plazo de muchos pacientes con esquizofrenia. Después de 10 años de tratamiento, el 25% de los pacientes con esquizofrenia se ha recuperado por completo (los síntomas de la esquizofrenia desaparecen y nunca vuelven), el 25% ha mejorado considerablemente y el 25% ha mejorado moderadamente. El 15% no ha mejorado, y el 10% ha fallecido (Torrey, 2001).

Los pacientes con esquizofrenia mueren a una edad más temprana que otras personas. Las mujeres tienen un riesgo de muerte temprana 5,6 veces mayor que la población general. Los varones tienen un riesgo de muerte temprana 5,1 veces mayor. El suicidio es el principal factor que contribuye a este exceso de la tasa de mortalidad. Los pacientes con esquizofrenia no tratada que tienen depresión y psicosis son los que tienen mayor probabilidad de consumir el suicidio. Otros riesgos que están aumentados en esquizofrenia son accidentes, enfermedades (diabetes, cardiopatías, infecciones y cáncer de mama) e indigencia. La indigencia probablemente contribuya a la incidencia de accidentes y enfermedades (Torrey, 2001).

El trastorno del encéfalo que hay en la esquizofrenia hace que muchas personas afectadas sean incapaces de darse cuenta de que tienen una enfermedad mental. Es una ironía cruel que las personas con esquizofrenia evitan los tratamientos eficaces porque carecen de la introspección para utilizarlos. Algunos profesionales sanitarios culpan a la negación del hecho de que los pacientes con esquizofrenia no se toman en serio su enfermedad. La negación no es el problema. De hecho, la ausencia de introspección forma parte del trastorno de la esquizofrenia (Amador, 2001).

El diagnóstico y tratamiento tempranos de la esquizofrenia son importantes para la prevención de las frecuentes recaídas y reingresos hospitalarios. La intervención temprana puede prevenir los peores resultados a largo plazo (indigencia y muerte) (Torrey, 2001).

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

Recuperación

En 2005 la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) concibió un plan para transfor-

mar el sistema de prestación de asistencia sanitaria mental. Dicho plan incluye el énfasis en los pacientes (personas con enfermedad mental) y sus familias, a las que atendería un sistema asistencial coordinado. Los tratamientos o intervenciones tendrían una base científica (basados en investigaciones que muestran que son eficaces). La totalidad del programa se basa en la idea de recuperación de la enfermedad mental (SAMSHA, 2005).

La recuperación es un proceso en el que las personas con enfermedades mentales graves, como esquizofrenia, trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar, vuelven a integrarse en la vida. Utilizan nuevas habilidades de afrontamiento adaptativas, consiguen un nuevo sentimiento del propio yo como persona ante todo (no como enfermedad) y tienen un nuevo sentido de finalidad en la vida (O'Connor y Delaney, 2007).

Un mensaje importante del movimiento de recuperación es que las enfermedades mentales se pueden tratar y las personas con enfermedades mentales pueden llevar una vida significativa en el entorno que elijan. Los profesionales de salud mental trabajan con los pacientes, dándoles más autonomía que en los modelos terapéuticos previos, y les ayudan a desarrollar las habilidades y el apoyo que necesitan para alcanzar sus objetivos. El objetivo último es desempeñar sus funciones con la menor ayuda profesional posible (Anthony, Cohen, Farkas y Cagne, 2002).

La recuperación de un trastorno mental grave no es como la recuperación de una enfermedad aguda, como la gripe, en la que la totalidad de los síntomas y la causa del trastorno desaparecen. No se trata de una curación. La recuperación de una enfermedad mental supone la recuperación de una nueva sensación del propio yo y de la finalidad dentro de los límites del trastorno y más allá de los mismos. La persona que se encuentra en fase de recuperación, acepta y supera los retos del trastorno. Mediante el proceso de recuperación, las personas que padecen trastornos mentales y otras discapacidades se convierten en participantes activos y valerosos de su propio tratamiento (Deegan, 1988).

Los mejores programas de rehabilitación fomentan, o idealmente esperan, la recuperación. Estos programas prestan sus servicios en el contexto del apoyo de los esfuerzos, explicaciones, fracasos, aprendizaje y nuevos intentos de los participantes.

Los participantes deben ser capaces de retomar donde lo dejaron y probar de nuevo, en un entorno a prueba de fracasos en el que todo el mundo es bienvenido, valorado y deseado. Un programa de rehabilitación con éxito debe reconocer que el viaje de cada persona hacia la recuperación es único. Aunque todas las personas que se recuperan de una discapacidad experimentan desesperanza, la transición a la esperanza y la consecución del deseo de realizar acciones responsables son logros individuales. Las opciones y la flexibilidad son importantes (Deegan, 1988). La figura 8-2 ■ muestra un modelo de recuperación.

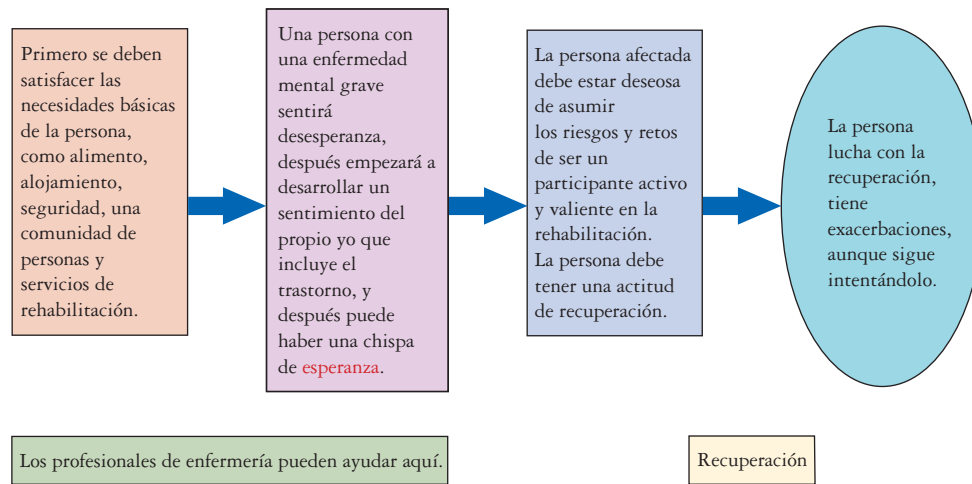


Figura 8-2. ■ Recuperación de una enfermedad mental grave.

Asistencia integral

ESPECTRO CONTINUO DE LA ASISTENCIA

Incluso los pacientes en proceso de recuperación pueden tener exacerbaciones y precisar un ingreso hospitalario durante los episodios agudos de la esquizofrenia. Los pacientes también tienen necesidades terapéuticas que van más allá del hospital. El programa terapéutico que más ayuda a los pacientes es un espectro continuo de asistencia. Este espectro continuo ofrece servicios a pacientes que tienen diferentes necesidades, y ofrece servicios a los pacientes a medida que cambian sus necesidades:

- Ingreso hospitalario para el tratamiento de los episodios agudos
- Gestión de casos, en la que participa un gestor de casos que conoce la historia del paciente y coordina los servicios del paciente en la comunidad
- Recursos en la comunidad para necesidades básicas como alojamiento, alimentos, asistencia médica, transporte y vestido
- Diversas opciones de alojamiento y asistenciales para pacientes con diferentes niveles funcionales, como cuidados subagudos, hospital de día, vida supervisada/asistida, hogares de grupos, hogares de asistencia temporal y situaciones de vida independiente
- Tratamiento ambulatorio en la comunidad del paciente (incluyendo consultas de salud mental, tratamiento ambulatorio involuntario y supervisión del tratamiento, según esté indicado)
- Programas para el empleo, la participación activa en la comunidad, opciones de voluntariado y otras formas que permitan que las personas estén con los demás, y especialmente que tengan la oportunidad de estar con otras personas con trastornos mentales con la finalidad de tener el apoyo de sus iguales y el modelo de roles de la recuperación (Jacobson y Greenley, 2001)

- Apoyo para las familias, incluyendo servicios auxiliares de apoyo familiar, educación, grupos de apoyo y servicios de derivación; las sedes locales de la National Alliance for the Mentally Ill son un recurso excelente para las familias.

Los pacientes con esquizofrenia tienen mejor evolución si comienzan el tratamiento precozmente y reciben servicios adecuados durante todas sus vidas. Se sabe bien qué servicios son necesarios para satisfacer las necesidades de esta población vulnerable, aunque los recursos no existen en muchas comunidades. Hay muchos motivos de esta falta de ayuda para los pacientes con esquizofrenia. Uno es que nuestra sociedad valora tanto la independencia que rechazamos la idea de tratar a las personas contra su voluntad. Además, la esquizofrenia tiene tal estigma que no se valora gastar los impuestos en los pacientes que sufren esta enfermedad. Este estigma también impide que los pacientes soliciten ayuda. Otro motivo es que debido a la propia enfermedad, los pacientes que la tienen no pueden hablar por sí mismos.

TERAPIA AMBIENTAL

Para los pacientes psiquiátricos ingresados en el hospital, se puede utilizar el entorno, o **ambiente**, como parte del tratamiento. El entorno debe ser agradable, sencillo y seguro. Todos los pacientes del ambiente son responsables de su entorno y de su conducta.

Un personal de enfermería que proporcione continuidad ayuda a fomentar el desarrollo de confianza. Los profesionales de enfermería también actúan como modelos de rol para una conducta normal. El personal demuestra cómo interactuar con otras personas, cómo vestirse y cómo pedir a las personas que cambien de conducta. Los pacientes tienen la oportunidad de practicar y recibir retroalimentación sobre su conducta en el entorno. Un objetivo común es aprender cómo reaccionar adecuadamente al estrés y la frustración. Toda interacción con un

paciente es una oportunidad para que el personal de enfermería sea terapéutico.

La presión de los iguales puede favorecer el cambio de conducta. El estímulo por los iguales y el modelo de rol positivo pueden dar a los pacientes esperanza e ideas prácticas sobre cómo fomentar su propia recuperación.

En la terapia ambiental, la conducta inadecuada de los pacientes se aborda cuando se produce. Se evita el castigo. Todo el proceso de vivir en el entorno es una oportunidad para que los pacientes practiquen sus nuevas conductas y habilidades de afrontamiento saludables.

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

La rehabilitación es lo que ocurre después de una fase aguda de psicosis. Para que la rehabilitación tenga la mayor probabilidad de éxito, el paciente debe tener una perspectiva de recuperación. El cambio de terminología hasta hablar sobre la recuperación representa un cambio de la forma en la que las personas piensan en las enfermedades mentales graves. El modelo de enfermedad solía dominar la literatura y el lenguaje sobre el tratamiento. Actualmente sabemos que los pacientes con esquizofrenia deben desarrollar un sentido del propio yo que incluya su trastorno y que incluya también el conocimiento de que son más que el trastorno. Cuando son capaces de incorporar las exigencias del trastorno a sus roles como miembros activos de sus comunidades, hay esperanza de recuperación. Seguirán teniendo esquizofrenia y pueden seguir teniendo episodios agudos, aunque serán miembros de la comunidad, no pacientes psiquiátricos. Los profesionales de enfermería saben desde hace muchos años que los pacientes son ante todo personas, no enfermedades: el paciente de la habitación 103 es una latina de 28 años de edad, alta y de habla suave, de Hollsboro, que tiene esquizofrenia, no una esquizofrénica.

Los valores estadounidenses tradicionales de individualismo, competencia, logro personal y autosuficiencia pueden no ser los mejores objetivos para los pacientes con esquizofrenia. Los programas que permiten que los pacientes (que con frecuencia prefieren que se les llame *consumidores*) trabajen de forma cooperativa pueden ser los mejores. El trabajo compartido y las responsabilidades comparativas en relación con los objetivos del trabajo pueden compensar a la persona durante los períodos de recurrencia (Deegan, 1988).

Muchos pacientes refieren que la mejor forma de rehabilitación para ellos ha sido ayudar a los demás. Algunos pacientes se convierten en profesionales de salud mental o representantes de los mismos; algunos hablan con individuos o grupos de iguales; algunos cuentan públicamente la historia de sus experiencias y su recuperación. Estas valientes personas luchan contra los estigmas que aquejan a los pacientes con enfermedad mental, además de inspirar a otros demostrando la realidad de la recuperación (Jacobson y Greenley, 2001). El fomento de la esperanza del paciente en su recuperación es también una importante intervención de enfermería.

PSICOFARMACOLOGÍA

Los fármacos no son el único tratamiento, aunque son un pilar del tratamiento de la esquizofrenia. Los fármacos antipsicóticos ayudan a aliviar las alucinaciones, las ideas delirantes y el pensamiento desordenado que se asocian al trastorno.

Los fármacos antipsicóticos (también llamados **neurolepticos**), se utilizan para tratar trastornos como la esquizofrenia que se caracterizan por psicosis. También se utilizan para tratar los trastornos del pensamiento que a veces se asocian a la demencia, la manía y la depresión mayor con rasgos psicóticos. La tabla 8-2 ■ presenta información sobre los tres grupos de fármacos antipsicóticos y sus implicaciones para los profesionales de enfermería.

Como la esquizofrenia afecta a las personas de diferentes formas, cualquier paciente individual puede tener que probar varios antipsicóticos diferentes antes de encontrar uno que sea eficaz. Este proceso de ensayo puede ser desmoralizador. Cada fármaco antipsicótico puede tardar de 3 a 6 semanas en producir el efecto deseado. El profesional de enfermería debe explicar esto a los pacientes, diciéndoles que el médico trabajará con el paciente hasta que se encuentre el fármaco correcto, y que nadie abandonará la esperanza.

El cumplimiento del tratamiento es un problema importante en el contexto psiquiátrico. Aproximadamente el 80% de los pacientes que dejan de tomar el tratamiento después de un episodio agudo tendrá una recaída de la psicosis en un plazo de 1 año. Incluso los pacientes que siguen tomando el tratamiento tienen recaídas con una incidencia de aproximadamente el 30% al año (Torrey, 2001). Los fármacos mejoran claramente la calidad y la cantidad de la vida de las personas con enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia. Lamentablemente, los pacientes que necesitan tratamiento farmacológico la mayoría de las veces no se dan cuenta de ello. Además, los fármacos producen efectos colaterales que reducen aún más el cumplimiento en pacientes que tienden a tener una introspección inadecuada.

Los objetivos del tratamiento con fármacos antipsicóticos son los siguientes:

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

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

Antipsicóticos típicos (de primera generación)

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

TABLA 8-2

Fármacos antipsicóticos

FÁRMACOS	ACCIÓN Y USO	RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA	EDUCACIÓN DEL PACIENTE
Antipsicóticos típicos de primera generación ■ Clorpromacina ■ Flufenacina ■ Tioridacina ■ Trifluoperacina ■ Haloperidol ■ Droperidol ■ Loxapina ■ Tiotixeno ■ Molindona	Los antipsicóticos típicos son antagonistas dopaminérgicos-2 (D_2) que bloquean los receptores D_2 y ↓ la actividad de la DA. Se utilizan para ↓ los síntomas positivos, para tratar la psicosis. Se pueden utilizar para ↓ las náuseas (especialmente droperidol). El haloperidol (i.m.) se utiliza para ↓ la psicosis con agitación en situaciones de urgencia. Este grupo se prescribe con mucha menos frecuencia que los atípicos porque los fármacos típicos (especialmente haloperidol) producen más EC relacionados con movimiento anormal y no son eficaces frente a los síntomas negativos.	Monitorizar para detectar EC: síntomas anticolinérgicos, aumento de peso, SEP, DT, hipertensión, taquicardia, convulsiones, galactorrea, deterioro de la memoria, SNM. SEP muy probables con formas i.m.: administrar fármaco anticolinérgico. Tratar EC. Interacciones medicamentosas: efecto adictivo de los depresores del SNC (incluyendo alcohol), pueden ↓ los efectos de los anticoagulantes, pueden ↑ el efecto de los antihipertensivos (↑ riesgo de hipotensión). Son necesarias dosis menores en ancianos.	Enseñar a los pacientes a describir los síntomas objetivos y a evaluar si mejoran desde su punto de vista. La eficacia tarda varias semanas. Educar sobre los EC, cuándo notificarlos al profesional de enfermería o al médico. Educar sobre los SEP y a notificarlos al profesional de enfermería para poder administrar fármacos a demanda. Evitar el alcohol. Si un fármaco no es eficaz, hay otros muchos: mantenga viva la esperanza. Muchas personas tienen que probar varios fármacos para encontrar el que es eficaz para ellas.
Antipsicóticos atípicos o de segunda generación ■ Clozapina ■ Risperidona ■ Olanzapina ■ Quetiapina ■ Ziprasidona	Los antipsicóticos de segunda generación son antagonistas serotoninérgicos-dopaminérgicos. Tratan la psicosis además de algunos síntomas negativos. Se utilizan en la esquizofrenia, la manía aguda, el mantenimiento bipolar, las alteraciones de la conducta en la demencia y trastornos asociados al control de los impulsos. La clozapina tiene una eficacia exclusiva en la psicosis resistente a otros fármacos. No es fármaco de primera elección debido al EC de agranulocitosis (↓ LEU).	Monitorizar para detectar EC: la clozapina puede producir agranulocitosis potencialmente mortal, por lo que se deben monitorizar los LEU cada semana durante los primeros 6 meses, y después cada 2 semanas durante todo el tratamiento. Otros EC para este grupo incluyen aumento de peso (especialmente olanzapina), sedación, hipotensión ortostática, hiperglucemia (pueden producir DM de tipo 2), hipersalivación, riesgo de convulsiones, SEP (especialmente risperidona), prolongación de la conducción cardíaca (especialmente ziprasidona), SNM (infrecuente). Interacciones medicamentosas: pueden ↑ los efectos de los antihipertensivos, pueden antagonizar los fármacos antiparkinsonianos, depresión aditiva del SNC con otros depresores (alcohol), ↑ efectos anticolinérgicos con otros anticolinérgicos. Son necesarias dosis menores en ancianos.	Enseñar a los pacientes a describir los síntomas subjetivos y a notificar si mejoran o no. La eficacia para los síntomas positivos puede aparecer en 1 semana, aunque puede tardar varias semanas en hacer el efecto completo. Educar sobre los EC y cuándo notificarlos al personal. Puede necesitar educación sobre el ejercicio y la nutrición. Los pacientes tratados con clozapina deben cumplir las extracciones de sangre para determinar los LEU. Evitar el alcohol. Puede ser necesario un estudio de la glucosa sanguínea. Muchos pacientes tienen que probar varios fármacos antes de encontrar el más eficaz para ellos: mantenga viva la esperanza.

(Continúa)

TABLA 8-2			
Fármacos antipsicóticos (cont.)			
FÁRMACOS	ACCIÓN Y USO	RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA	EDUCACIÓN DEL PACIENTE
Antipsicóticos de tercera generación ■ Aripiprazol	Estabilizador dopamínico: ↓ DA cuando está elevada, mantiene la DA cuando está a una concentración normal, también estabiliza el estado de ánimo. Se utiliza en la esquizofrenia y la manía bipolar, los mismos trastornos que los fármacos atípicos.	Monitorizar para detectar EC: produce menos SEP que los atípicos de segunda generación, puede producir acatisia, el aumento de peso y la sedación son también menos frecuentes, SNM (infrecuente), hipotensión ortostática, náuseas, estreñimiento. Mismas interacciones medicamentosas que antes. Son necesarias dosis menores en ancianos.	Educar al paciente a describir los síntomas de la psicosis y a notificarlo cuando tenga mejoría subjetiva. La eficacia para los síntomas positivos puede observarse en 1 semana, aunque puede tardar varias semanas en hacer el efecto completo. Si este fármaco no es eficaz, mantenga viva la esperanza; muchos pacientes deben probar varios fármacos antes de encontrar el mejor para ellos.

Nota: ↑ = aumento, ↓ = disminución, DA = dopamina, DM = diabetes mellitus, DT = discinesia tardía, EC = efectos colaterales, i.m. = intramuscular, LEU = leucocitos, SEP = síntomas extrapiramidales, SNC = sistema nervioso central, SNM = síndrome neuropsíquico maligno.

en el tratamiento de las psicosis agudas con agitación. Los síntomas negativos no responden bien a los fármacos antipsicóticos típicos.

Los pacientes pueden tardar entre 2 días y 2 semanas en experimentar los efectos sedantes de los fármacos antipsicóticos típicos. El efecto completo (eficacia) puede tardar 4 semanas o más. Los fármacos atípicos pueden tardar varios meses en alcanzar el efecto beneficioso completo. Se debe informar a los pacientes y a las familias de que la espera hasta que se produzca la respuesta esperada al tratamiento puede ser larga. Sin ese conocimiento pueden abandonar la esperanza y dejar de tomar el tratamiento demasiado pronto (Stuart y Laraia, 2005).

EFFECTOS COLATERALES. Los efectos colaterales son frecuentes con los fármacos antipsicóticos. Los efectos colaterales son con frecuencia el motivo por el que los pacientes dejan de tomar el tratamiento cuando están en su domicilio. Por tanto, el tratamiento de los efectos colaterales es una parte crítica de la asistencia de los pacientes que toman estos fármacos.

Efectos colaterales extrapiramidales. El antagonismo de los receptores D₂ produce reducción de la psicosis y también produce efectos colaterales extrapiramidales (denominados también ECEP, o SEP, **síntomas extrapiramidales**). El cuadro 8-3 ■ enumera los efectos colaterales extrapiramidales. Los ECEP se deben a los efectos de los fármacos antipsicóticos sobre los tractos extrapiramidales del sistema nervioso central, que controlan el movimiento involuntario (Kneisl, Wilson y Trigoboff, 2004).

El paciente con psicosis no tratada tiene elevación de la actividad dopaminérgica. El mecanismo homeostático (equilibrador) de la persona responde aumentando la actividad colinérgica.

CUADRO 8-3

Efectos adversos extrapiramidales

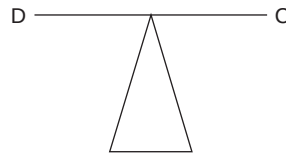
- **Distonía** (rigidez muscular)
- **Seudoparkinsonismo o discinesia** (rigidez, temblor y marcha arrastrada)
- **Acatisia** (inquietud, imposibilidad de estar quieto)
- **Discinesia tardía** (trastorno del movimiento de inicio tardío)

gica. Debe haber equilibrio entre los neurotransmisores dopamina y acetilcolina para mantener la función muscular normal. Cuando este paciente recibe un fármaco antipsicótico, se reduce rápidamente la actividad dopaminérgica, pero la actividad colinérgica sigue estando elevada (el equilibrio colinérgico puede tardar 2 semanas en volver al nuevo nivel bajo de dopamina producido por el fármaco). Como consecuencia, vuelve a haber un desequilibrio entre la actividad dopaminérgica y colinérgica, lo que produce SEP. Un segundo fármaco, un fármaco anticolinérgico, puede restaurar este equilibrio y aliviar los SEP. La figura 8-3 ■ muestra de forma esquemática la causa y el tratamiento de los SEP.

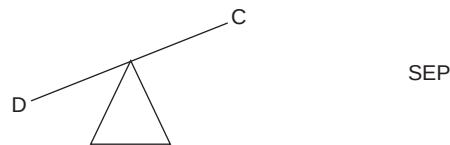
Los SEP son síntomas neurológicos significativos que incluyen lo siguiente:

- **Distonía.** Rigidez muscular, contracción muscular anormal. Si afecta a la lengua o la laringe, se puede producir atragantamiento. La distonía aguda puede ser dolorosa y aterradora. Puede ser leve, como tensión de los músculos de la mandíbula, o tan grave como una *crisis oculógira* (giro posterior e incontrolable de los ojos), *tortícolis* (el cuello gira la cabeza hacia un lado y hacia atrás) u *opistótonos* (espasmos musculares generalizados que

A. Hay equilibrio en el estado de equilibrio del paciente esquizofrénico de dopamina alta.



B. Los fármacos antipsicóticos reducen la actividad dopaminérgica, estableciendo un desequilibrio entre la dopamina, DA, y la acetilcolina, ACo. El paciente tiene SEP.



C. Se administra fármacos anticolinérgicos para reducir la actividad colinérgica, lo que restaura el equilibrio y trata los SEP.

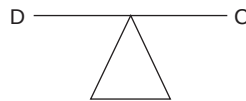


Figura 8-3. ■ Equilibrio dopaminérgico y colinérgico en los síntomas extrapiramidales (SEP).

producen arqueamiento de la espalda y el cuello). Se produce distonía en aproximadamente el 20% de los pacientes que toman antipsicóticos típicos.

- **Seudoparkinsonismo o discinesia** (movimiento anormal). Postura rígida e inclinada hacia adelante, marcha arrastrada, temblor, movimientos lentos, *rigidez en rueda dentada* (movimientos articulares en sacudidas, como un trinquete), *cara en máscara* (pérdida de expresión facial). Estos síntomas relacionados con el movimiento están producidos por un desequilibrio entre la dopamina y la acetilcolina, no por una enfermedad de Parkinson verdadera. El seudoparkinsonismo, o discinesia, afecta al 20% de los pacientes que toman antipsicóticos típicos.
- **Acatisia.** Inquietud, intensa necesidad de moverse. El paciente puede referir sensación de «saltar fuera de la piel» o imposibilidad de sentarse quieto. La acatisia puede hacer que los pacientes den zancadas por el suelo (caminar de un lado a otro de forma continua), jueguen con los dedos o muevan los brazos y las piernas mientras están sentados. La acatisia puede imposibilitar que el paciente duerma

durante días. Es el más frecuente de los SEP, afecta al 25% de los pacientes y responde mal al tratamiento (Keltner, Schwewe y Bostrom, 2007).

Los SEP son muy incómodos para los pacientes. Cuando un paciente tiene SEP, el médico puede reducir la dosis del antipsicótico, prescribir un antipsicótico diferente o probar un anticolinérgico u otro fármaco para tratar los síntomas. Los fármacos anticolinérgicos habitualmente se administran por vía oral, aunque algunos se pueden administrar por vía parenteral en situaciones de urgencia. El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de preguntar si el paciente se siente incómodo y de hablar en nombre del paciente para obtener alivio. La tabla 8-3 ■ enumera los fármacos que se utilizan para tratar los SEP.

- La **discinesia tardía** (inicio tardío de movimientos anormales) es un efecto colateral extrapiramidal que aparece después de un tratamiento prolongado con fármacos antipsicóticos. Los síntomas de la discinesia tardía (DT) incluyen movimientos involuntarios, como pasarse la lengua por los labios, hacer muecas faciales, sacar la lengua, retorcer la lengua, parpadear u otros

TABLA 8-3		
Fármacos anticolinérgicos que se utilizan para tratar los síntomas extrapiramidales		
NOMBRE GENÉRICO	CLASIFICACIÓN DEL FÁRMACO	¿DISPONIBLE EN FORMA INYECTABLE?
Benzotropina	Anticolinérgico	Sí
Biperideno	Anticolinérgico	Sí
Difenhidramina	Antihistamínico (tiene potentes efectos colaterales anticolinérgicos)	Sí
Prociclidina	Anticolinérgico	No
Trihexifenidilo	Anticolinérgico	No

movimientos involuntarios de las extremidades y el tronco. Los síntomas más frecuentes de la DT incluyen movimientos involuntarios anormales de la cara y la lengua. Los síntomas desaparecen durante el sueño. A veces los pacientes pueden suprimir voluntariamente los movimientos anormales durante períodos breves, aunque reaparecen cuando el paciente se concentra en otra cosa. La DT se puede deber a la aparición de hipersensibilidad a la dopamina. No está producida por el mismo desequilibrio dopamina-acetilcolina que produce los otros SEP. No responde a los fármacos anticolinérgicos (Keltner y cols., 2007).

Irónicamente, los mismos fármacos antipsicóticos que producen la DT pueden enmascarar sus síntomas tempranos. Es importante valorar a los pacientes que reciben tratamiento antipsicótico para detectar movimientos involuntarios anormales con una escala, como la escala Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS, escala de movimientos involuntarios anormales), para detectarla de forma precoz. La tabla 8-4 ■ es una escala que utilizan los profesionales de enfermería para monitorizar a los pacientes para detectar movimientos involuntarios anormales. No hay ningún tratamiento eficaz para la DT, aunque se puede prevenir mediante el uso de la menor dosis eficaz del fármaco antipsicótico. El cambio a otro antipsicótico puede detener la progresión de la DT. Con frecuencia es irreversible.

Autocomprobación crítica. Una paciente tiene molestia por tensión muscular en las mandíbulas debido a SEP. Pregunta: «¿Por qué tengo que seguir tomando esta medicación? Me hace sentir peor que cuando no tomaba ninguna medicina». ¿Cómo debe responder el profesional de enfermería? ¿Es ético que el profesional de enfermería administre un fármaco que se sabe que producen efectos colaterales?

Síndrome neuroléptico maligno. El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es un efecto colateral potencialmente mortal

de los fármacos antipsicóticos. Los principales síntomas son fiebre elevada, rigidez muscular, *inestabilidad autónoma* (inestabilidad de la presión arterial, diaforesis, piel pálida), trastorno confusional, imposibilidad de hablar, temblor y elevación de la concentración de enzimas que indican lesión muscular (creatina fosfocinasa, o CPK). La temperatura puede aumentar hasta valores tan elevados como 42,2 °C.

Menos del 1% de los pacientes que toman antipsicóticos presenta SNM, pero en estos casos puede ser mortal. El diagnóstico y el tratamiento temprano son fundamentales para la supervivencia de los pacientes.

Los pacientes tienen mayor riesgo de presentar SNM si tienen deshidratación, nutrición inadecuada o enfermedades médicas asociadas. El tratamiento supone la interrupción de los fármacos antipsicóticos y el tratamiento de apoyo para la deshidratación y los demás síntomas (Videbeck, 2004).

El síndrome neuroléptico maligno es una reacción idiosincrásica a los fármacos antipsicóticos (neurolépticos). Habitualmente, aunque no siempre, aparece en fases tempranas del tratamiento. No es un efecto tóxico ni alérgico. Los antipsicóticos típicos de potencia elevada son los fármacos implicados con más frecuencia.

ALERTA clínica

El síndrome neuroléptico maligno es un efecto colateral potencialmente mortal de los fármacos antipsicóticos. Habitualmente se produce en fases tempranas del tratamiento. Los profesionales de enfermería deben monitorizar a los pacientes para detectar fiebre elevada, dolor muscular y signos vitales inestables, y comunicárselos inmediatamente al médico.

Efectos adversos endocrinos. La dopamina inhibe la hormona prolactina, que favorece el crecimiento de las mamas y la producción de leche. Los antipsicóticos típicos elevan la concentración de prolactina porque inhiben la dopamina. La elevación crónica de la prolactina puede producir disminución de

TABLA 8-4

Escala de movimientos involuntarios anormales (AIMS, Abnormal Involuntary Movement Scale)

Síntomas de discinesias				
ESTE FORMULARIO INCLUYE CUATRO EVALUACIONES PARA MOSTRAR LOS CAMBIOS A LO LARGO DEL TIEMPO.	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1. Músculos de la expresión facial				
2. Labios y área perioral				
3. Mandíbula				
4. Lengua				
5. Parte superior del cuerpo (brazos, manos, dedos)				
6. Parte inferior del cuerpo (piernas, rodillas, tobillos, dedos)				
7. Cuello, hombros, torso, caderas				
<i>Juicio global</i> Gravedad de los movimientos anormales				
Síntomas extrapiramidales y otros síntomas				
1. Rigidez				
2. Temblor				
3. Bradicinesia				
4. Acatisia				
Problemas dentales				
1. ¿Problemas actuales con los dientes o las prótesis dentales? No = 0, Sí = 1				
2. ¿El paciente habitualmente lleva prótesis dental? No = 0, Sí = 1				

Técnica de la exploración	
Antes o después de la exploración, observe al paciente en reposo. Los movimientos anormales a veces se pueden suprimir si el paciente se concentra en ellos. La silla utilizada en la exploración debe ser firme y sin brazos. - Pregunte al paciente si tiene algo en la boca (chicle, caramelo) y, en caso positivo, que lo saque. - Pregunte al paciente sobre enfermedades dentales actuales. Pregúntele si lleva prótesis dental y, en caso positivo, si le molesta ahora al paciente. Los movimientos de la lengua y de la boca asociados a los problemas dentales se pueden confundir con movimientos involuntarios anormales. - Pregunte al paciente si observa algún movimiento en la boca, la cara, las manos o los pies. En caso positivo, pregúntele en qué medida le molestan actualmente o interfieren con sus actividades. - Pida al paciente que se siente en una silla con las piernas algo separadas, las manos sobre las rodillas y los pies planos sobre el suelo. Mire los movimientos de todo el cuerpo mientras está en esa posición. - Pida al paciente que se siente sin apoyar las manos (entre las piernas o colocadas sobre las rodillas). Observe las manos y otras áreas corporales.	- Pida al paciente que abra la boca. Observe la lengua en reposo en la boca. Haga dos veces esta maniobra. - Pida al paciente que saque la lengua. Observe para detectar alteraciones del movimiento de la lengua. Haga dos veces esta maniobra. - Pida al paciente que se toque el pulgar con cada uno de los dedos de la mano, uno cada vez, lo más rápidamente posible durante 10 a 15 segundos, primero con una mano y después con la otra. Observe la cara y las manos. La concentración de los movimientos de los dedos de la mano puede permitir que se hagan evidentes movimientos anormales en otra localización. - Flexione y extienda los brazos del paciente, uno cada vez. Observe cualquier rigidez. - Pida al paciente que se ponga de pie. Observe de perfil todas las áreas corporales una vez más, incluyendo las caderas. - Pida al paciente que extienda los dos brazos estirados delante de él con las palmas hacia abajo. Observe el tronco, las piernas y la boca. - Pida al paciente que dé algunos pasos, gire y vuelva caminando a la silla. Observe las manos y la marcha. Haga dos veces esta maniobra.

Puntúe cada uno de los elementos en la escala siguiente. Puntúe la mayor gravedad observada.

Ninguno = 0,
Moderado = 3,

Mínimo = 1,
Grave = 4,
Leve = 2,

la *libido* (impulso sexual), *ginecomastia* (aumento del tamaño de las mamas) y *galactorrea* (secreción de leche) en mujeres y varones. También puede producir disfunción menstrual en las mujeres.

La incidencia de diabetes de tipo 2 está aumentada en pacientes que tienen esquizofrenia, incluso pacientes que no son obesos. Este aumento se puede deber en parte a los efectos adversos sobre el sistema endocrino que producen los fármacos antipsicóticos. Los profesionales de enfermería deben estar atentos a la aparición de síntomas y signos de hiperglucemia en pacientes que tomen antipsicóticos atípicos.

Efectos colaterales anticolinérgicos. Los efectos colaterales anticolinérgicos aparecen con frecuencia por el uso de antipsicóticos. El cuadro 8-4 ■ enumera los síntomas anticolinérgicos. Los pacientes que toman fármacos anticolinérgicos por SEP tienen aumento del riesgo de estos efectos colaterales.

Aumento de peso. Cualquier antipsicótico puede producir aumento de peso, especialmente clozapina, olanzapina y risperidona. El aumento de peso con los antipsicóticos se asocia a aumento del apetito, atracones de comida, deseo irresistible de tomar carbohidratos, disminución de la saciedad y cambio de las preferencias alimenticias en algunos pacientes (Allison y Casey, 2001). El aumento de la insulina puede contribuir también al aumento de peso en pacientes que toman fármacos antipsicóticos (Brown, Cooper, Crimson y Enderle, 2002). El aumento de peso se asocia a elevación del riesgo de enfermedades cardiovasculares y de otras enfermedades. El mejor abordaje de enfermería es la prevención, mediante educación sobre ejercicio y nutrición.

Hipotensión ortostática. La hipotensión producida por los fármacos antipsicóticos es un efecto antiadrenérgico. Normalmente los vasos sanguíneos pueden responder a cambios de la postura corporal contrayéndose, garantizando un flujo sanguíneo adecuado al encéfalo. Cuando se produce bloqueo de los receptores simpáticos alfa-1, se impide que los vasos respondan automáticamente a los cambios de la postura corporal.

CUADRO 8-4

Efectos anticolinérgicos

- Sequedad de boca
- Hipotensión ortostática
- Estreñimiento
- Vacilación o retención urinaria
- Dilatación pupilar (*midriasis*)
- Visión próxima borrosa
- Sequedad ocular
- Fotofobia
- Aumento de la frecuencia cardíaca

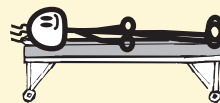
CUADRO 8-5

LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

Medición de la presión arterial ortostática

- ✓ Después de que el paciente haya estado tumbado durante al menos 5 minutos, tome la presión arterial y el pulso del paciente.

Los 5 minutos permiten que la presión arterial se equilibre en la posición de decúbito supino.



- ✓ Indique al paciente que se ponga de pie. Espere aproximadamente medio minuto o 1 minuto, y vuelva a tomar la presión arterial y el pulso.

La espera de un minuto permite que se produzca ortostatismo (disminución de la PA debido al cambio de posición). Una espera más prolongada puede dar tiempo a que la vasculatura del paciente compense el cambio de posición. Usted intenta determinar si la presión arterial del paciente disminuye significativamente al levantarse, lo que hace que tenga riesgo de lesiones.



Una disminución de la presión arterial sistólica de 15-20 mmHg con aumento de la frecuencia del pulso indica hipotensión ortostática.

- ✓ Espere otros 2 minutos y vuelva a tomar la presión arterial y el pulso.

Este tiempo adicional permitirá evaluar si el paciente puede compensar con el tiempo el cambio de posición. Si el paciente puede compensar, la PA volverá a un valor próximo al inicial.



Esta hipotensión ortostática (relacionada con la postura) se produce cuando la persona se pone de pie o cambia rápidamente de postura. También se denomina hipotensión postural. La hipotensión ortostática tiene mayor probabilidad de producirse en ancianos. Puede generar un riesgo para la seguridad del paciente si tiene mareo o se cae cuando disminuye la presión arterial. El cuadro 8-5 ■ presenta un recordatorio sobre cómo medir la presión arterial para detectar hipotensión ortostática.

Efectos colaterales cardíacos. Los antipsicóticos pueden producir aumento de la frecuencia cardíaca como efecto colateral anticolinérgico. Estos fármacos, y especialmente la ziprasidona, también pueden producir prolongación del tiempo de conducción en el sistema eléctrico del corazón. En el ECG se vería prolongación del intervalo QT.

Convulsiones. Los antipsicóticos tienden a reducir el umbral convulsivo. Esto significa que haría falta un estímulo menor para producir una convulsión en un paciente que tomara estos

fármacos. La epilepsia y el antecedente de convulsiones no son contraindicaciones al uso de fármacos antipsicóticos, aunque se deben comunicar al médico estos antecedentes.

Fotosensibilidad. Algunos pacientes que toman antipsicóticos tienen *fotosensibilidad*, que es un aumento de la sensibilidad a los efectos del sol. Los pacientes fotosensibles tienen quemaduras solares graves con una exposición mínima al sol. Pueden tener fotosensibilidad pacientes de piel oscura y de piel clara. Se les debe aconsejar que eviten la exposición prolongada a la luz solar o que se apliquen pantallas solares en la piel siempre que estén fuera de casa.

Antipsicóticos atípicos

Los fármacos atípicos influyen sobre diversos puntos receptores dopamínicos, serotoninínicos, muscarínicos, alfa-adrenérgicos e histamínicos.

Los fármacos atípicos difieren de los antipsicóticos típicos en varios aspectos importantes. Los fármacos atípicos (Rankin, 2000):

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

EFFECTOS COLATERALES. Los SEP son los efectos colaterales que refieren con más frecuencia los pacientes como motivo de incumplimiento del tratamiento antipsicótico en su domicilio. En conjunto los antipsicóticos atípicos producen menos SEP, menos aumento de la prolactina y menos discinesia tardía. Debido a su eficacia y a su perfil más favorable de efectos colaterales, los antipsicóticos atípicos actualmente se prescriben con más frecuencia en pacientes con psicosis.

Diabetes. Los antipsicóticos atípicos aumentan el riesgo de que los pacientes presenten diabetes de tipo 2. Los pacientes que reciben antipsicóticos atípicos tienen una probabilidad nueve veces mayor de tener diabetes de tipo 2 que los pacientes que toman fármacos típicos. La propia esquizofrenia aumenta el riesgo de que los pacientes tengan alteración de la tolerancia a la glucosa. Los fármacos pueden aumentar la resistencia insulínica en las células del cuerpo, lo que produce diabetes. Se debe monitorizar con frecuencia a los pacientes que tomen estos fármacos para detectar la aparición de hiperglucemia. Otros factores de riesgo, como etnicidad nativa estadounidense, afroamericana o latina, obesidad, sexo femenino y antecedente familiar de diabetes de tipo 2, aumentan el riesgo del paciente (Brown, 2002; Ollendorf, Joyce y Rucker, 2004).

Agranulocitosis. Aunque su perfil de efectos colaterales es favorable, los fármacos atípicos siguen teniendo efectos colaterales. El más llamativo es que la clozapina puede producir

agranulocitosis, una disminución potencialmente mortal de la producción de leucocitos. Este efecto aparece en el 1% de los pacientes que toman clozapina. Debido a esta grave posibilidad, la clozapina se utiliza sólo en pacientes resistentes al tratamiento con otros antipsicóticos. La resistencia al tratamiento se establece por la ausencia de respuesta a al menos dos fármacos antipsicóticos diferentes. La clozapina es eficaz en el tratamiento del 25-50% de los pacientes cuyos síntomas no responden a los fármacos típicos (Brown y cols., 2002).

ALERTA clínica

Se deben medir los leucocitos en todos los pacientes que reciban clozapina, una vez a la semana durante los primeros 6 meses de tratamiento y después cada 2 semanas, para evaluar si el recuento leucocítico está estable. Si disminuye el recuento leucocítico del paciente (lo que indica supresión de la médula ósea), se debe suspender permanentemente la clozapina.

Antipsicóticos de tercera generación

El primer antipsicótico de tercera generación es un estabilizador del sistema dopamínico llamado *aripiprazol*. Al contrario de los demás fármacos antipsicóticos, el aripiprazol tiene efecto estabilizador y modulador de la dopamina del encéfalo. Este fármaco tiene como objetivo reducir la transmisión dopaminérgica cuando está demasiado elevada y mantenerla cuando está demasiado baja, manteniendo de esta forma el equilibrio dopaminérgico-colinérgico. El fármaco produce una incidencia muy baja de movimientos involuntarios anormales (SEP), aunque puede producir acatisia (Stahl, 2001).

Inyección de depósito y otras formas farmacéuticas

Actualmente se dispone de varios fármacos antipsicóticos en forma de *decanoato* de acción prolongada (inyección de depósito). La **inyección de depósito** es una forma medicamentosa con el fármaco con una base oleosa que se inyecta por vía intramuscular con la finalidad de tener una liberación lenta del fármaco a lo largo de varias semanas. El haloperidol y la flufenacina se encuentran entre los fármacos típicos que están disponibles en forma de depósito. Se presentan en una solución en aceite de sésamo. El haloperidol se repite cada 4 semanas, y la flufenazina cada 1 a 4 semanas.

La risperidona es un fármaco antipsicótico atípico disponible en forma inyectable de acción prolongada. Se presenta en un polvo de microesferas que está suspendido en una solución salina y se administra por vía i.m. cada 2 semanas. La olanzapina también está disponible en forma i.m. Su duración de acción es de 4 semanas, con un máximo de 2 semanas después de la inyección.

Las ventajas de la forma de acción prolongada de los fármacos antipsicóticos se relacionan con el cumplimiento del trata-

miento farmacológico. Un paciente puede ser capaz de cumplir una visita a la consulta una vez cada varias semanas con más facilidad y constancia que tomar fármacos orales todos los días.

Autocomprobación crítica. ¿Cuáles piensa que podrían ser las desventajas de tomar fármacos antipsicóticos en una forma i.m. de acción prolongada?

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

Autocomprobación crítica. ¿Es aceptable alguna vez que el profesional de enfermería ponga el fármaco del paciente en zumo, y que después le diga al paciente «bébase el zumo»? ¿Por qué?

Potencial de abuso

Los fármacos antipsicóticos no producen euforia, por lo que estos fármacos prácticamente no tienen potencial de abuso. Tampoco producen adicción ni dependencia. Esta ausencia de potencial de abuso es un aspecto educativo importante, porque muchos pacientes piensan que cualquier fármaco que afecte a la mente es adictivo.

ALERTA clínica

Los profesionales de enfermería con frecuencia dudan si administrar los fármacos prescritos a demanda, tal vez por miedo a la responsabilidad de tomar la decisión de administrarlos. Si el paciente tiene SEP, no dude en administrarles estos fármacos anticolinérgicos cuando se hayan prescrito a demanda. Los SEP son muy molestos para los pacientes y son un importante motivo de incumplimiento de los fármacos antipsicóticos.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

En enfermería de salud mental se debe valorar primero la posibilidad de violencia por parte del paciente porque es un problema de seguridad. Los pacientes con enfermedades mentales en general no son más violentos que el público general, aunque hay grupos de personas con enfermedad mental con aumento del riesgo de la violencia hacia los demás (Torrey, 1997). Estos factores de riesgo de violencia incluyen los siguientes:

- Actos violentos previos en el domicilio o durante el tratamiento
- Antecedente de abuso de sustancias, especialmente si actualmente está bajo la influencia de dichas sustancias
- Ideas delirantes paranoides
- Alucinaciones con órdenes (ordenan al paciente que lesione a alguien)
- Antecedente de haber sido víctima de violencia (la violencia es una conducta aprendida)

Determinadas conductas pueden indicar que un paciente se está agitando cada vez más y tiene mayor probabilidad de actuar de forma violenta. Estas conductas son apretar los puños, hablar en voz alta o gritar, amenazar, aumento de la actividad motora (estaba sentado y después camina, y después da zancadas de un lado a otro rápidamente), golpear las paredes o los muebles, estremecerse o parecer asustado.

Valoración del estado mental

Cuando se le pregunta: «¿cuál es el estado mental del paciente?», el personal de enfermería con frecuencia responde: «alerta y orientado», «orientado en persona, tiempo y lugar». Los principales hallazgos clínicos en la esquizofrenia no se abordan en la valoración de «alerta y orientado». Una paciente podría decir: «Soy Linda Eby. Estoy en el hospital. Es jueves y son las 8 de la tarde». Esto suena bastante bien, aunque ¿muestra si la paciente tiene alucinaciones o ideas delirantes, o si su pensamiento está desorganizado? Cuando se escribe la valoración, ¿el lector sabe si la paciente tenía afecto plano o avoliación? Mire a las personas de la figura 8-4 ■. No puede oír lo que dicen, pero ¿qué puede decir sobre sus sentimientos por la observación de su afecto?

Como los profesionales de enfermería no leen la mente, la observación sistemática del habla y la conducta del paciente es lo mejor para valorar el contenido del pensamiento. El cuadro 8-6 ■ es una muestra de valoración del estado mental. Esta herramienta de valoración ofrece información sobre los diversos aspectos del estado mental que son importantes en el contexto psiquiátrico. Vea también el vocabulario de la valoración del estado mental en el cuadro 8-7 ■ (cada especialidad tiene su propio lenguaje).

Valoración cognitiva

La valoración de la *capacidad cognitiva* del paciente, que incluye memoria, juicio y pensamiento abstracto, se incluye en el estado mental. Estos factores son especialmente importantes cuando se planifica la educación del paciente y cuando se realiza la planificación del alta. Si un paciente responde que «llamaría a la nave nodriza» si se hubiera dejado encendido el horno, su juicio no es adecuado para estar seguro si viviera solo.

Para valorar la memoria a corto plazo, pida al paciente que recuerde tres palabras (como pluma, reloj y flor) cuando empiece la valoración del estado mental. Pregúntele de nuevo 5 a 10 minutos después cuáles eran las tres palabras. Si el paciente



(1)



(2)



(3)



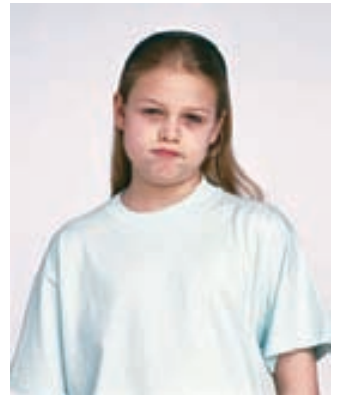
(4)



(5)



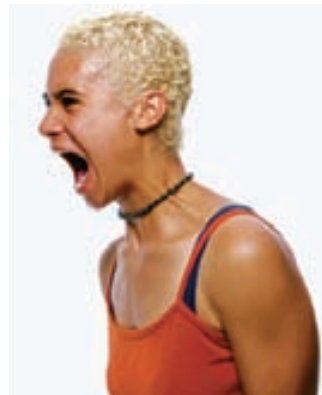
(6)



(7)



(8)



(9)



(10)

Figura 8-4. ■ ¿Qué puede decir sobre los sentimientos de estas personas al observar su afecto? Fuente: (1) Phototake NYC; (2) Phototake NYC; (3) Phototake NYC; (4) Dorling Kindersley Media Library; (5) Getty Images—Stockbyte; (6) Getty Images—Stockbyte (7) Dorling Kindersley Media Library; (8) Dorling Kindersley Media Library; (9) Getty Images Inc.—Image Bank; (10) Dorling Kindersley Media Library.

las recuerda con exactitud, se dice que la memoria a corto plazo está intacta. Para la memoria a largo plazo, pregunte al paciente dónde fue al colegio o algo que sucedió varios años antes (los pacientes habitualmente no se inventan una respuesta si se les olvida).

La capacidad de pensar de forma abstracta está afectada en muchos trastornos del encéfalo, como la esquizofrenia y la demencia. Una forma de valorar la capacidad de pensamiento abstracto es pedir al paciente que interprete un refrán. Los refranes se pueden interpretar de forma *concreta*, utilizando sólo el

significado literal de las palabras, o *abstracta*, utilizando las ideas implícitas en la situación. Por ejemplo, plantéese el refrán: «más vale llegar a tiempo que rondar un año». Una interpretación concreta es «Si se llega a tiempo, no hay que esperar 1 año». Una interpretación abstracta es: «un problema que se trata pronto permite ahorrar un problema mucho mayor después». Un paciente con psicosis puede dar incluso una interpretación desorganizada, como «una tarde está que arde y todos vamos a Beaverton». Esta sencilla valoración puede arrojar luz sobre los procesos del pensamiento del paciente. Considere las tres inter-

CUADRO 8-6**Evaluación del estado mental**

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

Motivo del ingreso (en las palabras del propio paciente, indica introspección): _____

Rodee con el círculo las evaluaciones que procedan. Cuando los hallazgos de las evaluaciones sean poco habituales, especifíquelos con una descripción.

Aspecto (acicalamiento/higiene):

Adecuado para la situación Despeinado (sucio, descuidado) Poco habitual (especificar) _____

Actividad motora: Letárgico Relajado Inquieto Caminando
Amenazante Otras (especificar) _____

Velocidad del habla: Lenta Normal Apresurada (rápida y difícil de interrumpir)
El contenido del habla es adecuado a la situación Poco habitual (especificar) _____

Interpersonal: Cooperativo Negativo/resistente Defensivo
Intrusivo (demasiado cerca de los demás) Otro (especificar) _____

Estado de ánimo: Puntuación del estado de ánimo por el paciente en una escala de 1-10 _____

El estado de ánimo parece: Normal Eufórico Irritable
Deprimido Enfadado Ansioso

Afecto: Amplio (puede expresar emociones positivas y negativas) Embotado Plano
Lábil (cambiante)

Procesos del pensamiento (evaluar mediante el habla del paciente):

Normales Bloqueo Asociaciones laxas Grandiosidad
Fuga de ideas Ideas de referencia Paranoia Ideas delirantes
Ideas suicidas **Ideas homicidas (preguntar directamente si el paciente quiere herirse a sí mismo o a los demás)**

Alucinaciones: Ninguna Auditivas Visuales
Otras (especificar) _____

Cognición: memoria a corto plazo

(preguntar al paciente qué ha desayunado): Intacta Deteriorada

Memoria a largo plazo

(preguntar al paciente dónde fue al colegio): Intacta Deteriorada

Juicio

(resolución de problemas, como: «¿Qué haría si estuviera lejos de casa y se acordara de que había dejado encendido el horno?»):

Intacto Deteriorado No quiere/puede responder

Pensamiento abstracto

(interpretación de refranes, como «¿Qué significa el refrán: “A quien madruga Dios le ayuda”?»):

Abstracto Concreto No quiere/puede responder

Firma _____

CUADRO 8-7

Vocabulario para la valoración del estado mental

Afecto amplio: El hallazgo esperado de la capacidad de expresar una gama variada de emociones.

Afecto embotado: Reducción grave de la gama de emociones manifestada.

Afecto lábil: Expresiones emocionales rápidamente cambiantes, sin relación con acontecimientos externos.

Afecto plano: Ausencia de cualquier expresión emocional; la cara es inexpressiva y la voz es monótona.

Afecto restringido: Reducción de la expresión de la gama de emociones. Menos grave que el afecto embotado, aunque sigue habiendo disminución de la expresión emocional.

Alucinación: Experiencia sensitiva que parece real pero que no se relaciona con estímulos externos. Las más frecuentes son las auditivas y después las visuales. Pueden afectar a cualquiera de los sentidos.

Asociaciones laxas: Flujo del habla en el que las ideas cambian de una a otra sin conexiones lógicas.

Asociación de sonidos: Asociación de palabras similares en cuanto a sonido pero no en cuanto al significado; puede incluir las rimas.

Bloqueo: Interrupción súbita del tren de pensamiento antes de acabar un pensamiento, dificultad para encontrar las palabras.

Catatónico: Grave retraso de la actividad motora, disminución de la respuesta al entorno.

Circunstancial: Hablar indirectamente hacia una idea con muchos detalles innecesarios o adiciones irrelevantes.

Ecolalia: Repetición de las palabras que acaba de decir otra persona.

Estado de ánimo eufórico: Estado de ánimo elevado, muy alegre, con frecuencia grandioso.

Fuga de ideas: Verbalización rápida y continua que cambiará súbitamente de una idea a otra.

Grandiosidad: Valoración excesiva de las capacidades, el poder o el conocimiento propios. Puede ser de proporciones delirantes cuando es grave.

Idea delirante: Creencia falsa que no es compatible con la realidad. Es incompatible con lo que la cultura o la religión de la persona acepta como real. No responde al razonamiento o a la evidencia de que es falsa.

Ideas de referencia: Interpretación de que los acontecimientos externos tienen una referencia directa al propio yo.

Neologismos: Palabras nuevas creadas por el paciente.

pretaciones del ejemplo previo. ¿Cómo podría utilizar el profesional de enfermería la información de esta valoración para planificar la educación de estos pacientes sobre la toma de los fármacos por la mañana cuando vayan a su domicilio?

Aspectos culturales

La interpretación del significado de las conductas del paciente puede ser difícil si el paciente procede de una cultura distinta a la del profesional de enfermería. El cuadro 8-8 ■, «Consideraciones culturales», describe el concepto de *relativismo cultural*. El conocimiento de este aspecto le ayudará a ver la conduc-

CUADRO 8-8

CONSIDERACIONES CULTURALES

Relativismo cultural

Desde el punto de vista del paciente

La enfermería de salud mental en diversas culturas puede ser difícil. Se generan problemas cuando el equipo asistencial interpreta erróneamente la conducta de un paciente que es normal en su cultura nativa. Las definiciones de psicosis incluyen hablar a voces que no están realmente presentes y conductas extrañas. En algunas culturas latinas tradicionales es normal que las personas tengan a los espíritus como guías. Las personas oyen estos espíritus y hablan con ellos. Para el profesional de enfermería estadounidense de origen europeo la comunicación con espíritus puede parecer similar a alucinaciones. Algunas culturas africanas y caribeñas reconocen las brujas y los hechiceros. Las personas del sudeste asiático tradicionales pueden utilizar el «frotamiento con monedas», que supone la curación frotando monedas sobre la piel de una persona enferma. Los navajos pueden atribuir la enfermedad a «enfermedad del espíritu». Algunos indios estadounidenses sujetan amuletos, como hechos con plumas, a la ropa de un familiar enfermo. Estas conductas pueden parecer extrañas o al menos innecesarias a los profesionales de enfermería que no están familiarizados con las culturas implicadas. Un abordaje útil a la sensibilidad cultural en casos como estos es encontrar un facilitador cultural, una persona que pueda traducir el lenguaje del paciente además del significado cultural de su conducta y costumbres. El personal de enfermería siempre debe tener un cuidado especial de intentar interpretar la conducta del paciente en relación con su trasfondo cultural (que es el relativismo cultural), y no según las expectativas culturales del profesional de enfermería. Pregunte: «¿Qué significado tiene esta práctica para el paciente?» o «¿Qué necesidad satisface esta conducta?». El respeto mutuo y la voluntad de comprometerse son fundamentales para la enfermería transcultural.

ta del paciente desde el punto de vista del paciente. Si la «regla de oro» es tratar a los demás como quisiera que trataran a usted, entonces la «regla del relativismo cultural» es tratar a los pacientes como *ellos* quisieran ser tratados.

Exploración física en el contexto psiquiátrico

La valoración sigue siendo el pilar de la enfermería, pero ¿por qué el profesional de enfermería debería evitar una exploración física completa y sistemática del paciente psiquiátrico en todos los turnos? Buena pregunta. Cuando los pacientes tienen alucinaciones pueden no estar seguros de qué es real y qué no lo es. Pueden percibir el contacto físico como parte de una alucinación amenazante. El pensamiento delirante puede hacer que incluso un profesional de enfermería bienintencionado parezca amenazante. La valoración física puede ser muy estresante para el paciente. Algunos pacientes confunden el contacto físico con avances sexuales. Por tanto, en la situación psiquiátrica aguda sólo se deben realizar las exploraciones físicas prioritarias. Un médico o un profesional de enfermería especializado debe realizar la exploración física inicial como parte del proceso de ingre-

so del paciente psiquiátrico. Los profesionales de enfermería deben limitar la exploración física a las enfermedades importantes o a las respuestas a los fármacos por parte de los pacientes, en lugar de realizar exploraciones de cribado, como auscultar los pulmones de todos los pacientes en todos los turnos.

El encéfalo está conectado con el cuerpo y muchos problemas físicos, como los cambios de la presión arterial y las alteraciones neurológicas, pueden asociarse a las enfermedades mentales y a su tratamiento. Los profesionales de enfermería psiquiátricos deben tener buenas habilidades de valoración porque no tienen libertad de quitar la ropa de todos los pacientes para mirarles y preguntarles por todos los detalles. Deben conocer la diferencia entre lo que es necesario saber y lo que simplemente sería interesante saber. Una relación profesional de enfermería-paciente de confianza permitirá que el profesional de enfermería se gane la colaboración del paciente para las valoraciones necesarias.

Los profesionales de enfermería deben conocer los efectos deseados y los posibles efectos colaterales de todos los fármacos y tratamientos que reciben los pacientes y deben realizar valoraciones para detectarlos. Además, los pacientes de salud mental pueden no ser capaces de expresar con claridad qué les pasa. La escucha atenta es otra habilidad de enfermería importante. Cuando un paciente con psicosis dice: «¡La serpiente me está apretando el pecho!», es posible que este paciente esté teniendo un infarto de miocardio.

Obtención de datos adicionales de la familia

La familia del paciente es un aspecto crítico de la asistencia de salud mental. Es importante obtener el permiso por escrito de los pacientes para comunicarse con cualquier persona sobre ellos, incluyendo a sus familiares. Se debe evaluar a la familia del paciente en relación con quién son, dónde viven, hasta qué grado están implicados en la vida del paciente, cuáles son sus necesidades de educación y cuáles son sus preguntas y preocupaciones sobre el paciente. Los familiares pueden establecer una gran diferencia como aliados en el tratamiento de los pacientes de salud mental, aunque los profesionales sanitarios con frecuencia les pasan por alto, por una sensación errónea de proteger la confidencialidad del paciente. Pueden ser miembros importantes del equipo terapéutico.

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

Los datos sobre el estado mental del paciente, la observación de la conducta del paciente y de sus interacciones con los demás, los hallazgos de la exploración física y la información de la familia aportarán datos para establecer diagnósticos de enfermería.

En el contexto psiquiátrico, un equipo terapéutico interdisciplinar (profesional de enfermería, psiquiatra, trabajador mental, terapeuta en salud mental, terapeuta ocupacional, etc., y, por supuesto, el paciente) realiza la planificación del tratamiento. En este concepto, se deben escribir los planes y obje-

tivos de la asistencia de los pacientes siguiendo los modelos médico y psicosocial y no según el modelo del proceso de enfermería. Sin embargo, los profesionales de enfermería deben poder documentar cómo utilizan el proceso de enfermería.

En la fase aguda de la psicosis el tratamiento se debe centrar en las necesidades básicas del paciente. Las prioridades son seguridad, nutrición y reposo. También es importante el tratamiento de los síntomas agudos.

Los diagnósticos de enfermería prioritarios que con frecuencia se aplican a los pacientes con esquizofrenia incluyen los siguientes:

- Riesgo de violencia, autodirigida o dirigida a otros
- Alteración de los procesos del pensamiento
- Trastorno de la percepción sensorial (especificar auditiva o visual)
- Afrontamiento ineficaz
- Déficit de autocuidado (especificar baño/higiene, vestido, alimentación, uso del WC)
- Deterioro de la interacción social

Los resultados deseados para un paciente con esquizofrenia incluyen los siguientes (Mills, 2000). El paciente debe:

- No producirse ningún daño a sí mismo ni a los demás
- Demostrar un pensamiento basado en la realidad
- Utilizar habilidades de afrontamiento adaptativas y saludables
- Tomar los fármacos de forma regular
- Seguir estando activo (empleo, aficiones, ejercicio)
- Tener un régimen rutinario diario y semanal
- Incluir actividades agradables en dicho régimen
- Realizar de forma independiente las actividades de la vida diaria
- Comunicarse con frecuencia con su familia y con sus amigos importantes

Riesgo de violencia (autodirigida o dirigida a otros)

- Evite tocar a un paciente con alucinaciones activas. *Se puede percibir el tacto como parte de una alucinación amenazante y el paciente puede golpear en defensa propia.*
- Intervenga tan pronto como haya identificado la agitación. *Asegure al paciente de que está a salvo en el hospital. La agitación puede aumentar rápidamente. Una intervención temprana puede evitar que empeore la situación. El miedo puede motivar agitación. Los pacientes con frecuencia se benefician de que se les asegure que están a salvo.*
- Evite enfrentarse de forma agresiva a los pacientes en relación con su conducta. Cuando se produzca una conducta inadecuada, diga al paciente de forma sencilla y tranquila que la conducta no es aceptable, y redirija al paciente a otra actividad. *El paciente puede no darse cuenta de que su conducta es inadecuada. Una conducta agresiva del*

profesional de enfermería puede hacer que el paciente se ponga a la defensiva. La conducta y la actitud del profesional de enfermería son contagiosas: transmita su autocontrol al paciente en lugar de gritar y hacer que el paciente se sienta más asustado.

- Comience con intervenciones menos restrictivas cuando el paciente tenga una conducta inadecuada: intente hablar primero, después rediríjale, ofrézcale fármacos, aísele/ adminístrele fármacos, y por último aplíquele sujeciones. *El paciente tiene el derecho ético y legal al tratamiento alternativo menos restrictivo que sea eficaz.*
- Mantenga un entorno con bajo nivel de estimulación. *Los pacientes con esquizofrenia pueden tener dificultad para procesar estímulos múltiples, y los estímulos adicionales pueden producir sobrecarga sensitiva y agitación.*
- Hable con el paciente sobre los síntomas y signos de ansiedad y agitación y los desencadenantes que inician estos sentimientos. Discuta las opciones de técnicas adecuadas de control de la conducta y la ansiedad. *Si el paciente puede reconocer precozmente la ansiedad y la agitación, el paciente se lo puede comunicar al personal, que le puede ayudar a identificar mecanismos de afrontamiento para prevenir una conducta violenta. Los pacientes con esquizofrenia con frecuencia tienen una atención escasa y habilidades de afrontamiento inadecuadas y pueden tener una conducta impulsiva. Los abordajes cognitivos y conductuales para planificar la actuación en caso de episodios futuros son una forma eficaz de ayudar al paciente a intentar una nueva conducta adecuada.*
- Observe de cerca a las personas que experimentan paranoia o alucinaciones con órdenes. *Una persona que tiene una personalidad no violenta puede actuar de forma violenta cuando se enfrenta a una alucinación aparentemente potencialmente mortal o cuando está aterrorizada por una idea delirante paranoide que amenaza a la vida de la persona. Muchas personas nunca serán violentas salvo que estén en una situación potencialmente mortal. Imagine lo difícil que es que una persona viva con la amenaza constante de un daño. Cuando las personas con esquizofrenia son violentas, habitualmente el acto violento es una reacción de autodefensa desde su punto de vista.*

El cuadro 8-9 ■ presenta sugerencias para interactuar con los pacientes que tienen alucinaciones de forma activa.

Alteración de los procesos del pensamiento

- Administrar los fármacos antipsicóticos según se haya prescrito y monitorizar los efectos. *Los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de evaluar la respuesta del paciente a los fármacos para evaluar su eficacia.*
- Analice los puntos fuertes y las capacidades del paciente cuando preste la asistencia de enfermería. *Cuando una persona tiene una enfermedad mental grave, como esquizofrenia, es fácil ver la patología. Es importante analizar los puntos fuertes de la persona y reconocer las partes normales de la persona.*

CUADRO 8-9

LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

Interacción con una persona con alucinaciones

- ✓ Sólo una persona debe interactuar con el paciente cada vez. *El paciente tiene dificultad para interpretar los estímulos, por lo que el paciente tendrá mayor facilidad para responder a una sola persona.*
- ✓ Mantenga el ruido ambiental en el mínimo. No hable en voz alta. *El paciente tiene dificultad para filtrar los estímulos sensitivos y se puede sobreestimar con facilidad. Un entorno con bajo nivel de estimulación hará que el paciente tenga mayor facilidad para diferenciar los estímulos reales de las voces.*
- ✓ Primero pregunte específicamente al paciente sobre las alucinaciones (habitualmente voces) y qué le están diciendo o qué le indican que haga. *Es útil saber si los pacientes tienen voces que les obligan a herirse a sí mismos o a los demás.*
- ✓ Céntrese en la realidad. No pida continuamente a los pacientes que describan las alucinaciones. No reaccione a la descripción de las alucinaciones del paciente como si fueran reales. *Con frecuencia las alucinaciones son experiencias transitorias para los pacientes. La descripción de la alucinación puede hacer que se forme con más claridad la mente del paciente y reforzarla. La función del profesional de enfermería es ayudar a los pacientes a reconocer la realidad, no confundirles aún más sobre las alucinaciones o las ideas delirantes. Cuando el profesional de enfermería mantiene la conversación en el ámbito de la realidad, se refuerza la realidad si se pueden minimizar las alucinaciones.*
- ✓ No discuta con la experiencia del paciente. Comparta sus propias percepciones. Afirme al paciente que se encuentra seguro. *El paciente está oyendo las voces de verdad. El objetivo es presentar la realidad, no convencer al paciente de que está equivocado. Un desacuerdo respetuoso puede ayudar al paciente a comprender qué es real, como «Ya sé que oye voces, pero yo no las oigo». La tranquilización puede ayudar al paciente a ver que no está en peligro y que no es necesario que se defienda.*
- ✓ Evite tocar a una persona que tiene alucinaciones activas. *Durante una alucinación, el paciente puede percibir cualquier tacto como parte de la alucinación. Si la alucinación es amenazante, el paciente puede atacar en defensa propia.*

Incluso el paciente psicótico tiene habilidades de afrontamiento o de supervivencia que puede aprovechar el personal de enfermería en beneficio del paciente.

- Refuerce la realidad. Hable sobre lo que está ocurriendo realmente. *Incluso conversaciones sobre las realidades sencillas de la vida diaria (el tiempo, lavar la ropa, las comidas) alejan la atención del paciente de los pensamientos desordenados y la dirigen hacia el aquí y ahora. La función del profesional de enfermería es ayudar al paciente a reconocer lo que es real.*
- Anime o ayude al paciente a expresar sus sentimientos de miedo o ansiedad. Realice la validación de los

TABLA 8-5			
Intervenciones de enfermería para los síntomas psicóticos en la esquizofrenia			
PROBLEMA DEL PACIENTE	RESULTADOS DESEADOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Alucinaciones	El paciente tendrá menos de tres alucinaciones en mi turno, y afirmará que son menos amenazantes. El paciente participará en el entorno real hablando con el personal y asistiendo a una actividad de grupo todos los días. El paciente manifestará verbalmente un plan para reducir las alucinaciones.	1. Reduzca los estímulos ambientales (ruido). 2. Ayude al paciente a identificar los desencadenantes de las alucinaciones. 3. Evite reforzar la realidad de las alucinaciones. Llámelas «las voces». Diga al paciente que usted no las oye. 4. Evite tocar al paciente durante una alucinación. 5. Distraiga al paciente con una tarea sencilla o con una conversación. 6. Enseñe al paciente estrategias para el autocontrol de las alucinaciones.	1. El paciente tiene incapacidad de procesar estímulos múltiples y se puede ver superado. Los estímulos sensitivos pueden desencadenar o aumentar las alucinaciones. 2. Si se conocen los desencadenantes, el paciente puede hacer planes para evitarlos. 3. La honradez del profesional de enfermería reforzará que las alucinaciones no son reales. 4. El paciente puede percibir el tacto como parte de una alucinación amenazante. El paciente puede golpear como autodefensa. 5. La distracción puede ser una forma eficaz de derivar la atención del paciente a otros pensamientos alejados de la alucinación. 6. Véanse en el texto estrategias de distracción, actividad, interacciones sociales para abordar los pensamientos extraños.
Ideas delirantes	El paciente responderá a interacciones basadas en la realidad con los demás. El paciente demostrará su capacidad de desempeñar sus funciones sin responder a las ideas delirantes. El paciente demostrará una técnica para el manejo de la ansiedad.	1. Evite discutir con la idea delirante. 2. Evite reforzar la idea delirante o sugerir su realidad. 3. Implice al paciente en conversaciones y actividades basadas en la realidad. 4. Ayude al paciente a aprender a manejar la ansiedad (técnicas de relajación o respiración)	1. La discusión anima al paciente a centrarse en la idea delirante para defenderla. 2. El paciente tiene dificultad para interpretar la realidad. La honradez del profesional de enfermería fomenta la confianza y mejora la capacidad del paciente de verificar la realidad. 3. La distracción del pensamiento sobre las ideas delirantes refuerza la realidad para el paciente. 4. El pensamiento delirante puede empeorar por la ansiedad. El manejo de la ansiedad puede ayudar al paciente a controlar las ideas delirantes.

sentimientos del paciente. *La sensación de perder el contacto con la realidad puede ser aterradora. La expresión de los sentimientos al profesional de enfermería que los acepta sin juicios y valida cómo debe ser de difícil la situación puede ser edificante y útil para los pacientes.*

■ Los pacientes con esquizofrenia pueden tener alteración de los procesos del pensamiento que se manifiestan como alucinaciones o pensamiento delirante. La tabla 8-5 describe las intervenciones de enfermería y sus fundamentos para estos síntomas de los pacientes. *Los pacientes con esquizofrenia serán atendidos por profesionales de enfermería en todos los contextos asistenciales. Es importante estar*

familiarizado con estas intervenciones, aunque usted no tenga previsto trabajar en un contexto psiquiátrico.

Afrontamiento ineficaz

■ Establezca una relación de confianza en la que el paciente tenga seguridad para expresar sus verdaderos sentimientos, especialmente los sentimientos negativos. No reaccione a los sentimientos negativos del paciente. *El paciente puede tener la sensación de que sólo son adecuados los sentimientos positivos, y puede no conocer una forma adecuada de expresar los sentimientos negativos. Una relación no amenazante puede dar al paciente la oportunidad de expresar sus sentimientos no resueltos.*

Una reacción intensa a los sentimientos del paciente puede indicar rechazo (Townsend, 2006).

- Ofrezca los fármacos de forma confiada, esperando que el paciente los tome. Se debe asignar al paciente el mismo profesional todos los días cuando sea posible. *Los fármacos antipsicóticos alivian los trastornos del pensamiento que dificultan el manejo de los problemas del paciente. La fiabilidad fomenta la confianza. La continuidad del personal favorece la confianza.*
- Ofrezca un modelo de roles sobre cómo interactuar y estar en desacuerdo con los demás. Enseñe al paciente técnicas de manejo del estrés, como ir a su habitación y realizar un ejercicio de relajación. *El modelo de roles y los abordajes conductuales son formas eficaces de enseñar al paciente nuevas habilidades de afrontamiento.*

Déficit de autocuidado (especificar el área deficitaria)

- Anime al paciente a realizar sus autocuidados, interviniendo si el paciente no puede. *La higiene personal es un problema de seguridad y no se puede omitir. Además, el fracaso es desmoralizador.*
- Demuestre al paciente cómo se deben realizar los cuidados, ayudando al paciente la primera vez. Recuérdeselo si el paciente lo olvida. *Los pacientes con esquizofrenia pueden no tener las habilidades o la motivación para realizar los autocuidados sin orientación. El pensamiento concreto puede hacer que el paciente tenga más dificultad para seguir instrucciones verbales.*
- Dé al paciente refuerzo positivo cuando tenga éxito en los autocuidados. *Cuando el paciente puede realizar actividades y se le recompensa positivamente, incrementará la autoestima y la continuación de la conducta. De forma ideal el paciente debe realizar de forma independiente las AVD sin recordatorios.*

Deterioro de la interacción social

- Aborde al paciente con una actitud de aceptación. Sea honrado y sincero. *La aceptación, la honradez y la sinceridad favorecen la confianza.*
- Interactúe con el paciente de forma individual y modele una conducta social adecuada (lenguaje corporal, temas). *Los pacientes con esquizofrenia con frecuencia carecen de habilidades sociales y se benefician del modelo de roles como forma de aprenderlas.*
- Dé un refuerzo positivo a las interacciones voluntarias del paciente con los demás. *El refuerzo positivo es un abordaje conductual eficaz para el cambio de conducta.*
- Anime al paciente a que asista a actividades de grupo en el hospital. Acompañe al paciente al principio si es necesario. *El paciente puede responder positivamente al estímulo de un profesional de enfermería en el que confía. La confianza es un aspecto importante para el paciente con esquizofrenia.*

EVALUACIÓN

Cuando evalúe la eficacia de la asistencia de enfermería en los pacientes con esquizofrenia, el profesional de enfermería debe

buscar los resultados deseados. El profesional de enfermería debe determinar si el paciente:

- Demuestra un pensamiento basado en la realidad
- Realiza de forma independiente las AVD
- Demuestra el conocimiento del manejo de los fármacos
- Interactúa de forma eficaz con los demás

CONSIDERACIONES AL ALTA

Cuando el paciente se recupera de la psicosis y pasa a la fase de rehabilitación y recuperación, el objetivo de la intervención cambia para centrarse en aspectos educativos y de rehabilitación psicosocial. La educación sobre el tratamiento, las terapias de grupo, las habilidades de autocuidados y las habilidades sociales adquieren más importancia. Los pacientes pueden aprender estrategias para reducir la probabilidad de recurrencia de la esquizofrenia. El cuadro 8-10 describe estas estrategias. El aprendizaje de estas estrategias puede dar a los pacientes más control sobre su propia vida y su enfermedad. Puede ayudar al paciente a pensar en recuperarse.

La satisfacción de las necesidades de aprendizaje del paciente es un aspecto importante de la enfermería en todos los contextos. En el contexto psiquiátrico es especialmente importante la evaluación de la disposición del paciente a aprender. Después de haber determinado que el paciente está dispuesto y es capaz de aprender (capacidad de atención e introspección adecuadas), los aspectos importantes incluyen información práctica sobre cómo tomar los fármacos en el domicilio, los motivos para tomar los fármacos, los efectos colaterales que se debe notificar al psiquiatra, la prevención de las recurrencias (v. cuadro 8-10) y el manejo de los síntomas en el domicilio.

Algunos pacientes con esquizofrenia seguirán teniendo pensamiento psicótico (delirante o alucinatorio) cuando se les dé de alta. Se han realizado estudios en el área de ayuda a las personas a afrontar los pensamientos extraños. Las estrategias incluyen la *distracción*, incluyendo escuchar música, leer en voz alta, contar hacia atrás desde 100, ver la televisión y describir con detalle un objeto. La *interacción* es otra estrategia que incluye decir a las voces que paren, hablar con las voces mientras se finge utilizar un teléfono móvil, y estar de acuerdo en escuchar las voces a determinadas horas. La estrategia de *actividad* incluye caminar, realizar las tareas del hogar, darse un baño relajante, tocar la guitarra, cantar e ir al gimnasio. La estrategia *social* incluye hablar a una persona de confianza, llamar por teléfono a una línea de ayuda, evitar a las personas, ir a un centro de asesoramiento sin cita previa e ir a un lugar favorito (Mills, 2000).

Los pacientes con esquizofrenia tienen pocas habilidades sociales. Tienen dificultad para relacionarse con los demás. El deterioro de la interacción social es un diagnóstico de enfermería frecuente. En la fase aguda los síntomas positivos obligan al paciente a centrarse en los estímulos internos. En la fase de rehabilitación a largo plazo puede haber síntomas negativos que se deban tratar. Es difícil que los pacientes superen la falta de moti-

CUADRO 8-10

Educación de los pacientes sobre estrategias para la prevención de las recurrencias

Discuta las siguientes propuestas con los pacientes para ayudarles a reducir la probabilidad de recurrencia de la psicosis:

- Aprenda de su experiencia. En el pasado, ¿cómo se sintió en las semanas anteriores a tener que ingresar en el hospital? ¿Qué sentimientos o síntomas tuvo? Estos son los **factores predictivos de la recurrencia** para usted. Hable a su familia y a sus amigos sobre ellos, y vigile estos síntomas. Cuando aparezcan, obtenga ayuda de su psiquiatra, que puede cambiar el tratamiento para ayudarle a prevenir o reducir la gravedad de la recurrencia.
- ¿Cómo se siente acerca de la **medicación**? (Busque algún aspecto positivo de la actitud del paciente y repítalo.) ¿Cuáles son sus objetivos a largo plazo? Sea lo que sea lo que quiere conseguir (conseguir un trabajo, ir a Disneylandia), no ocurrirá si no toma la medicación. Si la medicación es parte de su tratamiento, tómela. Esto es lo que le mantiene fuera del hospital. Hable con el médico sobre los efectos colaterales; la mayoría se puede tratar.
- Haga lo que pueda para reducir el **estrés** en su vida. Mantenga un ambiente tranquilo a su alrededor. Vaya a una habitación solo o con una persona si quiere hacerlo. Cuando alguien discuta con usted, vaya a un lugar tranquilo. Sepa que es lo más estresante para usted. Si sabe que algo es realmente estresante para usted, evítelo.

- Conozca sus **recursos** y tenga un plan. Haga una lista de las personas que le pueden ayudar cuando lo necesite. Por ejemplo, Adam me puede llevar a la farmacia para reponer la receta. Betty puede hablar cuando esté solo o asustado. Carlos puede cuidar de mi pez si estoy demasiado cansado. Papá puede llamar al médico o al hospital si tengo que ir, etc. Escriba todos sus números de teléfono.
- Piense en algunas **cosas que le hacen sentir mejor**. Escríbalas en una lista. Sáquela y hágala cuando empiece a sentirse mal. Tal vez se siente mejor cuando da un paseo, hace técnicas de relajación, toma un tentempié, pinta, dibuja, duerme la siesta, mira fotografías, oye música, habla con una persona en la que confía o acaricia un perro. La lista tiene que contener las cosas que realmente haría.
- **Evite situaciones de riesgo**. Permanezca alejado de las personas que quieran que usted utilice drogas o alcohol con ellas. Es demasiado difícil decir que no. Permanezca alejado de las personas negativas que le critiquen o que le harán sentirse mal en relación con usted mismo. Evite las situaciones que aumenten las voces o el estrés.
- **Manténgase sano**. Coma bien. Duerma de forma regular. Permanezca activo con aficiones, trabajo y ejercicio.
- **Mantenga viva la esperanza**. Recuerde que la vida siempre está cambiando. ¿Está de acuerdo en que algunos días se siente mal y algunos días se siente mejor?

vacación para socializarse con las demás personas. En el hospital, el profesional de enfermería puede programar breves interacciones uno a uno con el paciente o puede animar al paciente a que acuda a actividades del grupo. En la comunidad el profesional de enfermería puede derivar al paciente a programas comunitarios de socialización en consultas de salud mental o en programas de tratamiento de día, o puede animar al paciente a que pruebe actividades de ocio (como jugar a los bolos).

Los pacientes con esquizofrenia con frecuencia tienen que aprender a comportarse en situaciones sociales. También necesitan una red de contactos sociales. Los profesionales de enfermería participan en la rehabilitación social, independientemente de que el paciente esté en el hospital o en la comunidad.

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Paciente con síndrome neuroléptico maligno

Usted es un profesional de enfermería de una unidad medicoquirúrgica en la que ha ingresado Roberto Valdez, un paciente de 56 años con posibles cálculos renales (urolitiasis) y deshidratación. Observa en la historia clínica que también se le ha diagnosticado de esquizofrenia y que lleva 3 semanas tomando flufenacina.

Valoración. El Sr. Valdez refiere ansiedad sobre su ingreso hospitalario y su tratamiento. Tiene dolor intenso en todo el cuerpo y lo único que quiere son fármacos para el dolor. Pierde fácilmente el hilo del pensamiento y a veces no responde a las preguntas. Usted determina que el Sr. Valdez tiene una PA inestable desde 100/50 hasta 180/104 y un pulso irregular de 120. La temperatura oral es de 39,4 °C. Está muy sudoroso. Está rígido y pálido. De acuerdo con su conocimiento de la flufenacina y de otros fármacos antipsicóticos, usted se da cuenta de que el Sr. Valdez podría tener síndrome neuroléptico maligno producido por la crisis médica del cólico renal (mientras intenta expulsar un cálculo renal) y la deshidratación. Inmediatamente se lo notifica al profesional de enfermería especializado responsable, que se pone en contacto con el médico.

Diagnóstico. Se identificaron varios diagnósticos de enfermería para el Sr. Valdez:

- Riesgo de lesión, relacionada con reacción adversa del fármaco antipsicótico
- Dolor, relacionado con una reacción medicamentosa y el cálculo renal
- Ansiedad, relacionada con el desconocimiento de su enfermedad y del tratamiento y una posible reacción al fármaco antipsicótico

Resultados esperados

- La situación física del paciente se debe estabilizar, según se determine por la normalización de los signos vitales en 24 horas.
- El paciente debe referir un dolor en un nivel de 3 o menos (en una escala de 1-10) en la hora siguiente a la administración de un analgésico.
- El paciente debe referir que tiene menos ansiedad en relación con su enfermedad física y el tratamiento en un plazo de 24 horas.

Planificación y aplicación

- Monitorizar los signos vitales cada 15 minutos.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Monitorizar la situación mental cada 15 minutos.
- Prepararse para trasladar al paciente a la UCI.
- Explicar de forma sencilla y tranquila todas las técnicas al paciente.
- Interrumpir la perfenacina, según la orden del médico.
- Administrar fármacos para reducir la fiebre.

Evaluación. Se trasladó al paciente a la UCI. Se inició el tratamiento i.v. y sus signos vitales se estabilizaron. En las primeras 24 horas la PA era 130/86 y el pulso de 90 y regular. La temperatura oral era de 37,2 °C. Los análisis de sangre no indicaron lesión muscular ni renal. El Sr. Valdez recuperó su estado mental alerta. No ha tenido alucinaciones ni ideas delirantes. El médico ha pedido una consulta psiquiátrica para determinar qué fármaco antipsicótico sustituirá a la flufenacina. El dolor se controló con morfina. Expulsó el cálculo renal. Refirió menos ansiedad y expresó su agradecimiento al personal.

Pensamiento crítico en el proceso de enfermería

1. ¿Cuál podría haber sido la consecuencia si hubiera atribuido los síntomas y signos del paciente a los posibles cálculos renales y no se hubiera planteado otras opciones?
2. ¿Qué otros fármacos antipsicóticos podrían precipitar un SNM? ¿Qué categoría de fármacos antipsicóticos tiene la menor probabilidad de producir este síndrome?

3. ¿Qué síntomas espera que se produzcan cuando se elimine de su organismo la flufenacina?

Nota: En el apéndice I puede encontrarse un comentario sobre las preguntas de pensamiento crítico.

Representación de los pacientes

Ya existen los tratamientos y el conocimiento necesarios para tratar la esquizofrenia. Debe haber modificaciones del compromiso económico del gobierno y de las compañías de seguros y debe haber cambios de las prioridades de la comunidad para llevar los recursos a las personas que los necesitan. La función de la enfermería en este proceso es la representación de los pacientes.

Los profesionales de enfermería son expertos en el tema de cómo las personas se ven afectadas por enfermedades y trastornos. Los profesionales de enfermería pueden influir en los legisladores para que prioricen la financiación para el tratamiento de las enfermedades mentales. Los profesionales de enfermería pueden actuar de forma colectiva a través de los legisladores, sindicatos, empleadores y organizaciones profesionales para influir en las compañías de seguros para que cubran las enfermedades mentales de igual forma que las enfermedades físicas, lo que se denomina *paridad de la salud mental*. En la comunidad pueden defender un mejor alojamiento y otros servicios sociales para los pacientes con enfermedad mental. Pueden concienciar a las personas de sus comunidades escribiendo a los directores de periódicos locales sobre el problema del tratamiento de las enfermedades mentales. Los profesionales de enfermería pueden ayudar a que desaparezca el estigma disuadiendo de hacer chistes o comentarios vergonzosos sobre los pacientes con enfermedad mental. Podemos trabajar para hacer que las personas invisibles con enfermedad mental sean visibles para nuestra sociedad, que verá quién necesita realmente ayuda.

Nota: La bibliografía y los recursos de este y el resto de capítulos se han reunido al final del libro.

Revisión del capítulo

TÉRMINOS CLAVE

acatisia

afecto

alogia

alucinaciones

ambiente

anhedonia

avoliación

conducta catatónica

conducta desorganizada

discinesia

discinesia tardía

distonía

función ejecutiva

ideas delirantes

inyección de depósito

neurolépticos

pensamiento desorganizado

seudoparkinsonismo

síntomas desorganizados

síntomas extrapiramidales

síntomas negativos

síntomas positivos

PUNTOS clave

- La esquizofrenia afecta a aproximadamente el 1% de todas las personas de EE. UU.
- La esquizofrenia es un trastorno complejo producido por alteraciones funcionales y estructurales del encéfalo.
- Se encuentra entre las enfermedades más devastadoras para la calidad y la duración de la vida de las personas afectadas, aunque está representada de forma insuficiente en la financiación para investigación y servicios a los pacientes.
- El trastorno se caracteriza por síntomas positivos, desorganizados y negativos.
- Los pacientes con esquizofrenia tienen pensamiento desorganizado, disminución de la motivación, dificultad para relacionarse con otras personas y consigo mismos, y aumento del riesgo de suicidio.
- La esquizofrenia habitualmente comienza en la edad adulta joven y tiene períodos de psicosis aguda que alterna con períodos de reducción de los síntomas.
- La mayoría de los pacientes con esquizofrenia precisa diversos servicios a lo largo de toda su vida.
- Los familiares pueden ser miembros importantes del equipo terapéutico.
- Los fármacos antipsicóticos mejoran los síntomas de la mayoría de los pacientes con esquizofrenia.
- Con frecuencia es necesario que un paciente pruebe más de un fármaco antipsicótico para encontrar el que sea más eficaz. Los profesionales de enfermería deben informar a los pacientes sobre esta frustrante posibilidad.

- Los fármacos antipsicóticos tienen efectos adversos. Algunos (SNM y DT) son potencialmente mortales o crónicos; otros (SEP) producen molestias a los pacientes y pueden favorecer el incumplimiento del tratamiento medicamentoso.
- Hay esperanza para los pacientes con esquizofrenia. La mayoría de los pacientes responden bien al tratamiento.



EXPLORE MediaLink

Pueden encontrarse recursos interactivos adicionales en la página web complementaria www.prenhall.com/eby. Haga clic en «Chapter 8» y en «Begin» para seleccionar las actividades de este capítulo.

- Audio Glossary
- NCLEX-PN® review
- Case study
- Study online
- Critical thinking questions
- Matching questions
- Weblinks
- Video Case: Larry (Schizophrenia)

Protocolo asistencial de pensamiento crítico

Asistencia de un paciente con psicosis

Área de interés del examen NCLEX-PN®: Integridad psicosocial

Estudio de un caso: Bob Goldman es un varón judío estadounidense de origen europeo de 40 años de edad diagnosticado de esquizofrenia. No ha tomado los fármacos antipsicóticos prescritos en su domicilio. Ha ingresado hoy en la unidad psiquiátrica con el diagnóstico de psicosis por exacerbación aguda de la esquizofrenia. Es la hora de administrarle el fármaco antipsicótico oral.

Diagnóstico de enfermería: Alteración de los procesos del pensamiento

RECOPILE DATOS

Subjetivos

Objetivos

¿Informaría usted de estos datos? Sí/No

Si así lo hiciera, ¿a quién? _____

Asistencia de enfermería

¿Cómo lo verificaría? _____

Compare su verificación con el ejemplo proporcionado en el apéndice I.

Datos recopilados

(use todos los correctos)

- Antecedente de hipertrofia prostática benigna
- Antecedente de intento de suicidio a los 18 años
- PA 130/82
- El paciente afirma: «No necesito las medicinas. Estoy bien. El médico es el que está loco».
- Pérdida de peso de 5 kg desde el último ingreso hospitalario hace 9 meses
- El paciente afirma: «Me gustan los cereales para desayunar».
- El paciente está sucio y tiene un intenso olor corporal.
- El paciente quita la colcha de la cama, la enrolla como si fuera un tronco y la mueve por la habitación.
- El paciente afirma: «¡Utilizaré este tronco para luchar con los atacantes!»

Intervenciones de enfermería

(use todas las correctas, colóquelas en orden de prioridad)

- Decir al paciente: «Está usted a salvo aquí, en el hospital».
- Comprobar los signos vitales cada 2 horas.
- Mantener un entorno con un nivel bajo de estimulación.
- Decir al paciente: «Sí, usted necesita el tratamiento, y si no lo toma de forma voluntaria, le podemos obligar a tomarlo».
- Enseñar al paciente la estructura química de su fármaco.
- Decir al paciente: «Este fármaco le ayudará a enderezar sus pensamientos. Creo que debería tomarlo».
- Quitar toda la ropa de cama de la habitación del paciente durante todo el ingreso.
- Comunicarse de forma sencilla y tranquila con el paciente.
- Decir: «Yo le salvaré de los atacantes».
- Decir: «No hay atacantes aquí».
- Preguntar: «¿Por qué no se baña?».
- Animar al paciente a que se dé una ducha.
- Dar al paciente un gran abrazo para tranquilizarle.

Preparación del examen NCLEX-PN®

CONSEJO PARA PASAR LA PRUEBA

Cuando realice cualquier examen, póngase en la mejor situación mental posible. Duerma lo suficiente la noche antes. Desayune. Vaya al examen suficientemente pronto para no tener que correr. Asegúrese de que está preparado y dígame a usted mismo que ha hecho todo lo posible. Su vida no depende de la puntuación de ningún examen. De verdad.

- 1** La creencia que expresa un paciente de salud mental de que un alienígena está produciendo úlceras en su cuerpo con un láser se clasifica como:
 1. Alucinación.
 2. Neologismo.
 3. Idea de referencia.
 4. Idea delirante.
- 2** Si un paciente tuviera los síntomas negativos de la esquizofrenia, el profesional de enfermería esperaría ver:
 1. Afecto plano y habla escasa.
 2. Postura rígida.
 3. Movimientos excesivos y sin finalidad.
 4. Risa inadecuada.
- 3** Los fármacos antipsicóticos tradicionales, o típicos, pueden aliviar cuáles de los siguientes síntomas de la esquizofrenia:
 1. Anhedonia
 2. Afecto plano y alogia
 3. Alucinaciones, ideas delirantes y trastornos del pensamiento
 4. Avoliación
- 4** Cuando una paciente recién diagnosticada de esquizofrenia pregunta al profesional de enfermería sobre la olanzapina que está tomando, la mejor respuesta del profesional de enfermería sería:
 1. «Es un fármaco antipsicótico que tardará de 3 a 4 semanas en hacer efecto.»
 2. «Es un nuevo fármaco que le ayudará a aliviar la ansiedad.»
 3. «Es un fármaco antipsicótico que hará efecto inmediatamente para eliminar las "voces".»
 4. «Esta medicina le va a ayudar a dormir.»
- 5** Una paciente recién ingresada con esquizofrenia le dice que su abuela, ya fallecida, está sentada en una silla en su habitación y le dice cuándo es seguro salir de la habitación. La mejor respuesta del profesional de enfermería sería:
 1. «Si su abuela está muerta, no puede estar en su habitación.»
 2. «Su abuela debe haber sido muy especial para usted.»
 3. «¿No se siente usted segura aquí?»
 4. «Estamos aquí para ayudarla. No necesita a su abuela para que la proteja.»
- 6** En una unidad hospitalaria psiquiátrica en la que se utiliza terapia ambiental, cabría esperar que la unidad tuviera:
 1. Una televisión encendida continuamente con el canal de noticias para orientación sobre la realidad.
 2. Actividades diarias estructuradas.
 3. Reglas y regulaciones orientadas a los pacientes.
 4. Poca estructura para evitar estresar a los pacientes.
- 7** Un profesional de enfermería que trabaja en una unidad psiquiátrica hospitalaria sabe que debe observar más de cerca a cuál de los siguientes pacientes para detectar una conducta potencialmente violenta:
 1. Un paciente que tiene síntomas catatónicos
 2. Un paciente que ha estado dando zancadas todo el día, hablando en voz alta a una voz invisible
 3. Un paciente que se niega a participar en la actividad matutina de manualidades
 4. Un paciente que ha seguido al profesional de enfermería durante todo el día
- 8** Un paciente joven con esquizofrenia en una unidad psiquiátrica hospitalaria agita el puño delante del profesional de enfermería, amenazando con producirle un daño físico. La mejor respuesta del profesional de enfermería sería:
 1. Rodearle con un brazo para demostrarle su aceptación y apoyo.
 2. Sujetarle el puño y decir: «Esa no es una conducta aceptable».
 3. Hablar tranquilamente con el paciente y ofrecerle fármacos para ayudar a calmarle.
 4. Llamar a seguridad para que le encierren en una habitación de aislamiento.
- 9** Cuando se ayuda al paciente que está tomando un fármaco antipsicótico, una buena intervención de enfermería que se debe recordar es:
 1. Fomentar una dieta rica en grasas.
 2. Fomentar que pase tiempo a diario al sol.
 3. Recordar al paciente que cambie lentamente de postura.
 4. Tomar el fármaco con un antiácido.
- 10** En una unidad psiquiátrica que se especializa en rehabilitación psicosocial, ¿cuál de las siguientes intervenciones cabría esperar que formara parte del plan terapéutico de un paciente? (Seleccione todas las correctas.)
 1. Enseñar al paciente a tocar el piano
 2. Enseñar al paciente a acceder al transporte público
 3. Trabajar con el paciente en habilidades para entrevistas de trabajo
 4. Ayudar al paciente a preparar una comida
 5. Supervisar un grupo de manualidades

En el apéndice I pueden encontrarse las respuestas a las preguntas de revisión, así como un comentario del plan asistencial y el protocolo asistencial de pensamiento crítico.

Trastornos del estado de ánimo

BREVE sinopsis

TRASTORNO DEPRESIVO
MAYOR

Depresión

Suicidio

TRASTORNO BIPOLAR

Definición de trastorno bipolar

OBJETIVOS del aprendizaje

Al finalizar la lectura de este capítulo, usted será capaz de:

1. Suministrar educación básica al paciente o a su familia sobre la causa, los efectos clínicos y el tratamiento de la depresión.
2. Valorar el riesgo de suicidio.
3. Valorar a un paciente utilizando la escala de depresión geriátrica.
4. Suministrar educación básica al paciente o a su familia sobre la causa, los efectos clínicos y el tratamiento del trastorno bipolar.
5. Administrar de forma segura fármacos antidepresivos y estabilizadores del estado de ánimo.
6. Aplicar el proceso de enfermería a la asistencia de un paciente con un trastorno del estado de ánimo (depresión o trastorno bipolar).

PLAN ASISTENCIAL
DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:
Paciente con depresión

PROTOCOLO ASISTENCIAL
DE PENSAMIENTO CRÍTICO:
Asistencia de un paciente
con trastorno bipolar

Todos nos hemos sentido felices y tristes. Todos podemos reconocer la gama de emociones que normalmente experimentan las personas durante el transcurso de la vida. Cuando la alegría y la tragedia quedan más allá de la gama normal de intensidad, son persistentes, no son una respuesta a las experiencias vitales e interfieren con el desempeño de las funciones diarias, podría existir un trastorno del estado de ánimo.

El **estado de ánimo** es una emoción persistente y mantenida que influye en cómo percibe el mundo una persona. El *afecto* (expresión no verbal del sentimiento) indica el estado emocional actual del paciente. Es más cambiante que el estado de ánimo. Hay varios tipos de estado de ánimo:

- El **estado de ánimo elevado** es una sensación exagerada de bienestar.
- El **estado de ánimo eufórico** es un estado de ánimo dentro del intervalo normal.

- El **estado de ánimo disfórico** es un sentimiento o estado triste o desagradable.
- El **estado de ánimo irritable** es un estado de sentirse molesto o enfadado con facilidad, o verse provocado a sentir ira (American Psychiatric Association, 2000).

Hay varios trastornos del estado de ánimo (como trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica general y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, entre otros). En este capítulo utilizaremos el episodio/trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I como prototipos para el tratamiento de enfermería de los trastornos del estado de ánimo. El cuadro 9-1 ■ ofrece los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor de acuerdo con el manual DSM-IV-TR.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Depresión

Como todo el mundo ha experimentado tristeza y un estado de ánimo bajo en algún momento, parece que sería fácil que una persona refiriera cómo se siente cuando está deprimida. La dificultad es que la depresión lleva la tristeza y la falta de energía

a un nivel menor que habitualmente no está en la experiencia habitual de las personas no afectadas.

Considere la afirmación de Bob, un hombre cuya esposa, Lee, tiene trastorno depresivo mayor: «Sabía que Lee tenía depresión cuando nos casamos, pero no sabía cuánto habría que luchar. Cuando está deprimida no se puede levantar de la cama.

CUADRO 9-1

Criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor del manual DSM-IV-TR

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: 1) estado de ánimo depresivo, o 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
1. Estado de ánimo **depresivo** la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). *Nota:* En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser **irritable**.
 2. **Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer** en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 3. **Pérdida importante de peso** sin hacer régimen o **aumento de peso** (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. *Nota:* En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 4. **Insomnio o hipersomnio** (dormir demasiado) casi cada día.
 5. Cambios de actividad: **agitación psicomotora** (aumento de la actividad física asociado a los procesos mentales) o **retraso psicomotor** casi cada día (observado por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 6. **Fatiga o pérdida de energía** casi cada día.
 7. Sentimientos de **inutilidad o de culpa excesivos o inadecuados** casi cada día.
 8. **Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse**, o indecisión, casi cada día.
 9. **Pensamientos recurrentes de muerte** (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente, un plan para suicidarse o una tentativa de suicidio.
- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Se excluyen los síntomas asociados a enfermedades médicas generales, efectos adversos de sustancias o duelo.
- Nota:* No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica general.
- Fuente:* Reproducido con autorización de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, texto revisado, copyright 2000, American Psychiatric Association.

No entiendo por qué simplemente no se puede alegrar. No tiene nada por lo que estar deprimida». Bob se puede levantar para ir a trabajar aun cuando esté cansado, o aun cuando realmente no quiera hacerlo. Puede ir a comprar medicinas o alimentos aun cuando no se sienta bien. Piensa que los adultos deberían estar motivados para hacer las cosas necesarias que son importantes aun cuando sean difíciles para ellos. Bob podría preguntarse si su esposa no lo está intentando lo suficiente o si realmente no le ama lo suficiente para hacer cosas con él aunque tenga un episodio depresivo.

Considere también el caso de Pearl, una mujer de 70 años que vive en un centro asistencial de cuidados crónicos. Pearl tuvo un accidente cerebrovascular hace 1 año y tiene hemiplejía en el lado derecho. No se alimenta de forma autónoma y tiene poco apetito. Colabora cuando se le realizan las actividades de la vida diaria, pero no intenta ayudar. Cuando habla, sólo dice una o dos palabras cada vez. Siempre tiene un aspecto triste. El profesional de enfermería piensa que Pearl está deprimida. En este capítulo esperamos preparar a los profesionales de enfermería a ayudar a personas como Pearl, Bob y Lee a vivir con este debilitante trastorno cerebral.

El trastorno depresivo mayor es una enfermedad en la que hay uno o más episodios depresivos mayores como el que se describe en el cuadro 9-1. Los episodios depresivos pueden variar desde leves hasta graves, con una amplia gama de deterioro funcional asociado. La figura 9-1 ■ muestra a una mujer joven que está demasiado deprimida para levantarse de la cama.

CAUSAS

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



Figura 9-1. ■ Mujer en la cama, demasiado deprimida para levantarse. Fuente: PhotoEdit Inc.

El trastorno depresivo mayor es de 1,5 a 3 veces más frecuente en familiares biológicos en primer grado de las personas afectadas que en la población general (American Psychiatric Association, 2000). Una predisposición genética puede interactuar con factores ambientales para crear el trastorno. Las personas pueden heredar la tendencia a responder a los agentes estresantes vitales con el desarrollo de depresión. Se ha encontrado una variante génica de un transportador para el neurotransmisor serotonina que, cuando se combina con estrés, aumenta el riesgo de depresión (Caspi y cols., 2003).

Una hipótesis llamada **facilitación** indica que un episodio estresante puede alterar la función de los neurotransmisores, haciendo que una persona tenga un primer episodio de un trastorno del estado de ánimo. Los primeros episodios de depresión o manía pueden estar precipitados por agentes estresante psicosociales en personas que tienen el gen que les hace susceptibles. El encéfalo del individuo se hace cada vez más sensible a lo largo del tiempo, hasta que se producen episodios de alteración del estado de ánimo sin estímulos. La *facilitación* explica la mayor frecuencia de los episodios de alteración del estado de ánimo a lo largo del tiempo. El hecho de que los neurotransmisores que están reducidos en la depresión inhiben la facilitación refuerza esta hipótesis (Stuart y Laraia, 2005).

Se han utilizado los recientes adelantos en estudios de imagen del encéfalo para evaluar la función del encéfalo de pacientes con depresión. La tomografía por emisión de positrones (PET) muestra una función anormal en la corteza prefrontal del cerebro y en el sistema límbico durante los episodios depresivos. La figura 9-2 ■ muestra una PET antes y después de la administración de tratamiento para la depresión.

También hay muchos datos de que una alteración de la fisiología de los neurotransmisores del encéfalo produce depresión. Es probable que estén implicados neurotransmisores del encéfalo como serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina y ácido gamma-aminobutírico (GABA). Ya hemos aprendido que en la esquizofrenia hay hiperactividad de los neurotransmisores del encéfalo. En la depresión ocurre lo contrario: hay reducción de la función de los neurotransmisores. El hecho de que los fármacos antidepresivos sean tan eficaces es un dato de que la función de los neurotransmisores afecta al estado de ánimo.

También está implicado el sistema endocrino. El hipotálamo, la hipófisis y las glándulas suprarrenales, llamados en conjunto *eje HHS*, controlan las respuestas fisiológicas al estrés. Estas glándulas pueden estar hiperactivas en pacientes con depresión. El eje HHS también afecta al ciclo de día-noche de 24 horas de los ritmos corporales (ritmos circadianos). Los ritmos circadianos normales están alterados tanto en la depresión como en la manía. Los ritmos circadianos afectan a muchas funciones fisiológicas, como el sueño y la vigilia, la secreción de hormonas, la alerta mental y la temperatura corporal.

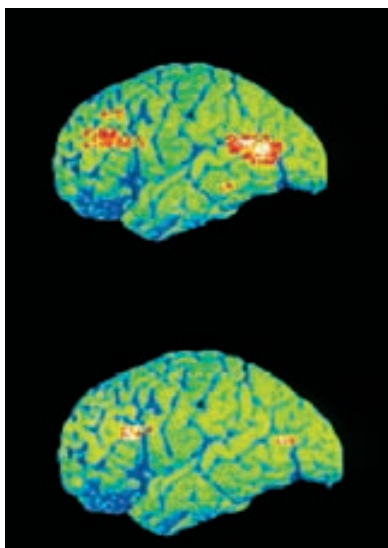


Figura 9-2. ■ PET del encéfalo de un paciente con depresión antes y después del tratamiento antidepresivo. Las áreas de actividad baja son rojas/amarillas. El encéfalo en la depresión no tratada (superior) muestra poca actividad en la corteza prefrontal y en el lóbulo parietotemporal. El encéfalo inferior, después del tratamiento, muestra una función normal. Fuente: Photo Researchers, Inc.

Las mujeres tienen el doble de probabilidad de tener depresión que los varones. Los niños no muestran diferencia de sexo en cuanto al riesgo, pero en la pubertad las mujeres tienen mayor probabilidad de estar afectadas. Una proporción significativa de las mujeres afectadas refiere empeoramiento de los síntomas depresivos en los días previos a la menstruación. El riesgo de tener un episodio depresivo mayor a lo largo de toda la vida es del 10-25% en mujeres y del 5-12% en varones. En cualquier momento dado el 3-5% de las personas en EE. UU. tiene un episodio depresivo mayor. La mayoría de estos episodios no se diagnostica ni se trata. El trastorno afecta por igual a personas de todos los orígenes étnicos y de todos los grupos socioeconómicos (American Psychiatric Association, 2000).

Se piensa que la depresión aumenta el riesgo de arteriopatía coronaria, accidente cerebrovascular y diabetes. También se asocia a mayores tasas de mortalidad después de un infarto de miocardio o de un accidente cerebrovascular, y a una rehabilitación más lenta después de la cirugía de cadera (Spires, 2006).

Los síntomas depresivos pueden estar producidos por algunos fármacos. Se ha mostrado que algunos antibióticos, antifúngicos, antiinflamatorios, antineoplásicos, fármacos cardiovasculares y fármacos digestivos producen síntomas depresivos en algunas personas. Cuando un paciente tiene depresión de nueva aparición se debe determinar si el paciente ha iniciado algún tratamiento nuevo.

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

El trastorno puede comenzar a cualquier edad. La edad media de comienzo es la porción media de la tercera década.

CUADRO 9-2

Factores de riesgo de depresión

- Episodio depresivo previo
- Sexo femenino
- Antecedentes familiares de depresión
- Episodios vitales estresantes
- Abuso o dependencia de sustancias
- Período posparto
- Antecedente de intento de suicidio
- Enfermedad médica general crónica

Un agente estresante vital importante precede al primer episodio depresivo mayor en el caso de muchas personas (American Psychiatric Association, 2000). Sin embargo, no es el propio agente estresante lo que produce la depresión. La persona que se deprime es susceptible a presentar depresión después de un episodio estresante. El cuadro 9-2 ■ enumera los factores de riesgo de depresión y de aparición de un episodio depresivo.

Algunas personas experimentan tan sólo un único episodio. La mayoría de las personas que tiene un episodio de depresión sigue teniendo episodios a lo largo de toda la vida. Además, otras tienen un estado casi constante de estado de ánimo deprimido. Un episodio de depresión no tratado puede durar años.

Algunos pacientes tienen síntomas psicóticos, como alucinaciones o pensamiento delirante, asociados a la depresión grave. La depresión psicótica es más incapacitante y con frecuencia precisa un tratamiento más intensivo que un episodio depresivo sin rasgos psicóticos.

OTROS TIPOS DE DEPRESIÓN

Depresión posparto

La depresión después del parto puede variar desde «tristeza posparto» hasta depresión psicótica. Es muy frecuente que las mujeres tengan llanto fácil, ansiedad, disminución de la concentración y falta de energía inmediatamente después del parto. Este tipo normal de «tristeza» habitualmente comienza de 3 a 4 días después del parto y dura no más de 2 semanas. Habitualmente se resuelve sin tratamiento médico. La paciente se puede beneficiar de la tranquilización por el profesional de enfermería de que esta situación es habitual y se resolverá con tiempo, reposo y apoyo familiar. Se debe animar a la paciente y su familia a que notifiquen al médico si los síntomas depresivos no se resuelven después de 2 semanas.

La psicosis posparto habitualmente aparece en las 3 semanas siguientes al parto. Se caracteriza por estado de ánimo deprimido, falta de concentración, culpa, falta de interés en el hijo, el rechazo del hijo o miedo irracional a que le ocurrirá algo malo al niño. La paciente puede tener una actitud anormal hacia las funciones corporales. Se debe valorar el

riesgo de suicidio y de infanticidio. Las mujeres afectadas habitualmente mejoran después de 2 a 3 meses de tratamiento. El tratamiento depende de los síntomas de la paciente individual. Las mujeres con antecedentes de trastornos psiquiátricos tienen mayor probabilidad de presentar psicosis posparto.

Trastorno afectivo estacional

El **trastorno afectivo estacional (TAE)** es una depresión que se asocia a una menor exposición a la luz solar. Habitualmente se produce en invierno, cuando los días son más cortos, y desaparece en primavera y verano. Los síntomas son somnolencia, astenia, letargo, irritabilidad y aumento del apetito. Se piensa que se debe a un metabolismo anormal de la melatonina. El tratamiento es terapia lumínica, como se muestra en la figura 9-3 ■. Los fármacos antidepresivos y la terapia cognitiva-conductual también son tratamientos eficaces. En la terapia lumínica se expone al paciente a luz brillante durante un número de horas prescrito cada día. Es más eficaz cuando se administra por la mañana. La terapia lumínica ha sido eficaz en pacientes con depresión no psicótica estacional leve a moderada (Lurie, Gawinski, Pierce y Rouseau, 2006).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El trastorno depresivo mayor es una enfermedad incapacitante que afecta al desempeño de funciones laborales y personales. Una persona afectada tendrá estado de ánimo deprimido o bajo todos los días y los síntomas que se enumeran en el cuadro 9-1. Una lista de síntomas nunca puede describir por completo las consecuencias para el ser humano de una enfermedad. En Comprobación de la realidad sobre la depresión (cuadro 9-3 ■) aparece una lista de cómo describen sus sentimientos los pacientes con depresión. La figura 9-4 ■ muestra los síntomas de un episodio depresivo mayor.

La depresión produce sufrimiento y discapacidad (pérdida de función) a las personas que padecen el trastorno. También



Figura 9-3. ■ Una mujer con trastorno afectivo estacional (TAE) es tratada con terapia lumínica. Fuente: PhotoEdit Inc.

CUADRO 9-3

Comprobación de la realidad sobre la depresión

Lo que dicen los pacientes con depresión:

- «El color, el sabor y la chispa de la vida se han apagado.»
- «En todas partes encuentro otro motivo para sentir tristeza y pena. Soy muy sensible. Cualquier cosa me hace sentir triste. Doy vueltas a sentirme mal y a lo que debería haber hecho.»
- «Me siento como si estuviera en un agujero profundo y oscuro y ni siquiera intento salir.»
- «Todo aquello por lo que merece la pena vivir se desenfoca.»
- «Estoy demasiado cansado para poder masticar.»
- «Las personas pueden ser demasiado estimulantes, especialmente cuando están alegres.»
- «La gente quiere que haga cosas que debería realmente querer hacer. Me hace sentir culpable.»
- «Mi alma me ha abandonado y ha sido sustituida por plomo.»
- «Mis hijos quieren que me levante y juegue con ellos. No es que no quiera. ¡Ojalá pudiera! No me puedo mover. Deben odiarme.»
- «Soy un fracaso en el sentido completo de la palabra.»
- «Mi trabajo era muy importante para mí, muy importante, pero llegué al punto en el que no me podía concentrar en el trabajo, y entonces no podía trabajar en absoluto.»
- «Nada importa, todo duele, y siempre estás solo, independientemente de quien esté a tu alrededor.»
- «Cuando estoy deprimido pienso en la vez que oí un pájaro chillando fuera. Lo ignoré, y después vi un gato comiéndose un pájaro. El pájaro me estaba pidiendo ayuda y le fallé. Esto fue hace 10 años, y pienso en ello con frecuencia.»
- «Cuando no respondía a sus preguntas, era porque no tenía energía para hablar.»
- «Si no quiero vivir, ¿por qué alguien quiere que lo haga?»

produce dificultad en las relaciones que tienen con otras personas. La depresión hace que las personas pierdan la capacidad de disfrutar de las cosas de la vida que solían hacerlas feliz. Las personas deprimidas faltan al trabajo, pierden el trabajo o tienen una reducción de la eficacia y la productividad en el trabajo. Las personas afectadas con frecuencia no pueden continuar asumiendo las responsabilidades familiares y laborales. Pueden no ser capaces de realizar las actividades de la vida diaria. La mayoría de las personas que se suicidan tiene depresión en ese momento.

La depresión tiene un elevado coste en cuanto a sufrimiento humano, además de un coste económico para los negocios, que pierden productividad. Cuando una persona tiene depresión además de un trastorno médico general (como diabetes o accidente cerebrovascular), es probable que la enfermedad médica sea peor que si no hubiera depresión. La depresión se asocia a aumento de la discapacidad e incluso disminución de la esperanza de vida en pacientes hospitalizados con enfermedades médicas graves (Roach y cols., 1998).

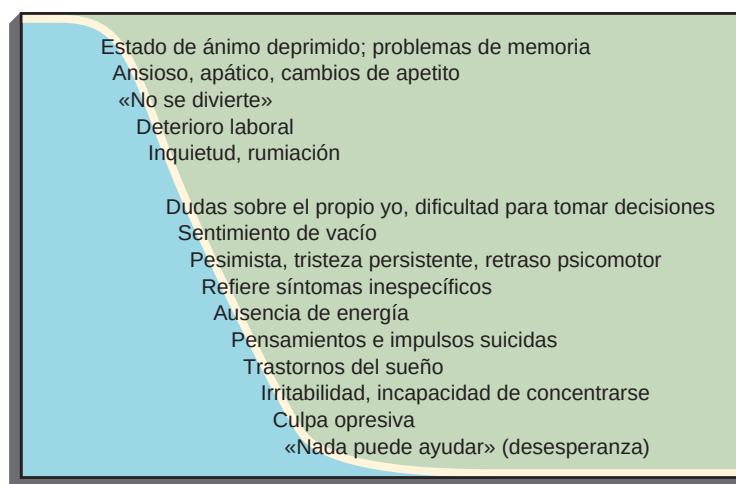


Figura 9-4. ■ Características de un episodio depresivo mayor. Fuente: *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing* by Kneisl/Wilson/Trigoboff, © Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, NJ.

Depresión en ancianos

En ancianos, la depresión puede producir síntomas y signos diferentes a los que esperarían los cuidadores. Los pacientes geriátricos tienen mayor probabilidad de referir síntomas físicos inespecíficos (la expresión de los trastornos mentales en forma de síntomas físicos se denomina **somatización**), como cefalea y síntomas abdominales, en lugar de describir que están deprimidos. Es probable que ni siquiera digan al médico que se sienten tristes. El diagnóstico de depresión se complica aún más por la presencia de deterioro cognitivo. Si los pacientes no pueden responder a preguntas sobre sus sentimientos, la escala de depresión geriátrica (Geriatric Depression Scale) es inútil (Spires, 2006).

Es fácil ver por qué tantos ancianos no son diagnosticados y tratados. Con frecuencia se considera que sus síntomas son una respuesta normal al envejecimiento. Sólo uno de cada tres médicos de atención primaria realiza cribado sistemático de los ancianos para detectar depresión. El diagnóstico y el tratamiento de la depresión pueden permitir salvar vidas. Los residentes en residencias de ancianos con depresión tienen una tasa de mortalidad de 1,5 a 3 veces mayor que sus semejantes no deprimidos (Spires, 2006).

ALERTA clínica

La depresión no es una parte normal del envejecimiento. Con frecuencia se pasa por alto la depresión en el anciano. Se debe evaluar a los pacientes ancianos para detectar depresión. Los que tienen deterioro cognitivo pueden manifestar ansiedad, irritabilidad y retraimiento social, en lugar de los síntomas habituales de depresión.

ESTIGMA

Debido al estigma asociado a las enfermedades mentales, los pacientes son reacios a solicitar ayuda cuando tienen los sínto-

mas de depresión (National Alliance for Mental Illness, 2006). Los pacientes con depresión tienen menor probabilidad de aceptar el tratamiento, cumplir las recomendaciones terapéuticas y continuar el tratamiento que los pacientes con enfermedades médicas generales sin depresión.

Los datos del estigma contra los pacientes con enfermedad mental incluyen los siguientes:

- Con frecuencia se exige que los pacientes notifiquen sus enfermedades mentales cuando solicitan el permiso de conducir, un trabajo, una autorización y otras actividades habituales, mientras que los que tienen enfermedades médicas no tienen que notificarlo (parte de esto ha disminuido desde la aprobación de la ley Americans with Disabilities Act).
- Las compañías de seguros reembolsan el tratamiento de las enfermedades mentales con un precio menor que las enfermedades médicas generales. Con frecuencia hay un límite de la cantidad de cobertura del tratamiento de las enfermedades mentales, que no se aplica a las enfermedades médicas generales.
- Los médicos pueden decidir no introducir el diagnóstico de depresión en las historias clínicas porque quieren proteger a sus pacientes del estigma.
- Al menos el 80% del tratamiento de la depresión se realiza fuera del contexto de la salud mental.

Los pacientes con depresión pueden tener miedo a que se les estigmatice o discrimine negativamente en contratos, promociones y otras oportunidades sociales. Hasta que se vea la enfermedad mental en un plano equivalente al de los trastornos médicos generales desde los puntos de vista de actitud, económico, social y político, estará notificada, diagnosticada y tratada de forma insuficiente.

El público cada vez está más informado sobre las enfermedades mentales, a medida que reciben información de los profesionales sanitarios y los defensores de los pacientes con enfermedades mentales. Aun cuando saben que las enfermedades mentales se pueden tratar y reconocen los avances en el tratamiento, en un estudio sólo el 51% de las personas dijo que tomaría fármacos para la depresión. El estigma frente a los fármacos psicotrópicos sigue siendo especialmente elevado (Rihmer, 2007). El reto al que se enfrentan los profesionales de enfermería para ayudar a reducir este estigma también sigue siendo elevado.

Suicidio

En 1996 la Organización Mundial de la Salud instó a los estados miembros a que crearan estrategias para la prevención de suicidio. El Ministro de Sanidad de EE. UU. publicó una llamada a la acción en 1999, que incluía los factores de riesgo de suicidio (cuadro 9-4 ■), los factores protectores del suicidio (cuadro 9-5 ■) y las estadísticas siguientes.

Cada día muere por suicidio un promedio de 85 estadounidenses. La tasa de suicidio en EE. UU. ha permanecido relativamente estable desde la década de los setenta. Sin embargo, la tasa en algunos grupos ha aumentado significativamente. La tasa de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes ha aumentado mucho. Los suicidios por arma de fuego suponen casi el

CUADRO 9-5

Factores protectores del suicidio

- Asistencia clínica eficaz y adecuada de trastornos mentales, físicos y por abuso de sustancias
- Acceso fácil a diversas intervenciones clínicas y apoyo
- Acceso restringido a métodos muy letales de suicidio
- Apoyo familiar y comunitario
- Apoyo por relaciones médicas y de salud mental continuas
- Habilidades aprendidas en resolución de problemas, resolución de conflictos y manejo no violento de las disputas
- Creencias culturales y religiosas que disuaden del suicidio y favorecen los instintos de autoconservación

Fuente: U.S. Public Health Service. (1999). *The Surgeon General's call to action to prevent suicide*. Washington, DC: Author.

100% de este aumento del suicidio de adolescentes. En la población general las armas de fuego son el método más frecuente de suicidio en EE. UU. (59%). Tener un arma de fuego en el domicilio aumenta el riesgo de suicidio consumado. Cada año mueren más estadounidenses por suicidio que por homicidio (National Institute for Mental Health, 2006).

Entre los ancianos, las tasas de suicidio son las más elevadas. Los varones ancianos blancos son el grupo con mayor riesgo de suicidio (fig. 9-5 ■). La tasa de suicidio en varones blancos ancianos con depresión es seis veces mayor que en la población general (Spires, 2006). No ha habido ningún cambio reciente en la tasa en esta población. La mayoría de los ancianos víctimas de un suicidio es atendida por su médico de atención primaria en las semanas previas al suicidio y tiene un primer episodio de depresión leve a moderada. Esto demuestra una oportunidad perdida para identificar el riesgo de suicidio y prevenir el suicidio (National Institute of Mental Health,

CUADRO 9-4

Factores de riesgo de suicidio

- Intento de suicidio previo
- Trastornos mentales, especialmente trastornos del estado de ánimo como depresión y trastorno bipolar
- Trastornos mentales asociados o trastornos por abuso de sustancias o de alcohol asociados
- Antecedentes familiares de suicidio
- Desesperanza
- Tendencias impulsivas y/o agresivas
- Barreras al acceso a tratamientos de salud mental
- Pérdida de relaciones sociales, laborales o económicas
- Enfermedad médica general
- Acceso fácil a métodos de suicidio letales, especialmente armas de fuego
- Falta de voluntad de solicitar ayuda debido al estigma asociado a los trastornos mentales y a los trastornos por abuso de sustancias, y/o pensamientos suicidas
- Influencia de personas importantes (familiares, celebridades, iguales que han muerto de suicidio) a través de un contacto personal directo o por representaciones inadecuadas en los medios de comunicación
- Creencias culturales o religiosas; por ejemplo, la creencia de que el suicidio es una resolución noble de un dilema personal
- Epidemia local de suicidio que tiene una influencia contagiosa
- Aislamiento, sensación de estar separado de los demás

Fuente: U.S. Public Health Service. (1999). *The Surgeon General's call to action to prevent suicide*. Washington, DC: Author.



Figura 9-5. ■ Los varones blancos ancianos tienen la mayor tasa de suicidio. Fuente: Photolibrary.com.

CUADRO 9-6

Escala de depresión geriátrica (abreviada)

1. ¿En general está satisfecho con su vida?	Sí/No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	Sí/No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí/No
4. ¿Se aburre con frecuencia?	Sí/No
5. ¿Se siente animado la mayor parte del tiempo?	Sí/No
6. ¿Tiene miedo a que le vaya a ocurrir algo malo?	Sí/No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí/No
8. ¿Se siente con frecuencia indefenso?	Sí/No
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas?	Sí/No
10. ¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas?	Sí/No
11. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo?	Sí/No
12. ¿Se siente usted inútil tal y como está ahora?	Sí/No
13. ¿Se siente lleno de energía?	Sí/No
14. ¿Piensa que su situación es desesperada?	Sí/No
15. ¿Piensa que la mayoría de las personas está mejor que usted?	Sí/No

PUNTUACIÓN: Cuente las respuestas en **negrita**. Una puntuación de 5 o más indica la necesidad de derivación para evaluar la presencia de depresión. Una puntuación de 10 corresponde casi siempre a depresión.

Fuente: Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale: Recent evidence and development of a shorter form. *Clinical Gerontologist*, 5, 165–172.

2006). Los médicos y profesionales de enfermería deben evaluar a los ancianos para detectar la depresión y el riesgo de suicidio. Consulte en el cuadro 9-6 ■ la escala de depresión geriátrica (Geriatric Depression Scale), una herramienta de cribado para detectar depresión. El profesional de enfermería debe comunicar al médico los pacientes que tengan una puntuación en el intervalo de depresión en la escala de depresión geriátrica, y debe derivarlos para una evaluación adicional.

Un mito peligroso sobre el suicidio es que la idea del mismo puede sugerirla el hecho de comentar el suicidio con alguien que no lo contempla. Por el contrario, la mayoría de las personas con depresión, independientemente de que contemplen o no el suicidio, se beneficia de hablar sobre sus sentimientos. En el caso de las personas que se están planteando el suicidio, comentar sus sentimientos puede ser la única oportunidad para la prevención. La depresión dificulta que los pacientes puedan identificar y explicar sus propios sentimientos. Hablar sobre estos sentimientos y clarificarlos puede ayudar a una persona deprimida a tener mejor perspectiva, interrumpir el pensamiento negativo o trabajar en la resolución de problemas. La escucha activa es una poderosa herramienta que pueden utilizar los profesionales de enfermería. Los pacientes con frecuencia expresan su gratitud por tener la oportunidad de expresar sus sentimientos sobre el suicidio (National Institute for Mental Health, 2006).

Sólo cuando el profesional de enfermería conoce el pensamiento suicida de un paciente, o **ideación suicida**, puede intervenir para ayudar al paciente. El profesional de enfermería puede valorar la peligrosidad de los pensamientos suicidas del paciente. Pensamientos erráticos como «Me siento tan mal que ojalá me muriera» no son tan peligrosos como «Tengo un arma

de fuego en casa, y tan pronto como me den de alta tengo previsto pegarme un tiro».

Imagínese a usted mismo preguntando a un paciente: «¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño a usted mismo o en hacer daño a otras personas?». Es una pregunta difícil. Es inadecuada desde el punto de vista social. Simplemente no es correcto hablar sobre el suicidio ni sugerir que una persona puede estar pensando en él. Entonces, ¿qué debe hacer un profesional de enfermería?

Recuerde por qué estamos aquí. Esta no es una relación social. Es una relación profesional. El profesional de enfermería es el profesional. El objetivo del profesional de enfermería es valorar la seguridad del paciente e intervenir para proteger al paciente o a los demás cuando sea necesario. Es difícil preguntar a las personas si se quieren herir a sí mismas o a los demás, pero si los profesionales de enfermería no lo preguntan, ¿cómo van a prestar una asistencia adecuada al paciente?

Se debe preguntar específicamente a todos los pacientes del contexto de salud mental sobre la ideación suicida y homicida como parte de la valoración del estado mental.

En el contexto médico general se debe preguntar a todos los pacientes ancianos con una enfermedad crónica y a todos los pacientes que tengan los factores de riesgo de suicidio que se presentan en el cuadro 9-4: «¿Tiene ganas de herirse a sí mismo?». Añada: «... o a otras personas» si el paciente tiene pensamiento delirante o psicótico.

En el proceso de la comunicación terapéutica, o incluso en una conversación casual, el profesional de enfermería puede descubrir que el paciente tiene desesperanza. La esperanza de que la depresión mejorará es lo que impide que muchas personas se autolesionen. El cuadro 9-7 ■ ofrece un registro del pro-

CUADRO 9-7

LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

Hablar con un paciente con desesperanza

- ✓ Utilice preguntas abiertas, o frases iniciales abiertas, cuando pida al paciente que exprese sus sentimientos.

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: «Dígame cómo se siente.»

PACIENTE: «Me siento mal.»

- ✓ Clarifique el mensaje del paciente.

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: «¿Puede darme algunos ejemplos de por qué se siente mal?»

PACIENTE: «Soy un fracaso, he perdido el trabajo, me odio a mí mismo y estoy muy cansado de todo.»

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: «¿Quiere decir que está cansado de vivir?»

PACIENTE: «Sí.»

- ✓ Haga explícito el mensaje implícito. Esto es muy importante, aun cuando parezca extraño

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: «Charlie, ¿quiere decir que está pensando en suicidarse?»

PACIENTE: «Bueno, sí. Pienso mucho en ello.»

- ✓ Clarifique y recopile datos para la evaluación.

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: «¿Tiene un plan?»

PACIENTE: «Tengo un arma de fuego en casa.»

- ✓ Valide la importancia de los sentimientos del paciente, dé información sobre los siguientes pasos y valore la seguridad actual del paciente.

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: «Charlie, esto es importante.

Voy a hablar con el Dr. Rodgers y con el resto de los miembros del equipo sobre sus pensamientos. Vamos a pensar en un plan para ayudarle. ¿Está pensando en autolesionarse aquí en el hospital?»

PACIENTE: «No.»

- ✓ Obtenga un **contrato sin autolesiones** (un acuerdo con el paciente de que desvele sus sentimientos suicidas antes de pasar a la acción para lesionarse a sí mismo).

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: «Queremos que esté usted seguro.

¿Me promete que si piensa que se quiere hacer daño a usted mismo mientras está aquí, no se hará daño, sino que me lo dirá a mí o a cualquier otro miembro del personal, para que podamos ayudarle?»

PACIENTE: «Bien, lo prometo. Ojalá quisiera vivir.»

- ✓ Valide la importancia del paciente, tranquilice al paciente de que el tratamiento le puede ayudar, ofrezca esperanza.

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: «Usted está en el hospital, por lo que podemos ayudarle a superar épocas como esta. Hay tratamientos eficaces para la depresión, y no vamos a abandonar hasta que se sienta mejor. ¿Vale?»

PACIENTE: «Vale.»

ceso de un profesional de enfermería que habla con la persona que se siente desesperada.

Autocomprobación crítica. ¿Cuál es la respuesta adecuada del personal de enfermería cuando el paciente dice: «Me quiero suicidar, pero no se lo diga a nadie. Usted es el único en el que confío?»

ASISTENCIA INTEGRAL

Un buen motivo para la esperanza es que se dispone de un tratamiento eficaz para la depresión. Después de haberla identificado con exactitud, la depresión casi siempre se puede tratar con éxito con fármacos, psicoterapia o una combinación de ambos tratamientos. Cada paciente es distinto y responde al tratamiento de forma diferente, aunque, igual que en la esquizofrenia, cuando un paciente no responde a un tratamiento se pueden probar otros. Los objetivos del tratamiento médico de la depresión son (Stahl, 2005):

- Conseguir la remisión completa de los síntomas de depresión
- Prevenir las recurrencias

Hay cinco tratamientos médicos para la depresión:

1. Tratamiento farmacológico
2. Psicoterapia
3. Combinación de tratamiento farmacológico y psicoterapia
4. Terapia electroconvulsiva (TEC)
5. Terapia lumínica

Los pacientes obtienen la mayor mejoría con el tratamiento cuando la depresión se trata con una combinación de fármacos y terapia cognitiva-conductual (TCC). Algunos pacientes con depresión leve a moderada mejoran con psicoterapia sola. La figura 9-6 ■ muestra a un paciente durante la terapia.

Fármacos psicotrópicos

Se ha mostrado que los fármacos son eficaces en todos los tipos de depresión. Sin embargo, no hay ningún fármaco único que sea útil en todos los casos. Tampoco hay ningún fármaco único que sea mejor o más eficaz que los otros.

Aunque se ha demostrado que los fármacos antidepresivos son muy eficaces, tienen limitaciones. Los pacientes con síntomas depresivos con frecuencia esperan hasta que los síntomas son casi intolerables antes de buscar ayuda. Después los antidepresivos tardan de 2 a 6 semanas en producir su efecto completo. Si el primer fármaco no es eficaz para el paciente, la espera hasta que sea eficaz un segundo o incluso un tercer fár-



Figura 9-6. ■ Se obtienen los mejores resultados del tratamiento cuando los pacientes combinan los fármacos con la psicoterapia. *Fuente:* PhotoEdit Inc.

maco puede parecer infinita. Algunos pacientes tienen efectos adversos que no quieren tolerar. Algunos pacientes no muestran ninguna mejoría con los fármacos antidepresivos. La tabla 9-1 ■ ofrece un resumen de los fármacos para tratar la depresión. El cuadro 9-8 ■ presenta las consideraciones especiales de los antidepresivos en ancianos.

El médico con frecuencia decide el antidepresivo que va a prescribir basándose en el perfil de efectos adversos o en qué fármaco ha utilizado previamente con eficacia un familiar del paciente o el propio paciente en el pasado. En algunas situaciones se puede elegir un fármaco porque sus efectos adversos particulares podrían ser útiles. Por ejemplo, un antidepresivo con efectos sedantes puede ser útil en un paciente que tenga problemas para dormir si lo toma al acostarse. La figura 9-7 ■ muestra un diagrama de los neurotransmisores en la depresión y la acción de los fármacos antidepresivos.

TABLA 9-1			
Fármacos antidepresivos			
CLASIFICACIÓN/ FÁRMACO	ACCIÓN/USO	RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA	EDUCACIÓN DEL PACIENTE
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) ■ Citalopram ■ Escitalopram ■ Fluoxetina ■ Fluvoxamina ■ Paroxetina ■ Sertralina	Los ISRS ↑ la 5-HT bloqueando la recaptación de 5-HT en la neurona presináptica. ↑ la neurotransmisión de 5-HT. Se utilizan principalmente en la depresión, aunque también se utilizan en trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad social, trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno de ansiedad generalizada, bulimia nerviosa y trastorno disfórico premenstrual.	Evaluar para detectar EC: sedación o agitación, cefalea, mareo, temblor, disfunción sexual (↓ libido, anorgasmia, disfunción eréctil, eyaculación tardía), efectos digestivos (↓ apetito, náuseas, diarrea, estreñimiento), sequedad de boca, hematomas. Tienden a ser la primera elección para el tratamiento de la depresión en los ancianos, que precisan dosis más bajas.	Algunos pacientes pueden tener alivio de la ansiedad o del insomnio poco después de empezar el tratamiento, aunque habitualmente tardan 2-4 semanas en producir efectos antidepresivos. La mayoría de los efectos colaterales desaparecen con el tiempo.
Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) ■ Duloxetina ■ Venlafaxina	Los IRSN ↑ la 5-HT, NA y DA. Bloquean las bombas de recaptación de 5-HT y NA, y ↑ su neurotransmisión. ↑ la neurotransmisión DA en la corteza frontal, especialmente a dosis elevadas. Se utilizan principalmente para tratar la depresión. También se utilizan en incontinencia urinaria de estrés, dolor crónico y neuropático, y trastornos de ansiedad.	Evaluar para detectar EC: ↑ PA (dependiente de la dosis), insomnio, sedación, cefalea, náuseas, disminución del apetito, sudoración, disfunción sexual (↓ libido, impotencia, orgasmo anormal), convulsiones (infrecuente).	La acción terapéutica tarda 2-4 semanas. La mayoría de los efectos adversos desaparece con el tiempo. Se debe realizar monitorización frecuente de la PA del paciente.
Inhibidor de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND) ■ Bupropión	↑ NA y DA mediante bloqueo de la recaptación de NA y DA, y aumenta su neurotransmisión. Se utiliza principalmente en la depresión y la adicción a la nicotina, y también se utiliza en depresión bipolar, TDAH y disfunción sexual causada por otros fármacos.	Valorar al paciente para detectar EC: sequedad de boca, estreñimiento, náuseas, anorexia, sudoración, temblor, insomnio, agitación y cefalea. Raras veces produce convulsiones (riesgo relacionado con la dosis). Evaluar la eficacia del fármaco.	Tarda 2-4 semanas en producir los efectos deseados. Educar al paciente sobre la prevención del estreñimiento. La mayoría de los efectos colaterales desaparece con el tiempo.

TABLA 9-1

Fármacos antidepresivos (cont.)

CLASIFICACIÓN/ FÁRMACO	ACCIÓN/USO	RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA	EDUCACIÓN DEL PACIENTE
Antidepresivo tetracíclico, también llamado antidepresivo específico serotoninérgico y noradrenérgico (AESN) ■ Mirtazapina	↑ 5-HT y NA mediante bloqueo de los receptores presinápticos, y ↑ la neurotransmisión de 5-HT y NA Se utiliza en la depresión, y también en trastorno de angustia, ansiedad y TEPT.	Valorar para detectar EC: hipotensión, sequedad de boca, estreñimiento, ↑ apetito, aumento de peso, sedación, mareo, sueños anormales, confusión, síntomas gripales, retención urinaria, convulsiones (infrecuentes). Los EC dependen de la dosis. Disponible en una forma que se disuelve en la lengua. Dosis menores en ancianos.	Puede empezar a aliviar el insomnio y la ansiedad poco después de empezar el tratamiento, aunque el inicio de la acción antidepresiva habitualmente tarda 2-4 semanas. Enseñar al paciente a levantarse despacio para reducir la hipertensión ortostática. Enseñar prevención del estreñimiento.
Antagonistas e inhibidores de la recaptación de la serotonina combinados (AIRS) ■ Trazodona ■ Nefazodona	↑ 5-HT mediante bloqueo de la recaptación en la neurona presináptica y bloqueo de los receptores serotoninérgicos 2A. Se utilizan habitualmente en el insomnio y la ansiedad, y pueden tratar la depresión. El bloqueo del receptor serotoninérgico 2 también hace que sean eficaces en la migraña.	Valorar para detectar EC: sedación, astenia, mareo, cefalea, falta de coordinación, temblor, náuseas, vómitos, edema, visión borrosa, sequedad de boca, hipotensión, síncope. La trazodona puede producir <i>priapismo</i> (erección peniana prolongada y dolorosa). La nefazodona raras veces puede producir lesión hepática. Menos probabilidad de producir EC sexuales que los ISRS. No hay aparición de tolerancia a estos fármacos, por lo que se pueden utilizar indefinidamente en el insomnio.	Enseñar al paciente a levantarse despacio para reducir la hipertensión ortostática. Enseñar prevención del estreñimiento.
Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina (IRN) ■ Reboxetina	↑ noradrenalina bloqueando su recaptación. También puede ↑ DA en la corteza frontal. Se utiliza en depresión, trastorno de angustia y TDAH.	Evaluar para detectar EC: efectos anticolinérgicos, insomnio, ansiedad, disfunción sexual (impotencia), hipotensión (dependiente de la dosis).	Enseñar al paciente a levantarse despacio para evitar la hipotensión ortostática.
Antidepresivos tricíclicos (ATC) ■ Amitriptilina ■ Amoxapina ■ Clomipramina ■ Desipramina ■ Doxepina ■ Imipramina ■ Maprotilina ■ Nortriptilina ■ Protriptilina ■ Trimipramina	Los ATC ↑ la actividad de NA y 5-HT bloqueando la recaptación de noradrenalina y serotonina y también ↑ la actividad DA en la corteza frontal. Se utilizan principalmente en la depresión, con frecuencia cuando la depresión del paciente no responde a fármacos con menos efectos adversos. También se utilizan en dolor neuropático y crónico, fibromialgia, cefalea, dolor lumbar y cervical, ansiedad e insomnio.	Evaluar para detectar EC: como grupo los ATC tienden a producir sedación, hipotensión ortostática, aumento de peso y efectos adversos anticolinérgicos. Pueden ser cardiotóxicos (especialmente amitriptilina), sobre todo en caso de sobredosis. Evitar estos fármacos en pacientes con pensamiento suicida. Comunicar al médico si la paciente está gestante, para que cambie el fármaco. Utilizar con precaución en ancianos.	El inicio de la acción antidepresiva habitualmente tarda 2-4 semanas. La ansiedad y el insomnio pueden responder antes que los síntomas de depresión. Enseñar al paciente a levantarse despacio para reducir el riesgo de hipotensión ortostática. Enseñar prevención del estreñimiento.

(Continúa)

TABLA 9-1			
Fármacos antidepresivos (cont.)			
CLASIFICACIÓN/ FÁRMACO	ACCIÓN/USO	RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA	EDUCACIÓN DEL PACIENTE
Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) ■ Isocarboxácida ■ Fenelcína ■ Tranilcipromina Inhibidor selectivo de la MAO-A ■ Moclobemida Inhibidor selectivo de la MAO-B ■ Selegilina	↑ 5-HT, NA y DA (que son monoaminas) impidiendo que las degrade la monoaminoxidasa (una enzima), por lo que permanecen más tiempo en la sinapsis. Se utilizan en la depresión resistente al tratamiento, el trastorno de angustia resistente al tratamiento y el trastorno de ansiedad social resistente al tratamiento. El IMAO más reciente, selegilina, está disponible en forma transdérmica.	Valorar para detectar efecto colateral crítico: crisis hipertensiva, producida por la interacción de IMAO con alimentos que contienen tiramina y algunos fármacos (v. el texto). También valorar para detectar EC anticolinérgicos, hipotensión ortostática, sedación, aumento de peso, disfunción sexual, trastornos del sueño, debilidad y temblor. La moclobemida tiene menor riesgo de crisis hipertensiva, y la selegilina no precisa restricciones dietéticas a dosis bajas. Ambas producen EC anticolinérgicos.	La educación del paciente sobre las muchas interacciones alimenticias y medicamentosas que pueden producir crisis hipertensiva con los IMAO es crítica (v. el texto). Los pacientes que no puedan cumplir estas restricciones no deben tomar IMAO. También enseñar al paciente a levantarse despacio para evitar la hipotensión ortostática.

Nota: ↑ = aumento, ↓ = disminución, DA = dopamina, EC = efectos colaterales, 5-HT = serotonina, NA = noradrenalina.

CUADRO 9-8

Antidepresivos en el anciano

Los ancianos con depresión tienden a responder bien a los antidepresivos, aunque en este grupo se deben hacer algunas consideraciones especiales:

- Debido a su metabolismo menos eficiente, los ancianos habitualmente necesitan **dosis menores** de los fármacos.
- Los ancianos tienen mayor riesgo de **hipotensión ortostática**, que aumenta el riesgo de caídas y lesiones.
- En el anciano se pueden producir efectos anticolinérgicos más intensos, como agitación, confusión mental e íleo paralítico.
- Si los ancianos están **deshidratados**, tienen aumento del riesgo de efectos colaterales del tratamiento.

Con una excepción, los antidepresivos se administran por vía oral. En su mayor parte actúan sobre los dos principales neurotransmisores del encéfalo, serotonina (5-HT) y noradrenalina (NA), que regulan el estado de ánimo. También se han desarrollado algunos antidepresivos que actúan sobre la dopamina (DA).

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS Y FÁRMACOS RELACIONADOS. Los antidepresivos tricíclicos (ATC) fueron el tratamiento de elección de la depresión desde 1950 hasta 2000, años en que se introdujeron nuevos fármacos con eficacia similar pero con menos efectos adversos. Los ATC bloquean la recaptación de serotonina y noradrenalina, aumentando la cantidad de estos neurotransmisores monoamínicos en la sinapsis del encéfalo.

Es necesario un período de 2 a 4 semanas para que los ATC y otros antidepresivos produzcan un alivio significativo de los síntomas de depresión. Esta demora se explica por el tiempo necesario para producir un cambio en los receptores de las neuronas postsinápticas (Keltner, Schwecke y Bostrom, 2007). La larga espera hasta obtener la eficacia de los antidepresivos también es importante debido al riesgo de suicidio. Algunos pacientes con depresión han sido incapaces de llevar a cabo sus planes suicidas hasta que han empezado a actuar los antidepresivos. Quizá sintieron aumento de la energía antes de experimentar el alivio de la depresión. Esto no es frecuente, pero se deben valorar los pensamientos suicidas en los pacientes a los que se prescriba por primera vez un fármaco antidepresivo. Es este proceso el que ha dado al público en general la idea errónea de que los fármacos antidepresivos pueden hacer que las personas se suiciden.

ALERTA clínica

Es importante que los profesionales de enfermería sepan que los pacientes con glaucoma de ángulo estrecho pueden tener un aumento de la presión ocular debido a midriasis (dilatación pupilar excesiva, que es un efecto anticolinérgico). El profesional de enfermería debe notificar al médico el antecedente de glaucoma de todos los pacientes de salud mental.

Los efectos adversos anticolinérgicos tienden a ser los que más citan los pacientes como motivo para abandonar los ATC. El aumento de peso y la disfunción sexual son también motivos que refieren los pacientes como causa del incumplimiento.

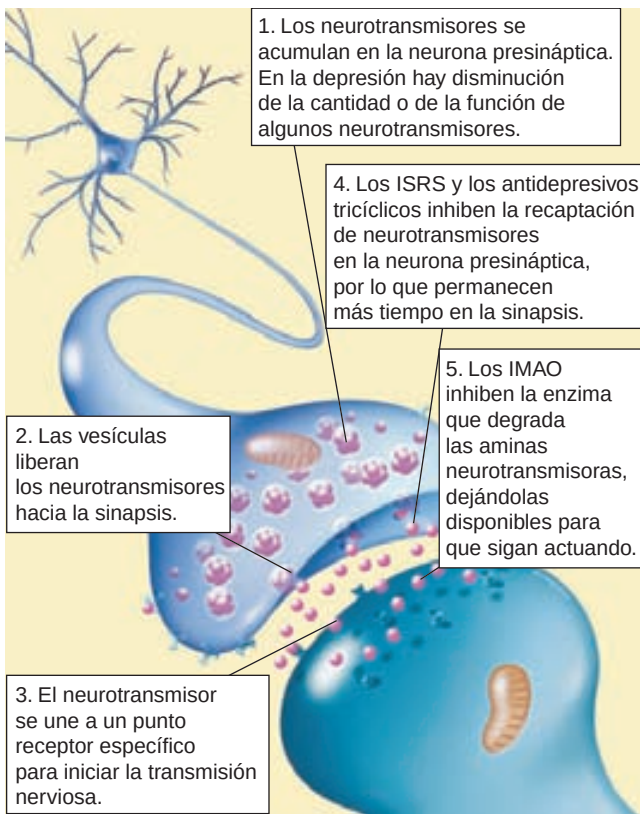


Figura 9-7. ■ Los fármacos antidepresivos aumentan la disponibilidad o la función de los neurotransmisores. Fuente: Phototake NYC.

ALERTA clínica

Los antidepresivos tricíclicos pueden ser mortales en caso de sobredosis. Como el suicidio es un riesgo en la depresión, el equipo sanitario debe plantearse la posibilidad del uso de antidepresivos como método de suicidio.

Sobredosis y efectos tóxicos. Se debe ingresar a los pacientes con tendencia suicida aguda, y se deben tomar precauciones en los pacientes que tengan riesgo. Actualmente si un paciente tiene pensamiento suicida significativo, antecedente de intento de suicidio o problemas en el control de los impulsos, habitualmente se prescribe otra clase de antidepresivo.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS). Los ISRS suelen ser los fármacos de elección para el tratamiento de la depresión porque tienen menos efectos adversos que otros tipos de antidepresivos, con la misma eficacia. Actúan inhibiendo la recaptación de serotonina hacia el interior de la neurona presináptica, aumentando de esta forma la cantidad de serotonina en las sinapsis del encéfalo.

Los ISRS tienen un bajo potencial de producir lesiones en caso de sobredosis. También tienen un bajo potencial de abuso porque, igual que todos los antidepresivos, no producen euforia ni dependencia física.



Figura 9-8. ■ Hierba de San Juan, un remedio natural con acción anti-depresiva. Fuente: Photo Researchers, Inc.

Interacciones medicamentosas. Los ISRS tienen una elevada unión a las proteínas plasmáticas. Como consecuencia de esto, pueden aumentar la concentración circulante de otros fármacos unidos a proteínas que deben competir por los puntos de unión. Es posible que se produzca toxicidad de los ATC cuando se administran ISRS combinados con ATC. Cuando se administran ISRS con litio, las concentraciones de litio aumentan (lo que puede producir toxicidad por litio). Cuando se combinan ISRS con antipsicóticos hay aumento de los SEP. Los ISRS interactúan peligrosamente con los IMAO. La combinación puede producir síndrome serotoninico.

Síndrome serotoninico. El síndrome serotoninico se puede deber a la combinación de ISRS con IMAO, hierba de San Juan (un antidepresivo herbal que se muestra en la figura 9-8 ■) o triptófano (un aminoácido de los alimentos que es un precursor de la serotonina). El síndrome serotoninico parece relacionarse con una actividad serotoninica excesiva. Los síntomas y signos del síndrome serotoninico incluyen cambios del estado mental, agitación o inquietud, espasmos musculares, hiperreflexia, diaforesis, estremecimientos, temblor, diarrea, dolor abdominal cólico, náuseas, ausencia de coordinación y cefalea (Keltner y cols., 2007).

ALERTA clínica

Se puede producir un síndrome serotoninico potencialmente mortal por la combinación de ISRS o ATC con antidepresivos IMAO. Se debe eliminar un fármaco antes de iniciar el otro. Se debe producir un período de «reposo farmacológico» de 2 semanas entre el uso de estos dos grupos de fármacos. Si el proceso de enfermería sospecha un síndrome serotoninico, debe retirar el ISRS y debe notificarlo inmediatamente al médico.

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (IMAO). Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) son antidepresivos eficaces, aunque se prescriben con poca frecuencia debido a sus efectos adversos graves. Los IMAO pueden producir interacciones medicamentosas y crisis hipertensivas potencialmente mortales. Los IMAO habitualmente se prescriben en pacientes que no han respondido a otros antidepresivos y que pueden cumplir cuidadosamente las restricciones dietéticas y medicamentosas.

Los IMAO actúan inhibiendo la degradación de los neurotransmisores monoamínicos. Bloquean la enzima (monoaminoxidasa) que degrada los neurotransmisores en las sinapsis del encéfalo, lo que produce aumento de las cantidades disponibles de serotonina, noradrenalina y dopamina.

Los IMAO se deben utilizar con mucha precaución porque pueden producir:

- Crisis hipertensiva cuando se combinan con alimentos que contienen el aminoácido tiramina
- Interacciones medicamentosas potencialmente mortales con ISRS, otros IMAO, ATC, meperidina, depresores del SNC (incluyendo anestésicos locales), simpaticomiméticos (estimulantes o descongestionantes, como fármacos de venta sin receta contra el catarro, la alergia y para perder peso), metilfenidato, broncodilatadores y algunos antihipertensivos
- Muerte en caso de sobredosis

ALERTA clínica

Los síntomas de una crisis hipertensiva son cefalea pulsátil, sensación de palpitaciones cardíacas rápidas o intensas, y rigidez cervical. Si sospecha una crisis hipertensiva, no administre el IMAO, tome los signos vitales y notifíquese al médico. El tratamiento de una crisis hipertensiva es una dosis oral o sublingual única de un antagonista del calcio.

Los pacientes que tomen IMAO deben evitar alimentos ricos en tiramina. En el cuadro 9-9 ■ se muestra una lista de alimentos ricos en tiramina. Tenga en cuenta que no todos los antidepresivos se asocian a estas interacciones alimenticias y medicamentosas. El profesional de enfermería debe reconocer qué tipo de antidepresivo está tomando el paciente. La educación de los pacientes es crítica en los pacientes que toman IMAO.

Un IMAO relativamente nuevo, la moclobemida, es un inhibidor selectivo reversible de la MAO-A. Tiene una acción más corta y en general carece de los efectos adversos hipertensivos graves de los IMAO no selectivos e irreversibles más antiguos, aunque su combinación con un IMAO antiguo puede seguir produciendo una crisis hipertensiva. No precisa una dieta pobre en tiramina. No se debe administrar con los IMAO más antiguos ni con narcóticos (Stahl, 2005).

CUADRO 9-9

Alimentos que se deben evitar mientras se toman IMAO

Los siguientes alimentos son ricos en tiramina y se deben evitar en pacientes que toman IMAO:

- Quesos curados (se considera que todos los quesos son curados excepto el requesón, el queso cremoso, el queso *ricotta* y las lonchas de queso procesado)
- Alimentos que contienen quesos curados, como *pizza* y salsas de queso azul
- Carnes en conserva, como chorizo, salchichas, salchichón, encurtidos, jamón enlatado, arenques escabechados y pescado seco
- Hígado y otras carnes de vísceras
- Habas, chucrut y piel de plátano
- Cerveza de barril (incluso sin alcohol), vino tinto
- Salsa de soja, levaduras y productos con extracto de proteínas (concentrado)
- Aunque la cafeína no contiene tiramina, cantidades grandes de cafeína pueden producir un efecto simpaticomimético; el café, los refrescos de cola y el té se deben utilizar sólo con moderación

El IMAO más nuevo es la selegilina, que es un inhibidor selectivo de la monoaminoxidasa B (MAO-B). A las dosis recomendadas bloquea selectivamente la MAO-B e impide que degrade la dopamina. A dosis mayores bloquea la MAO-A y la MAO-B e impide la degradación de serotonina, noradrenalina, dopamina y tiramina, lo que se asocia al riesgo de crisis hipertensiva inherente a otros IMAO. La Food and Drug Administration (FDA) ha autorizado la forma en parche transdérmico de la selegilina. Este es el primer antidepresivo disponible por vía transdérmica, o en cualquier forma distinta a la forma oral. Se ha afirmado que la forma en parche no se asocia a riesgo de crisis hipertensiva a dosis bajas y, por tanto, no son necesarias restricciones dietéticas (Stahl, 2005; Mayo Clinic, 2007).

Psicoterapia

La psicoterapia habitualmente se utiliza combinada con tratamiento farmacológico en la depresión mayor. Algunos de los problemas psicosociales que se asocian a la depresión (capacidad de relacionarse con los demás, motivación, capacidad de resolución de problemas) se pueden resolver con los fármacos. Además de los fármacos, se puede utilizar la psicoterapia para ayudar al paciente a aprender a vivir con un trastorno depresivo crónico, tratar los síntomas específicos que atormentan al paciente específico, fomentar habilidades de afrontamiento eficaces, cambiar los patrones habituales de pensamiento negativo o para la rehabilitación psicosocial. Algunos pacientes que tienen un episodio depresivo leve a moderado sin síntomas psicóticos se pueden beneficiar de la psicoterapia sola.

TERAPIA COGNITIVA. La terapia cognitiva es el abordaje psicotrópico más eficaz en la depresión. En la depresión el

objetivo de la terapia cognitiva es reducir los síntomas mediante la identificación y la corrección del pensamiento distorsionado y con sesgo negativo del paciente (Beck y Rush, 2004). De acuerdo con la teoría cognitiva, los pacientes deprimidos tienen pensamientos negativos automáticos incluso durante episodios vitales positivos. Tienen expectativas negativas de su entorno, percepciones y expectativas negativas del propio yo y expectativas negativas sobre el futuro. Los abordajes de terapia cognitiva incluyen identificación del pensamiento negativo erróneo del paciente y desarrollo de nuevos patrones de pensamiento. Suele combinarse con terapia conductual.

TERAPIA CONDUCTUAL. La terapia conductual con frecuencia se utiliza junto a terapia cognitiva. El abordaje conductual de la terapia se basa en la teoría del aprendizaje. En el capítulo 3 se puede ver una revisión de las teorías conductuales-cognitivas del aprendizaje. El terapeuta y el paciente trabajan juntos para determinar qué conductas se deben cambiar. El cliente pone en práctica nuevas formas de comportarse que son positivas y que sustituyen a la vieja conducta disfuncional. El principio de la terapia conductual es que el pensamiento y los sentimientos de los pacientes seguirán a su conducta. Cuando las personas aprenden a actuar de forma positiva y con seguridad en sí mismas, se sentirán positivas y con confianza en sí mismas. El refuerzo del éxito del paciente fomentará la persistencia de una conducta eficaz y positiva para el afrontamiento.

PSICOTERAPIA INTERPERSONAL. El abordaje psicoterápico interpersonal supone la identificación y la resolución de las dificultades interpersonales del paciente. Se considera que los problemas interpersonales son factores causales o desencadenantes de la depresión. De acuerdo con los teóricos interpersonales, las dificultades que llevan a la depresión pueden ser aislamiento social, duelo prolongado o desarrollo temprano de una conducta social disfuncional. El tratamiento se centra en las relaciones interpersonales y el desempeño de las funciones sociales.

Ejercicio

Se ha mostrado que el ejercicio físico moderado alivia los síntomas depresivos leves a moderados. El ejercicio debe ser un complemento a todos los demás tratamientos de la depresión si el paciente puede realizarlo. Los efectos del ejercicio sobre la depresión se pueden deber a la liberación de endorfinas. La dificultad con el ejercicio como tratamiento de la depresión es que a los pacientes deprimidos no les apetece hacer ejercicio. La ausencia de energía y motivación es parte de la enfermedad. El ejercicio se utiliza de forma óptima como estrategia preventiva. Sin embargo, es adecuado enseñar a los pacientes que es mejor empezar a hacer ejercicio antes de que les apetezca, en lugar de esperar hasta que les apetezca hacer ejercicio. Si se puede motivar a los pacientes para que hagan ejercicio con frecuencia, es probable que se sientan mucho mejor.



Figura 9-9. ■ Un paciente preparado para terapia electroconvulsiva (TEC). Fuente: Photo Researchers, Inc.

Terapia electroconvulsiva

La **terapia electroconvulsiva (TEC)** es la aplicación de corriente eléctrica al encéfalo, lo que induce una convulsión generalizada. Esta técnica se realiza mientras el paciente está sometido a anestesia general con relajación muscular. Se desconoce el mecanismo de acción exacto, aunque la TEC aumenta las concentraciones circulantes de neurotransmisores en el encéfalo, lo que puede ser el mecanismo mediante el cual alivia la depresión. La figura 9-9 ■ muestra un paciente preparado para la TEC.

No se recomienda el uso de la TEC como primer tratamiento de la depresión mayor no psicótica no complicada porque se dispone de tratamientos menos invasivos. Se utiliza en pacientes que tienen síntomas intensos y prolongados con discapacidad marcada, especialmente si el paciente no ha respondido a ensayos adecuados con fármacos, o si tiene rasgos psicóticos. La TEC ha sido eficaz en la inducción de remisión en pacientes con retraso psicomotor grave. También se puede utilizar en pacientes que no pueden tomar fármacos y en pacientes que tienen riesgo inminente de suicidio o que tienen ideas delirantes peligrosas. Los pacientes tienden a responder más rápidamente a la TEC que al tratamiento farmacológico. Debido al antecedente de uso incorrecto de la TEC, hay un estigma negativo asociado a su uso (Mendelowitz, Dawkins y Lieberman, 2000).

Los efectos adversos más frecuentes de la TEC son pérdida de memoria transitoria y confusión mental. La confusión habitualmente se resuelve en un plazo de 1 hora. La pérdida de

memoria a corto plazo puede aumentar cuando se aplica al paciente la serie de tratamientos (habitualmente tres veces a la semana durante 2 a 6 semanas, dependiendo de la respuesta del paciente). La infrecuente mortalidad asociada a la técnica se debió a infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o alteraciones del ritmo cardíaco. No se debe realizar en pacientes con aumento de la presión intracraneal y se debe tratar y valorar adecuadamente a los pacientes con enfermedades cardiovasculares para determinar la adecuación de la TEC. Aproximadamente el 50% de los pacientes tiene remisión de la depresión después de una serie de tratamientos con TEC (Rother, 2003).

Los cuidados de enfermería después de la realización de una TEC incluyen los siguientes (Rother, 2003):

- Tomar los signos vitales después de la intervención
- Medir con frecuencia la presión arterial ortostática
- Suministrar orientación y tranquilización con frecuencia
- Verificar la situación mental y física del paciente

Estimulación magnética transcraneal

Aunque todavía no ha recibido la autorización para su uso clínico por parte de la FDA, la estimulación magnética transcraneal (EMT) repetitiva es prometedora como nuevo tratamiento de la depresión resistente al tratamiento. Se aplica una serie de impulsos magnéticos a la corteza prefrontal dor-



Figura 9-10. ■ Estimulación magnética transcraneal. Fuente: Photo Researchers, Inc.

solateral izquierda del encéfalo. La figura 9-10 ■ muestra a un paciente durante la intervención. En un estudio el 30% de los pacientes que recibieron EMT tuvo respuesta positiva (mejora de los síntomas depresivos), y el 20% tuvo remisión de la depresión. El estudio concluyó que la EMT tiene efectos antidepressivos estadísticamente significativos en pacientes con depresión mayor resistente al tratamiento farmacológico (Avery y cols., 2006).

TRASTORNO BIPOLAR

Definición de trastorno bipolar

El trastorno bipolar es el otro prototipo de trastorno del estado de ánimo que vamos a analizar. Los pacientes con trastorno bipolar, también llamado *trastorno maníaco depresivo*, han tenido al menos un episodio maníaco (el cuadro 9-10 ■ presenta los criterios para el diagnóstico) o un episodio mixto del estado de ánimo (con ciclado rápido de depresión y manía en el mismo día). Con frecuencia estos pacientes también han tenido uno o más episodios depresivos mayores. **Bipolar** se refiere a la experiencia de los dos polos del estado de ánimo: manía y depresión.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El estado de ánimo que percibe un paciente mientras está en un episodio maníaco se puede describir como alegre, eufórico, elevado o anormalmente bueno. El estado de ánimo se caracteriza por un entusiasmo constante e indiscriminado. Con frecuencia la persona alterna entre alegría e irritabilidad. Una persona afectada puede jugar al baloncesto con entusiasmo durante 24 horas, enfadándose cuando alguien intenta quitarle el balón. Puede ir a una larga expedición por diversas tiendas, comprando regalos para todo el mundo a crédito, o jugar-

se el sueldo de 1 mes (fig. 9-11 ■). El frenesí de actividad le parece productivo al paciente, pero puede ser realmente desorganizado e improductivo.

Son frecuentes las ideas delirantes de grandiosidad. El paciente puede creer que es un músico famoso o un novelista de éxito, sin tener ninguna habilidad para la música ni la escritura. El paciente se puede sentir capacitado para dar consejos sobre cualquier tema, sobre cómo realizar una operación cerebral o cómo enviar un cohete a Marte. El paciente puede pensar que es un superhéroe.

Durante el episodio de manía, los pacientes casi siempre tienen disminución de la necesidad de sueño. Se pueden despertar varias horas antes de lo habitual, sintiéndose alerta y enérgicos. Cuando la manía es grave, la persona afectada puede pasarse días sin dormir y sin sentirse cansada (American Psychiatric Association, 2000).

El **habla apresurada** y maníaca es un habla rápida, lo que significa que es tan rápida y determinada que es difícil de interrumpir. Las expresiones del paciente pueden ser dramáticas o se pueden relacionar más con sonidos que con palabras, como en la asociación de sonidos. A continuación se presenta una *asociación de sonidos*: «Fui a la tienda, no tiene enmienda, no hay quien lo entienda, quiero tomar un pastel, ¿puedo ir al hotel?».

CUADRO 9-10

Criterios de episodio maníaco del manual DSM-IV-TR

- A. Un período diferenciado de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y han estado presentes en un grado significativo:
1. Autoestima exagerada o **grandiosidad**
 2. **Disminución de la necesidad de dormir** (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
 3. **Más hablador** de lo habitual o verborreico
 4. **Fuga de ideas** o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
 5. **Distraibilidad** (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)

6. **Aumento de la actividad intencionada** (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
 7. **Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves** (p. ej., enzarsarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)
- C. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

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



Figura 9-11. ■ Durante un episodio maníaco, un paciente tiene pensamientos grandiosos, juicio inadecuado y escaso control de los impulsos. Estas alteraciones pueden llevar a que arriesgue todo el sueldo en jugar a la lotería. Fuente: AP Wide World Photos.

Si hay irritabilidad, la persona puede pronunciar discursos largos sobre personas enfadadas, como por qué alguien iba a querer hacer planes asistenciales de enfermería. El hablar rápida refleja un pensamiento rápido. El pensamiento de la persona puede ir tan rápido que los pensamientos son desorganizados e incoherentes. El cuadro 9-11 ■ describe el trastorno bipolar en las palabras de los pacientes que lo experimentan.

Es probable que la persona afectada se pueda distraer con facilidad. La **distraibilidad** se manifiesta por la imposibilidad de seleccionar los estímulos sensitivos excesivos. La persona puede no ser capaz de distinguir qué pensamientos se refieren a la situación y cuáles no. Muchos pacientes se pueden distraer de una conversación por la ropa de alguien, los colores, los

CUADRO 9-11

Comprobación de la realidad sobre el trastorno bipolar

Estas son afirmaciones de pacientes con trastorno bipolar:

- «Sí, me siento mejor. Soy director ejecutivo. ¿Sabía usted que puse departamentos de comestibles en Sears? Usted y su familia pueden ir con todos los pacientes de aquí para hacer la compra gratis. También conseguiré medicinas gratis para todos los que las necesiten. Simplemente vaya a cualquier almacén de Sears y mencione mi nombre. Le darán ropa nueva para trabajar.»
- «Pienso cada vez más deprisa. Algunas veces los pensamientos vuelan tan rápido que no puedo mantener el ritmo y me pierdo en la confusión.»
- «No estoy loco, y no necesito las medicinas que son tan importantes para usted. Los efectos colaterales son insoportables; el temblor de las manos me impide tocar el piano; siento que mi inteligencia está apagada. ¿Quiere acabar con esto?»
- «Ya sabe, realmente soy una persona inteligente. Intellectualmente es lógico que tome las medicinas, pero me hacen sentir estúpido y lento. Me he divorciado tres veces y he perdido la casa por el juego. Ya ni me preocupo en recordar cuántos trabajos he perdido. Mi familia ya no me habla. Le pregunto si debo tomar las medicinas, pero no las quiero. Pienso que debería poder controlarme sin ellas.»
- «Créame, he probado todas las drogas que he podido encontrar. Nada me da una sensación tan buena como el subidón natural que tengo. Soy más inteligente, más fuerte, más rápido, más feliz, estoy más vivo, todo. Cuando me deprimó, creo que no puede haber nada peor que eso. Es como no estar vivo. Mi vida es como una montaña rusa, sólo que más.»

sonidos o incluso los muebles de una habitación (American Psychiatric Association, 2000).

Una actividad excesiva dirigida a los objetivos puede suponer la planificación y realización de múltiples actividades, como tener encuentros sexuales con múltiples parejas, producir grandes volúmenes de trabajo que posteriormente resultan ser confusos, o verse implicado en múltiples negocios económicos. Las personas afectadas pueden mantener varias conversaciones al mismo tiempo, en persona y por teléfono. Pueden comenzar muchos proyectos diferentes sin poder terminarlos (American Psychiatric Association, 2000).

El optimismo injustificado, la grandiosidad y un juicio escaso caracterizan la conducta de la manía. Los pacientes pueden gastarse el sueldo de todo el mes en décimos de lotería, pueden jugar, conducir de forma imprudente y realizar conductas sexuales inseguras ignorando las posibles consecuencias negativas. Las personas afectadas pueden gastar un dinero que no tienen, participar en actividades ilegales que tienen penalizaciones graves, o herirse a sí mismos o herir a los demás en el momento sin prever las consecuencias futuras (American Psychiatric Association, 2000).

Lo que puede parecer una experiencia atractiva al comienzo puede ser devastador para las personas afectadas y sus familias (v. cuadro 9-11). Los episodios maníacos reducen la capacidad de los pacientes afectados de desempeñar sus funciones y pueden amenazar a sus vidas. El exceso del consumo de energía sin un reposo adecuado puede producir agotamiento. Con frecuencia durante un episodio maníaco los pacientes están demasiado ocupados como para comer, lo que reduce aún más su aporte energético. La figura 9-12 ■ muestra las características de un episodio maníaco.

Autocomprobación crítica. ¿Qué puede decir un profesional de enfermería en respuesta a un paciente con manía que dice: «¡Nunca me he sentido tan bien! ¿Por qué cree que debo tomar fármacos para hacer que se pase esta sensación?».

Los pacientes que están en un episodio maníaco con frecuencia carecen de introspección sobre su enfermedad y sus efectos sobre sí mismos y los demás. Con frecuencia se resisten al tratamiento. A veces es necesario un ingreso involuntario para proteger a los pacientes de su propia conducta. El ingreso hospitalario involuntario está indicado cuando una persona es peligrosa para sí misma o para los demás.

CAUSA DEL TRASTORNO

Al igual que el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar I tiene tendencia a recurrir en familias. Hay datos de una etiología genética, aunque no de una herencia monogénica. Los familiares biológicos en primer grado de un paciente con trastorno bipolar tienen una probabilidad de tener la enfermedad del 4-24%, que es la misma tasa de recurrencia que para la depresión. Cualquier episodio maníaco dado probablemente se produzca después de un agente estresante. La alteración del sueño (como la que se experimenta cuando se viaja a través de diversas zonas horarias o se trabaja en el turno de noche) puede ser un desencadenante (American Psychiatric Association, 2000).

Los neurotransmisores del encéfalo noradrenalina y dopamina están implicados en la causa de los episodios maníacos. Los mismos neurotransmisores monoamínicos cuya disminución funcional está implicada en la depresión están aumentados en la manía. Las hormonas también interactúan con los neurotransmisores en los trastornos del estado de ánimo. El hipotiroidismo se correlaciona con la depresión y con el ciclado rápido del estado de ánimo entre la depresión y la manía.

Se considera que la manía es una enfermedad biológica. Los factores psicosociales son más importantes en el momento de aparición de los episodios maníacos que en su causa. Los episodios estresantes pueden preceder a los episodios maníacos.

La persona con trastorno bipolar probablemente esté tomando un fármaco estabilizador del estado de ánimo, que previene

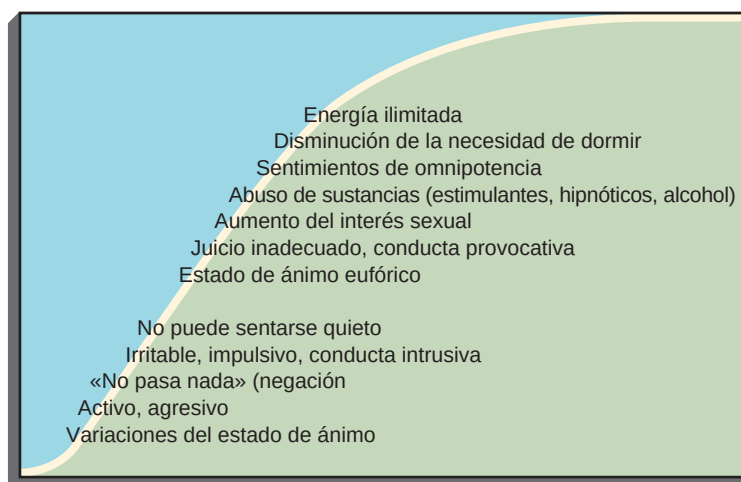


Figura 9-12. ■ Características de un episodio maníaco. Fuente: *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing* by Kneisl/Wilson/Trigoboff, © Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, NJ.

y trata el aspecto maníaco del trastorno. Además del estabilizador del estado de ánimo, con frecuencia se prescribe un anti-depresivo, habitualmente a dosis más bajas que en pacientes que tienen únicamente depresión. Se mantiene una dosis baja porque los antidepresivos pueden desencadenar un episodio maníaco en una persona con trastorno bipolar.

EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO

La edad media de inicio de un primer episodio maníaco es el comienzo de la tercera década. Afecta a mujeres y varones por igual. Más del 90% de todos los pacientes que tienen un episodio maníaco seguirá teniendo más. El patrón exacto de recurrencia es individual, aunque sin tratamiento la incidencia media de episodios maníacos es de cuatro cada 10 años. Algunas personas tienen un ciclado más rápido (cuatro o más episodios al año). La mayoría de los pacientes tiene más episodios depresivos que episodios maníacos a lo largo del tiempo.

Algunos niños tienen un antecedente de problemas de conducta antes del primer episodio maníaco real. Al igual que los episodios depresivos, los episodios maníacos tienden a producirse después de agentes estresantes psicosociales. Los episodios habitualmente comienzan de forma súbita y duran desde varias semanas hasta varios meses. Los episodios maníacos son más breves y finalizan más súbitamente que los episodios depresivos. Entre el 50 y el 70% de las ocasiones un episodio depresivo mayor se producirá inmediatamente antes o después de un episodio maníaco. Cuando un episodio maníaco se acompaña por psicosis (alucinaciones e ideas delirantes) es más grave y tiene mayor probabilidad de asociarse a agresiones o suicidio (American Psychiatric Association, 2000).

TRASTORNOS ASOCIADOS

El trastorno bipolar se asocia con frecuencia a trastornos por abuso de sustancias. Los pacientes con trastornos por consumo de sustancias que tienen trastorno bipolar tienden a tener un ciclado más rápido entre manía y depresión y tienen más sentimientos *disfóricos* (desagradables, infelices) en la fase maníaca (Sonne y Brady, 1999).

ASISTENCIA INTEGRAL

En la fase aguda del episodio maníaco las prioridades terapéuticas son garantizar la seguridad del paciente y el tratamiento del trastorno del estado de ánimo. Los fármacos siguen siendo el pilar del tratamiento del trastorno bipolar.

Como el énfasis del tratamiento de salud mental ha pasado del tratamiento de la enfermedad a la promoción de la recuperación, la actitud hacia el tratamiento del trastorno bipolar está cambiando. Antiguamente el tratamiento de las fases agudas de la depresión o de la manía era la prioridad, o para algunos pacientes era el único tratamiento. Actualmente los médicos usan un abordaje más integral que incluye más educación del paciente, presta más atención a la psicoterapia mientras los pacientes están en remisión, y espera que los pacientes asuman una participación más activa en su tratamiento y su recuperación.

Fármacos psicotrópicos

Los resultados deseados del tratamiento para los pacientes con trastorno bipolar son:

- Eliminar los síntomas del episodio del estado de ánimo (depresión o manía)
- Estabilizar el estado de ánimo para prevenir el ciclado entre depresión y manía y producir la remisión completa de los síntomas
- Mejorar la capacidad de autocuidados, el desempeño de funciones y la calidad de vida del paciente

Las clases de fármacos que se utilizan para tratar los episodios maníacos son estabilizadores del estado de ánimo (fármacos antimaníacos), anticonvulsivos (que actúan como estabilizadores del estado de ánimo), benzodiacepinas (para reducir la ansiedad y la agitación mientras empiezan a actuar los otros fármacos) y antipsicóticos (si el paciente tiene síntomas psicóticos). Este capítulo se centra en los fármacos estabilizadores del estado de ánimo o antimaníacos. La tabla 9-2 ■ presenta aspectos específicos sobre estos fármacos (Stahl, 2005).

LITIO. El litio, un elemento que aparece en la naturaleza, es el fármaco estabilizador del estado de ánimo clásico. Es el tratamiento de elección en la manía aguda por trastorno bipolar y para la prevención a largo plazo de los episodios recurrentes. Los síntomas diana de la manía incluyen irritabilidad, euforia, habla apresurada, fuga de ideas, hiperactividad motora, conducta agresiva, grandiosidad, ideas delirantes, impulsividad y alucinaciones. Los síntomas diana de la depresión incluyen tristeza, anhedonia, culpa, inutilidad, entrecimiento del pensamiento y el movimiento, indefensión, desesperanza, pensamientos suicidas y trastornos del sueño. Los síntomas de la depresión bipolar son los mismos que los del trastorno depresivo mayor. En ocasiones un paciente con depresión recibe un antidepresivo y se ve arrojado hacia un episodio maníaco porque el médico no se dio cuenta de que el paciente tenía un trastorno bipolar. En salud mental es importante una historia meticulosa de los pacientes.

Antes de comenzar el tratamiento con litio se debe realizar una historia clínica y una exploración física completas. El litio se excreta por los riñones y puede tener efectos tóxicos sobre la función renal. Inhibe varios pasos de la síntesis y el metabolismo de las hormonas tiroideas, por lo que se debe evaluar la función tiroidea. El litio tiene un índice terapéutico estrecho, y la concentración tóxica es próxima a la concentración sanguínea terapéutica. La extracción de sangre para determinar la concentración de litio se debe realizar 12 horas después de la última toma de litio, para determinar la concentración «valle» o mínima de litio en la sangre.

El litio es una sal. Debido a esto, el equilibrio del sodio y el equilibrio hídrico del cuerpo afectan a la concentración de litio. Si los riñones conservan sodio (como ocurre cuando el paciente está deshidratado), el litio también se conserva, y el paciente puede llegar a tener concentraciones tóxicas de litio.

TABLA 9-2

Fármacos estabilizadores del estado de ánimo/antimaníacos

CLASIFICACIÓN/ FÁRMACO	ACCIÓN/USO	RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA	EDUCACIÓN DEL PACIENTE
Estabilizadores del estado de ánimo ■ Litio	Se desconoce su mecanismo de acción, que es complejo. El litio altera el transporte de sodio a través de las membranas celulares de las células nerviosas y musculares y altera el metabolismo de los neurotransmisores como adrenalina, NA y 5-HT. Es un fármaco de primera línea para tratar los episodios maníacos y como tratamiento de mantenimiento (preventivo) en pacientes con trastorno bipolar para estabilizar el estado de ánimo (reduce los episodios de manía y depresión). Es más eficaz en la prevención de los episodios maníacos que de los depresivos. La mayoría de los pacientes con trastorno bipolar necesita más de un fármaco para mantener la remisión.	Antes de iniciar el tratamiento se deben realizar al paciente pruebas basales de función renal y tiroidea, y un ECG si el paciente tiene más de 50 años. Se debe monitorizar la función renal y tiroidea durante todo el tratamiento. Monitorizar para detectar EC potencialmente mortales: insuficiencia renal, arritmias cardíacas, diabetes insípida nefrótica y toxicidad por litio. Los síntomas de toxicidad incluyen temblores gruesos, ataxia, diarrea, vómitos, sedación, habla arrastrada, hipotensión, pulso irregular. Interrumpir inmediatamente para detectar signos de toxicidad. Medir la concentración sanguínea terapéutica como concentración «valle» aproximadamente 12 horas después de la última dosis. Otros EC: aumento de peso, sedación, temblor fino de las manos, náuseas, acné, exantema, alopecia (pérdida de cabello), problemas de memoria, sensación subjetiva de lentitud mental, leucocitosis. Los EC tienden a ↑ con concentraciones sanguíneas ↑. Dosis menores en ancianos.	El litio tarda 1-3 semanas en tener efecto terapéutico. Se pueden utilizar benzodiacepinas para tratar los síntomas maníacos hasta que se produzca el efecto del litio. La interrupción rápida del litio ↑ el riesgo de recaída. Reducir progresivamente la dosis durante un período de 3 meses. Para la molestia digestiva, tomar con alimentos. Para el temblor fino de las manos, evitar la cafeína. Fármacos que pueden ↑ la concentración del litio y ↑ el riesgo de toxicidad: AINE, inhibidores de la ECA, algunos diuréticos, calcioantagonistas, fenitoína, carbamacepina y metronidazol. Notifique al médico que está tomando litio para evitar estas interacciones medicamentosas. La deshidratación ↑ el riesgo de toxicidad. El litio generalmente se debe interrumpir antes de las gestaciones previstas (categoría de riesgo D).
Anticonvulsivo (para múltiples tipos de convulsiones), estabilizador del estado de ánimo, profilaxis de la migraña, modulador de los canales del sodio sensibles al voltaje ■ Valproato (hay varios tipos; el único que se utiliza para la manía es el valproato semisódico)	Bloquea los canales de sodio sensibles al voltaje en el SNC, aumenta la concentración de ácido gamma-aminobutírico (GABA) en el encéfalo. Es especialmente eficaz en el trastorno bipolar con ciclado rápido, la manía producida por una enfermedad médica general, y en episodios mixtos, situación en la que hay alternancia frecuente de síntomas maníacos y depresivos.	Se deben realizar a los pacientes pruebas de función hepática antes de iniciar el valproato porque raras veces puede ser hepatotóxico. Monitorizar la función hepática y el recuento plaquetario durante el tratamiento. Contraindicado en pacientes que ya tengan hepatopatía avanzada. Valorar para detectar EC: sedación, temblor, mareo, ataxia, cefalea, dolor abdominal, náuseas, estreñimiento, aumento de peso (frecuente), alopecia (infrecuente), pancreatitis (infrecuente), trombocitopenia (con dosis elevadas). Dosis menores en ancianos.	En la manía aguda la eficacia aparece en pocos días, aunque la estabilización del estado de ánimo tarda de varias semanas a varios meses. Tomar al acostarse para reducir la sedación durante el día. No se debe interrumpir súbitamente. La interrupción rápida puede provocar recaídas. Reducir lentamente la dosis. Categoría de riesgo para la gestación D: datos positivos de riesgo para el feto humano.
Anticonvulsivo, antagonista de los canales del sodio sensibles al voltaje ■ Carbamacepina (hay una formulación de liberación extendida)	Bloquea los canales de sodio sensibles al voltaje, inhibe la liberación de glutamato. Se utiliza para tratar convulsiones, dolor de la neuralgia del trigémino, como fármaco potenciador de segunda línea en el trastorno bipolar, y como tratamiento complementario de la psicosis en la esquizofrenia. Se trata como tratamiento de segunda o tercera línea en la manía.	Antes de iniciar el tratamiento, y durante este, se debe realizar a los pacientes hemograma completo y pruebas de función hepática, renal y tiroidea. Evaluar para detectar EC: sedación (frecuente), mareo, cefalea, náuseas, vómitos, diarrea, visión borrosa y exantema. Raras veces produce mielosupresión: agranulocitosis (↓ leucocitos) o anemia aplásica. Reacciones cutáneas graves infrecuentes (síndrome de Stevens-Johnson).	Tarda varias semanas en ser eficaz en la manía aguda. Puede reducir la concentración sanguínea (y la eficacia) de los anticonceptivos hormonales. Indicar al paciente que notifique los hematomas o las hemorragias poco habituales (signos de trastornos de la coagulación). Categoría de riesgo en la gestación D: datos positivos de riesgo para el feto humano.

TABLA 9-2
Fármacos estabilizadores del estado de ánimo/antimaníacos (cont.)

CLASIFICACIÓN/ FÁRMACO	ACCIÓN/USO	RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA	EDUCACIÓN DEL PACIENTE
	La formulación de liberación extendida se utiliza para el tratamiento de la manía aguda y de los episodios mixtos.		
Anticonvulsivo, estabilizador del estado de ánimo, antagonista de los canales del sodio sensibles al voltaje ■ Lamotrigina	Bloquea los canales de sodio sensibles al voltaje (estabilizando las membranas celulares) e inhibe la liberación de glutamato. Se utiliza para tratar convulsiones y trastorno bipolar. Parece ser más eficaz en el tratamiento de los síntomas depresivos que de los maníacos. Verdaderamente estabiliza el estado de ánimo: previene los episodios maníacos depresivos. Se utiliza combinado con litio y antipsicóticos atípicos en la manía aguda. Uno de los estabilizadores del estado de ánimo mejor tolerados.	El valproato ↑ la concentración de lamotrigina. Cuando se utilizan juntos, la dosis de lamotrigina se debe ↓ a la mitad. Evaluar para detectar EC: visión borrosa, sedación, mareo, ataxia, cefalea, astenia, temblor, insomnio, náuseas, vómitos, dolor abdominal, estreñimiento, puede producir exantema benigno o grave. El riesgo de esta reacción cutánea grave (síndrome de Stevens-Johnson) es mayor si el paciente también toma valproato o si se inicia la lamotrigina con aumento rápido de las dosis. Raras veces produce discrasias (alteraciones de la formación de la sangre).	Tarda varias semanas en mejorar el trastorno bipolar. Indicar al paciente que notifique la aparición de exantema. Categoría de riesgo en la gestación C.

Nota: ↑ = aumento, ↓ = disminución, ATC = antidepresivos tricíclicos, EC = efectos colaterales, 5-HT = serotonina, NA = noradrenalina.

Cumplimiento del tratamiento. El cumplimiento del tratamiento con litio es un problema importante. Los efectos adversos del fármaco a veces son intolerables para los pacientes. Hay una tasa de abandonos relativamente elevada en los pacientes tratados con litio. La tolerabilidad del tratamiento es especialmente importante en el trastorno bipolar. Los pacientes con trastorno bipolar tienden a tener un elevado desempeño de funciones entre los episodios. Con frecuencia son reacios a tomar un fármaco que les hace sentir sedados porque esperan tener vidas laborales y sociales completas.

Pueden ser necesarios ensayos de varias combinaciones de fármacos antes de encontrar el plan terapéutico más eficaz y agradable para un paciente. Ya no es necesario que el equipo terapéutico anime a un paciente a que soporte una molestia intolerable a cambio de la prevención de la manía (Bowden, 2003).

Educación del paciente. Parte de la educación de los pacientes sobre el tratamiento con litio es cómo mantener concentraciones constantes de litio y sodio. Esto se consigue con niveles constantes de hidratación. Por ejemplo, si una persona que toma litio jugara al baloncesto durante varias horas, perdiendo sodio a través del sudor, tendría riesgo de toxicidad por el litio salvo que

aportara el sodio perdido, tal vez con una bebida deportiva o con un tentempié salado. También tendría que reponer el agua perdida durante el ejercicio bebiendo a intervalos durante el partido de baloncesto (recuerde: la deshidratación puede producir toxicidad por litio). El manejo del tratamiento con litio es difícil y puede ser un reto para los pacientes.

Para que el paciente tenga la mejor evolución posible, el profesional de enfermería se debe asegurar de que el paciente comprenda el plan terapéutico y participe en el mismo. Son necesarios cambios del estilo de vida para mantener el equilibrio de litio/líquido y electrólitos y para prevenir la toxicidad. Las personas que toman litio precisan apoyo psicoterápico continuo.

ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO ANTICONVULSIVOS. Algunos anticonvulsivos son eficaces desde el punto de vista clínico tanto para el tratamiento de los síntomas de la manía como para prevenir la recurrencia de los episodios. Se considera que el anticonvulsivo valproato es un fármaco de primera línea para estabilizar el estado de ánimo en el trastorno bipolar. Se utiliza solo o combinado con litio, o con fármacos antipsicóticos atípicos, para satisfacer las necesidades de los pacientes individuales (Stoner y Dubisar, 2006).

ALERTA clínica

Se sabe que el valproato produce malformaciones fetales y no se debe prescribir a pacientes durante la gestación ni en pacientes que tengan previsto quedarse embarazadas.

La carbamacepina es otro anticonvulsivo eficaz en el tratamiento del trastorno bipolar. Se utiliza la carbamacepina en los pacientes que no responden al litio ni al valproato. La carbamacepina puede producir mielosupresión con disminución de la formación de eritrocitos y leucocitos. Se deben realizar a los pacientes hemogramas completos con frecuencia mientras tomen este fármaco. Se debe realizar un hemograma completo y análisis de plaquetas y de función hepática cada 2 semanas durante los primeros 2 meses de tratamiento, y posteriormente cada 3 meses (Stoner y Dubisar, 2006). El uso de carbamacepina en el trastorno bipolar puede estar disminuyendo debido a la aparición de anticonvulsivos más eficaces y tolerables en el trastorno bipolar (Stahl, 2005).

También se utiliza la lamotrigina como estabilizador del estado de ánimo asociada al resto del tratamiento farmacológico estándar, como valproato, carbamacepina, litio o un antipsicótico atípico. Actúa estabilizando las membranas de las células nerviosas e inhibiendo la liberación de neurotransmisores. Generalmente es bien tolerada por los pacientes, aunque tiene un riesgo de aproximadamente el 1% de aparición de exantema, que puede ser un exantema benigno y autolimitado o un síndrome de Stevens-Johnson, una reacción cutánea potencialmente mortal que afecta a la piel y las membranas mucosas. La pérdida cutánea puede producir infecciones, fiebre, deshidratación e incluso la muerte.

Aunque los fármacos ya mencionados se utilizan para el tratamiento del componente maníaco del trastorno bipolar y para el tratamiento de mantenimiento, hay otro fármaco (una combinación de olanzapina, un antipsicótico atípico, y fluoxetina, un anti-depresivo) autorizado específicamente para la depresión asociada al trastorno. Actúa sobre los neurotransmisores dopamina, nora-drenalina y serotonina, aunque se desconoce su mecanismo de acción exacto. Los efectos adversos son somnolencia, diarrea, aumento de peso y sequedad de boca (Stoner y Dubisar, 2006).

Psicoterapia

Aunque el trastorno bipolar tiene una etiología en gran medida fisiológica, el tratamiento psicosocial sigue siendo útil. La vida con un trastorno bipolar es difícil. En algún momento de un episodio maníaco los pacientes se pueden sentir tan bien que les parece absurdo tomar fármacos para interrumpirlo. Pueden carecer de introspección para conectar la manía no tratada con sus muchas consecuencias negativas. El cumplimiento del tratamiento medicamentoso es difícil y con frecuencia es problemático en estos pacientes. Pero la manía será un tiempo relativamente breve, y el resto del tiempo el paciente vive con las consecuencias.

La psicoterapia, en cualquiera de los mismos estilos que se han descrito para la depresión, puede ser una herramienta útil para

ayudar a los pacientes con trastorno bipolar. Puede ayudar a los pacientes a aprender sobre su trastorno, aprender a manejarlo y vivir con él, discutir y organizar sus sentimientos sobre el padecimiento de una enfermedad mental crónica, discutir el dilema del tratamiento y trabajar sobre el desarrollo de introspección sobre las consecuencias reales del trastorno bipolar no tratado.

Terapia de grupo

Cuando ha pasado la fase aguda de la manía o de la depresión, los resultados del paciente cambian al afrontamiento del trastorno a largo plazo. La terapia de grupo puede ser muy útil con el objetivo de vivir con una enfermedad mental crónica (o con cualquier enfermedad crónica). El grupo de terapia o de apoyo está formado por personas que tienen la misma enfermedad mental crónica. Puede haber o no un profesional de salud mental como facilitador del grupo.

El grupo discute temas importantes para el tratamiento y el afrontamiento del trastorno. Por ejemplo, una sesión puede tratar los efectos adversos de los fármacos. Otra se puede referir a lo que se debe hacer si el paciente no puede trabajar. Una tercera puede abordar cómo responder a los familiares. Los pacientes que realmente han pasado por estos retos pueden compartir con el grupo lo que han aprendido de sus experiencias. El miembro recién diagnosticado recibe consejos útiles de expertos reales sobre cómo afrontar la enfermedad. Los miembros de más experiencia reciben el beneficio de poder ayudar a otros y la validación que procede de ser expertos. Los miembros locales de la National Alliance for the Mentally Ill tienen grupos de apoyo para los pacientes y sus familias.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA**VALORACIÓN**

El estado de ánimo se refleja en la conducta y el habla del paciente. Cuando un paciente tiene un trastorno del estado de ánimo, es adecuado realizar una valoración del estado mental (que se describe en el capítulo 8) al ingreso para obtener información inicial. Después se pueden realizar valoraciones más breves de las partes pertinentes del estado mental, y después se pueden comparar con la valoración original para documentar el progreso del paciente. El profesional de enfermería también tiene la responsabilidad de valorar la respuesta del paciente al tratamiento farmacológico de cualquier trastorno del estado de ánimo.

La mayoría de los casos de depresión no se diagnostica ni se trata. Los profesionales de enfermería de todas las áreas especializadas trabajan con pacientes deprimidos. Parece lógico que los profesionales de enfermería realicen de forma sistemática una valoración de cribado para detectar depresión. En este capítulo ya se ha mencionado la escala de depresión geriátrica (Geriatric Depression Scale, v. cuadro 9-6), y se utiliza en ancianos. Se puede utilizar la escala de depresión de Beck (Beck Depression Inventory), en formato abreviado (tabla 9-3 ■), para identificar

TABLA 9-3

Escala de depresión de Beck abreviada

Instrucciones: Esto es un cuestionario. En el cuestionario hay grupos de afirmaciones. Lea todas las afirmaciones de cada categoría. Después elija la afirmación de ese grupo que mejor describa la forma en la que usted se siente hoy, es decir, justo ahora. Rodee con un círculo el número que está al lado de la afirmación que ha elegido. Si varias afirmaciones del grupo parecen aplicarse por igual, rodéelas todas con un círculo.

Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de hacer su elección.

A. (Tristeza)

- 3 Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 1 Me siento triste.
- 0 No me siento triste.

B. (Pesimismo)

- 3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 2 Siento que no hay nada por lo que luchar.
- 1 Me siento desanimado por el futuro.
- 0 No me siento particularmente pesimista o desanimado por el futuro.

C. (Sensación de fracaso)

- 3 Siento que soy un completo fracaso como persona (padre, marido, esposa).
- 2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 1 Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 0 No me siento fracasado.

D. (Insatisfacción)

- 3 Estoy insatisfecho con todo.
- 2 Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 0 No estoy particularmente insatisfecho.

E. (Culpa)

- 3 Me siento muy mal o inútil.
- 2 Me siento bastante culpable.
- 1 Me siento mal o inútil buena parte del tiempo.
- 0 No me siento decepcionado conmigo mismo.

F. (Autodesprecio)

- 3 Me odio a mí mismo
- 2 Estoy descontento conmigo mismo
- 1 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 0 No me siento decepcionado conmigo mismo.

G. (Autolesiones)

- 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 2 Tengo planes definidos para suicidarme.
- 1 Pienso que estaría mejor muerto.
- 0 No tengo ningún pensamiento de hacerme daño a mí mismo.

H. (Retraimiento social)

- 3 He perdido todo interés en otras personas y no me preocupan en absoluto.
- 2 He perdido casi todo el interés por los demás y siento poco por ellos.
- 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 0 No he perdido el interés en los demás.

I. (Indecisión)

- 3 No puedo tomar ninguna decisión.
- 2 Tengo mucha dificultad para tomar decisiones.
- 1 Intento posponer la toma de decisiones.
- 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.

J. (Cambios de la imagen propia)

- 3 Creo que soy feo o que tengo un aspecto repulsivo.
- 2 Pienso que hay cambios permanentes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 1 Estoy preocupado porque parezco viejo o poco atractivo.
- 0 No creo tener peor aspecto que antes.

K. (Dificultad en el trabajo)

- 3 No puedo trabajar nada en absoluto.
- 2 Tengo que empujarme muy fuerte para hacer cualquier cosa.
- 1 Me cuesta un esfuerzo extraordinario empezar a hacer algo.
- 0 Puedo trabajar tan bien como antes.

L. (Fatigabilidad)

- 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 1 Me canso con más facilidad que antes.
- 0 No me siento más cansado de lo habitual.

M. (Anorexia)

- 3 He perdido completamente el apetito.
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
- 1 No tengo tanto apetito como antes.
- 0 Mi apetito no es peor de lo habitual.

Puntuación: 0-4 = Sin depresión o depresión leve.

8-15 = Depresión moderada.

5-7 = Depresión leve.

16+ = Depresión grave.

CUADRO 9-12 CONSIDERACIONES CULTURALES
¿La depresión es igual en todas partes?

La respuesta a la pregunta anterior es *sí* y *no*. Personas de todo el mundo sufren depresión. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2007), hay una epidemia mundial de depresión. Personas de culturas diferentes tienden a responder a los fármacos antidepresivos. Sin embargo, los síntomas y signos de la depresión varían de una cultura, e incluso de una subcultura a otra. Los profesionales de enfermería deben saber esto para realizar valoraciones e interpretaciones exactas de los síntomas de los pacientes. Los afroamericanos, los estadounidenses de origen asiático y los latinos tienden a tener más síntomas físicos, como cefalea, dolor abdominal y dolor corporal, que los pacientes estadounidenses de origen europeo (los estadounidenses de origen europeo también pueden tener síntomas físicos). Los estadounidenses de origen europeo tienen mayor probabilidad de describir síntomas psicológicos, como tristeza y sentimientos de culpa. Cuando los pacientes de estas culturas tienen síntomas que no se explican con pruebas médicas, se debe plantear la existencia de una depresión.

a adultos que probablemente estén deprimidos. El trasfondo cultural del paciente es otro aspecto importante de la valoración. El cuadro 9-12 ■, «Consideraciones culturales», analiza la relación entre la cultura y los síntomas de la depresión.

En un paciente deprimido se debe valorar el pensamiento suicida. El profesional de enfermería puede valorar la ideación suicida como sigue:

1. Comience con una evaluación de si la persona tiene o no ideación (pensamiento) suicida: «¿Está pensando en autoleccionarse?» O «¿Piensa en suicidarse?»
2. Si los pacientes tienen ideación suicida, determine si han organizado sus pensamientos lo suficiente como para tener un plan: «¿Tiene usted un plan?»
3. Valore la mortalidad del plan: «¿Cuál es su plan?», o «¿Cómo lo haría?» (más grave si el método previsto es un arma de fuego o ahorcamiento).
4. Valore si el paciente tiene acceso al método de suicidio previsto: «¿Tiene usted acceso a un arma? ¿A fármacos?» (el método del plan del paciente).
5. **Informe al equipo terapéutico.** El hecho de no notificar la ideación suicida constituye una violación del deber legal del profesional de enfermería de proteger al paciente.

Estado mental

Autovaloración por el paciente

Una forma de monitorizar el estado de ánimo de un paciente a lo largo del tiempo es utilizar una escala de estado de ánimo. Pida al paciente: «Puntúe su estado de ánimo en una escala de 1-10, donde 1 es el mínimo y 10 es el mejor estado de ánimo

posible». Aunque en sí mismos los números no tienen valor de medición real, se puede cuantificar de esta forma la percepción por el paciente de cómo se siente. El profesional de enfermería puede comparar los números para ver si el paciente se siente mejor o peor. La valoración del estado de ánimo se realiza al menos una vez por turno y se documenta en las notas de enfermería.

Aspecto y afecto

Otras facetas del estado mental que son importantes para una persona con un trastorno del estado de ánimo son el aspecto, el afecto (expresión no verbal del estado de ánimo), la conducta, la actividad motora y los procesos del pensamiento. El aspecto de una persona con depresión puede ser desaseado, si no tiene energía para bañarse y cambiarse de ropa. La manía se puede expresar con ropas chillonas y brillantes y con maquillaje y joyas extravagantes.

El afecto normal se denomina *amplio*, lo que significa que el paciente puede expresar una amplia gama de emociones, desde la alegría hasta la tristeza. Una persona con depresión habitualmente no puede expresar la gama completa de emociones. La depresión limita las emociones (el afecto) a la tristeza. Este hallazgo se expresa como «afecto embotado o restringido» (el afecto embotado está más limitado que el afecto restringido). Las emociones en la manía pueden estar limitadas a excitación, alegría, ira o irritabilidad.

Actividad psicomotora

La actividad psicomotora sería lenta en la depresión y agitada en la manía. El paciente deprimido puede tener retraso psicomotor y puede estar tumbado en la cama todo el día, o puede estar sentado y moverse muy poco. La persona maníaca puede estar tan activa que corre peligro de agotamiento.

Verificación de los hallazgos

La valoración del profesional de enfermería se debe verificar lo más específicamente posible. Es más claro cuando el profesional de enfermería verifica los hallazgos que han llevado a una conclusión, en lugar de presentar únicamente la conclusión. Escribir «agitado» no es tan claro como «el paciente ha estado dando zancadas de un lado a otro por los pasillos toda la noche, excepto cuando lavó las ventanas y los suelos de la sala de estar con una toalla de papel, y corrió sobre el mismo sitio cerca del puesto de enfermería durante 30 minutos. Tiene ampollas en las plantas de los pies y afirma que se siente bien, no cansado, y que está preparado para correr una maratón».

Procesos del pensamiento

Los procesos del pensamiento de los pacientes también muestran cómo están afectados por los trastornos del estado de ánimo y cómo responden al tratamiento. Todo el mundo tiene de forma ocasional bloqueo del pensamiento, en el que es difícil pensar en una palabra que se quería decir. Sin embargo, el

bloqueo del pensamiento es muy frecuente y más grave en... eh... espere un momento... eh... mmm... la depresión.

La **fuga de ideas**, en la que los pensamientos del paciente van tan rápidos que el habla del paciente salta de un tema a otro con frecuencia, es frecuente en la manía. La grandiosidad también es frecuente en la manía. «Soy el autor más famoso del mundo, y estaré contento de escribir mi próximo libro sobre usted, si me da un caramelo» es una afirmación grandiosa que utilizaría con más probabilidad una persona en fase de manía que otra en fase de depresión.

Los procesos del pensamiento podrían incluir rasgos psicóticos en la depresión grave o la manía grave. El contenido de las ideas delirantes o las alucinaciones depresivas probablemente sería aterrador, de persecución o negativo («Mi jefe me odia y quiere matarme»). En la manía las ideas delirantes o las alucinaciones serían expansivas y fantásticas, como «Voy a volar sobre mi gran almacén para coger una nueva televisión. No necesito ningún avión».

El personal de enfermería también debe evaluar y verificar cualquier efecto colateral de los fármacos psicotrópicos. Revise la sección sobre fármacos psicotrópicos para ver los efectos adversos de los fármacos utilizados para los trastornos del estado de ánimo.

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

Los diagnósticos de enfermería frecuentes en los pacientes con trastorno depresivo o trastorno bipolar incluyen:

- Riesgo de violencia (autodirigida en el trastorno depresivo mayor, autodirigida o dirigida a otros en el trastorno bipolar)
- Deterioro de la interacción social
- Desequilibrio nutricional

La desesperanza, la impotencia, la autoestima baja crónica y el déficit del autocuidado son frecuentes en pacientes con depresión. El trastorno de los procesos del pensamiento es un diagnóstico de enfermería frecuente en los pacientes con trastorno bipolar.

Los resultados deseados en los pacientes con trastornos psiquiátricos se encuadran dentro de cuatro categorías: pensamiento (cognición), sentimientos (estado de ánimo), fisiología y conducta (actuación o afrontamiento). En la figura 9-13 ■ se muestra un diagrama de los resultados deseados en los pacientes con trastornos del estado de ánimo.

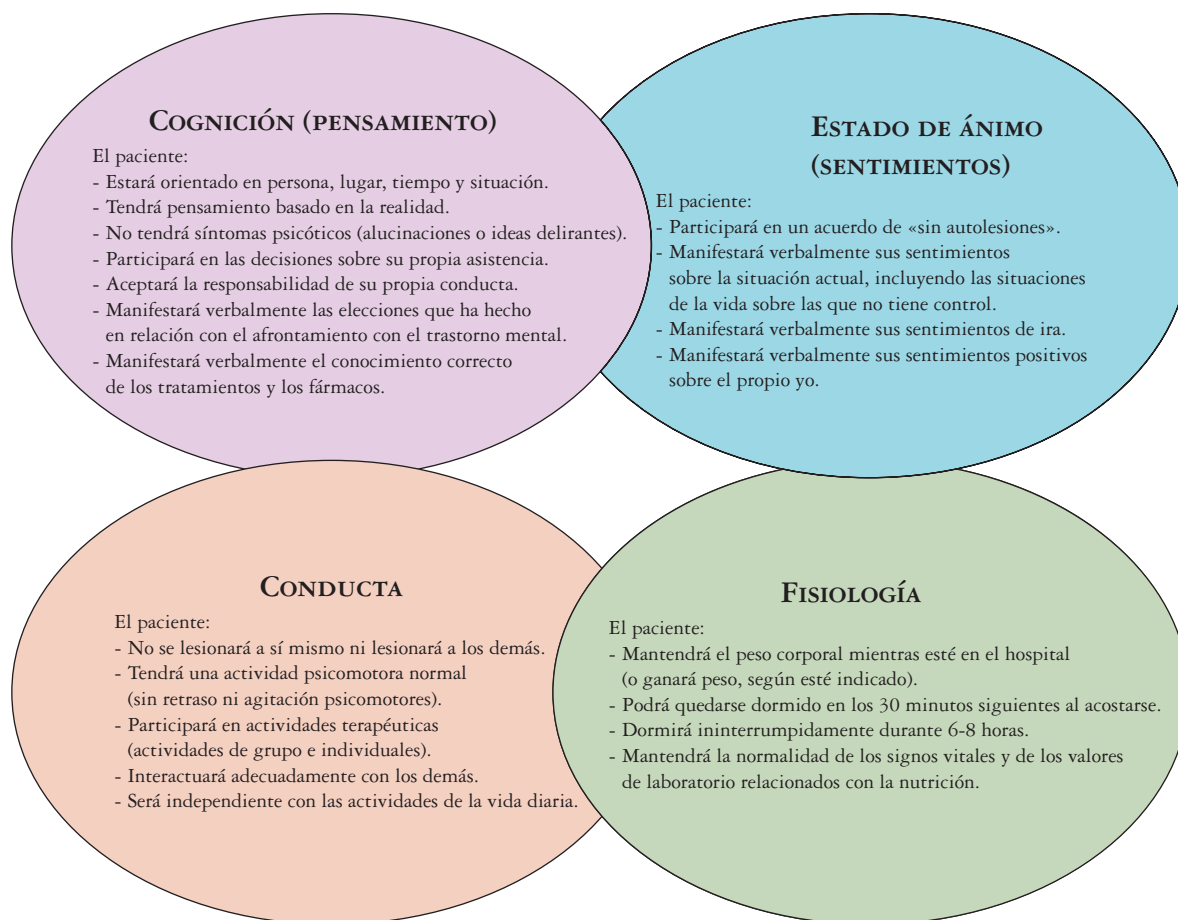


Figura 9-13. ■ Resultados deseados para los pacientes con alteraciones del estado de ánimo.

mo. Estos resultados se utilizan según proceda en el paciente individual.

La asistencia de enfermería se debe personalizar para cada paciente individual. Las intervenciones propuestas en este capítulo se basan en preocupaciones frecuentes en pacientes con trastornos del estado de ánimo. Si un paciente tiene problemas diferentes, será necesario aplicar la creatividad. La creatividad es uno de los pilares de la enfermería.

Riesgo de violencia (autodirigida)

- Valore el estado mental, incluyendo la ideación suicida. *La valoración del estado mental incluye información sobre el estado de ánimo del paciente y si el paciente tiene psicosis (aumenta el riesgo de suicidio debido a una verificación anormal de la realidad).*
- Si el paciente tiene ideación suicida, valorar si tiene un plan y si el paciente tiene métodos para consumir el plan. *El profesional de enfermería puede valorar la peligrosidad del plan de suicidio del paciente (más peligroso si el paciente tiene un plan letal específico y los métodos para consumir).*
- Comparta con el equipo terapéutico la información sobre el pensamiento suicida. *El equipo debe participar para garantizar la seguridad del paciente.*
- Retire de la zona del paciente los objetos potencialmente peligrosos (cuchillos, encendedores, navajas de afeitar, cinturones, vidrio, etc.). *La retirada de objetos peligrosos fomenta la seguridad al reducir la oportunidad de que el paciente los utilice de forma impulsiva para autolesionarse. Los pacientes que tienen manía tienen deterioro del juicio, por lo que el profesional de enfermería debe prever los riesgos y debe controlar el entorno para fomentar la seguridad.*
- Valore con frecuencia la seguridad del paciente durante la noche. *El paciente se puede sentir desatendido durante la noche.*
- Quédese con un paciente que tenga sentimientos relacionados con autolesiones. *La presencia del profesional de enfermería muestra consideración por la seguridad y el valor del paciente. El profesional de enfermería puede prevenir una conducta perjudicial. Un paciente con riesgo elevado de conducta suicida precisa observación estrecha, idealmente en un centro psiquiátrico.*
- Elabore un contrato de «sin autolesiones» con el paciente. *Aunque un acuerdo por el paciente de no autolesionarse no es realmente vinculante, indica que el paciente controla la situación y es responsable de su conducta. El contrato pone de relieve el valor del paciente y la preocupación que tiene el personal por su seguridad.*

Riesgo de violencia (dirigida a otro)

- Ofrezca un entorno con bajo nivel de estimulación para los pacientes maníacos. *Los pacientes que tienen manía tienen reducción de la capacidad de filtrar y procesar los estímulos. Cuantos más estímulos sensitivos reciba, más dificultad tendrá el paciente para determinar qué es real, y para mantener el control sobre la conducta.*

- Deje claras al paciente las expectativas sobre su conducta lo antes posible. El personal debe mantener unas expectativas constantes en relación con el paciente. *Tener unas expectativas claras y estructuradas puede hacer que el paciente tenga mayor facilidad para cumplir las expectativas sobre su conducta. La constancia entre el personal es importante para evitar la confusión y la manipulación por el paciente del personal para modificar las expectativas.*
- Observe de cerca al paciente y responda rápidamente a un aumento de la agitación. Comience con el abordaje menos restrictivo: redirección, fármacos a demanda, aislamiento, y finalmente sujeciones. *La intervención temprana puede prevenir una conducta violenta y la lesión del paciente y de otras personas.*
- Minimice las acciones de grupo para el paciente en fase de manía. *El paciente en fase de manía se sobreestimula con facilidad y puede tener dificultad para responder adecuadamente cuando está con muchas personas. Las interacciones uno a uno son menos estimulantes y el paciente las puede manejar mejor.*
- Dé oportunidades adecuadas para realizar actividad física. Caminar es la actividad ideal. El paciente puede preferir otra actividad, como ping-pong o baloncesto. *El paciente se puede ver obligado a realizar actividad física y, por ello, podría encontrar que el confinamiento es muy estresante. Caminar es activo sin ser agotador si es prolongado.*

Deterioro de la interacción social

- Establezca una relación de confianza con el paciente. *La relación profesional de enfermería-paciente es la base de la asistencia de enfermería y del conocimiento de las necesidades del paciente. Cuando el paciente confía en el profesional de enfermería, tiene la oportunidad de tener sensación de seguridad emocional. Un paciente que se siente seguro tendrá mayor probabilidad de interactuar positivamente con los demás. El profesional de enfermería ofrece un modelo de rol sobre cómo comunicarse y comportarse en una relación individual.*
- Ofrezca actividades estructuradas que permitan que el paciente con depresión interactúe con los demás. Anime al paciente a que participe (grupos de manualidades, oír música en grupo, caminar o hacer ejercicio en grupo, discutir los fármacos, grupos para compartir recuerdos, etc.). *El paciente deprimido tiene mayor probabilidad de interactuar con los demás si la situación está estructurada porque las exigencias que se le imponen son menores. Las interacciones positivas con los demás refuerzan la socialización.*

Desequilibrio nutricional

- Si el paciente está letárgico y tiene sobrepeso, ofrezca alimentos ligeros, tentempiés y líquidos. Discuta la utilidad del ejercicio frecuente para mejorar el ánimo. Anime al paciente a que establezca un plan de ejercicio ligero de forma regular. *El paciente puede no centrarse en la pérdida de peso hasta que se haya resuelto la depresión y puede estar demasiado deprimido para pensar en el ejercicio. Es mejor*

tener un momento determinado para hacer ejercicio que intentar levantarse y hacer ejercicio cuando la depresión está en su peor momento. Hay más posibilidad de poder realizar un esfuerzo breve y ligero, y puede mejorar la autoestima.

- El paciente puede estar demasiado deprimido para comer. Ofrezca líquidos con frecuencia y pequeñas cantidades de alimentos nutritivos, según la tolerancia del paciente.
- Si el paciente está muy activo, dando zancadas o demasiado ocupado para comer, ofrezca alimentos que se puedan tomar con las manos nutritivos (emparedados, fruta, etc.) que el paciente pueda tomar mientras camina. Ofrezca con frecuencia alimento y líquidos. *El paciente tiene elevadas necesidades energéticas mientras está en fase maníaca y puede no ser capaz de satisfacer las necesidades nutricionales. El paciente puede ser capaz de tomar alimentos que pueda llevar en las manos cuando no se puede sentar a comer. El paciente también tiene riesgo de deshidratación por una actividad excesiva, especialmente en el tiempo caliente.*

Desesperanza

- Permita que el paciente hable sobre sus sentimientos y episodios vitales. Utilice técnicas de comunicación terapéutica para ayudar al paciente a ver que ha sobrevivido a dificultades en el pasado y que tiene puntos fuertes. *El conocimiento de que se han superado previamente los obstáculos indica que es posible volver a hacerlo de nuevo. Cuando el paciente reconoce sus propios puntos fuertes, constituye la base para la esperanza de que el problema actual se puede superar.*
- Eduque al paciente sobre el trastorno y los fármacos, e indíquele que el equipo terapéutico no va a abandonar la esperanza hasta que el paciente se sienta mejor. *El conocimiento de que el paciente probablemente tenga una respuesta positiva es esperanzador. Puede ser beneficioso señalar que la depresión tiene episodios y que este finalmente se resolverá. Muchos pacientes tienen la preocupación de que el personal les abandonará si no responden al tratamiento.*

Alteración de los procesos del pensamiento

- Administre los fármacos antipsicóticos según se haya prescrito y monitorice los efectos. *Los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de evaluar la respuesta del paciente a los fármacos para evaluar su eficacia y detectar efectos adversos.*
- Analice los puntos fuertes y las capacidades del paciente cuando preste la asistencia de enfermería. *Cuando una persona tiene una enfermedad mental grave, como una psicosis, es fácil ver la patología. Es importante analizar los puntos fuertes de la persona y reconocer las partes normales de la persona. Incluso el paciente psicótico tiene habilidades de afrontamiento o de supervivencia que puede aprovechar el personal de enfermería en beneficio del paciente.*
- Refuerce la realidad. Hable sobre lo que está ocurriendo realmente. *Incluso conversaciones sobre las realidades sencillas de la vida diaria (el tiempo, lavar la ropa, las comidas) alejan*

la atención del paciente de los pensamientos desordenados y la dirigen hacia el aquí y ahora. La función del profesional de enfermería es ayudar al paciente a reconocer lo que es real. Las alteraciones del pensamiento pueden mejorar con conversaciones basadas en la realidad. Hablar con el paciente sobre las ideas delirantes refuerza el pensamiento anormal.

- Anime o ayude al paciente a expresar sus sentimientos de miedo o ansiedad. Realice la validación de los sentimientos del paciente. *La sensación de perder el contacto con la realidad puede ser aterradora. La expresión de los sentimientos al profesional de enfermería que los acepta sin juicios y valida cómo debe ser de difícil la situación puede ser edificante y útil para los pacientes.*
- Preste atención al contenido del habla del paciente (y, por tanto, a sus pensamientos). *Si un paciente grita porque le están atacando, podría confundir al profesional de enfermería con un atacante. Tenga cuidado cuando aborde a un paciente agitado. Mantenga la calma, y su actitud se contagiará al paciente y al personal que le rodea. Mantenga una distancia suficiente entre usted y el paciente para estar seguro cuando agite los brazos. Incluso las personas pacíficas pueden golpear cuando piensan que se están defendiendo.*

EVALUACIÓN

En la fase de evaluación el profesional de enfermería revisa los resultados deseados, y se pregunta: «¿Se han producido los resultados?». Si no se han producido los resultados, el profesional de enfermería debe informar que el plan asistencial de enfermería no ha tenido éxito. Tal vez los resultados no eran realistas desde el principio. Tal vez las intervenciones fueron adecuadas, pero no facilitaron la consecución del objetivo deseado. El diplomado universitario en enfermería debe proporcionar retroalimentación al profesional de enfermería responsable para que se pueda revisar el plan asistencial.

CONSIDERACIONES AL ALTA

Los pacientes con trastornos del estado de ánimo se enfrentan a muchos retos en relación con su trastorno y su tratamiento. La educación es una función importante del profesional de enfermería. El profesional de enfermería debe reforzar la educación del paciente sobre fármacos, efectos adversos y la interacción entre los fármacos y la dieta o las actividades. La mayoría de los pacientes necesitará apoyo psicoterápico continuo. Se debe entregar información sobre grupos de apoyo, además de los números de teléfono de urgencia. La National Alliance for the Mentally Ill tiene grupos de apoyo en muchas localidades.

Los profesionales de enfermería también pueden ayudar a crear un entorno más saludable para los pacientes con trastornos del estado de ánimo fomentando su actividad en la comunidad. El cuadro 9-13 ■ describe las oportunidades que tienen los profesionales de enfermería de defender a los pacientes con trastornos mentales.

CUADRO 9-13

Asistencia comunitaria: representación de los pacientes con trastornos mentales*Roles fuera del lugar de trabajo*

Los profesionales de enfermería tienen responsabilidades fuera de las paredes del lugar de trabajo. Como profesionales sanitarios, tenemos la responsabilidad de ayudar a nuestra sociedad a aprender a ser más sana. Una forma en la que los profesionales de enfermería pueden establecer la diferencia es animar a las personas a que se les diagnostique y trate de depresión. Otra es elaborar regulaciones nacionales y locales para reducir el acceso de los adolescentes a armas de fuego. Además, al interrumpir el hábito de contar chistes o reírnos sobre personas con enfermedad mental, podemos ser modelos de rol para otras personas, incluyendo nuestros hijos, sobre el hecho de que la enfermedad mental no es ningún chiste, de la misma forma que tampoco lo es la diabetes.

Organizaciones educativas

Finalmente, los profesionales de enfermería pueden colaborar con una organización creada por la National Alliance for the Mentally Ill llamada StigmaBusters. StigmaBusters trabaja para reducir el estigma frente a la enfermedad mental y los pacientes con enfermedad mental en nuestra sociedad. Actúa sobre los anuncios, los medios de comunicación y las políticas públicas. Mediante la educación del público, los legisladores, los anunciadores y otros, trabaja para modificar actitudes y leyes. Visite su página web y aprenda más sobre sus últimos proyectos en www.nami.org.

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Paciente con depresión

¿Recuerda usted a Pearl, del comienzo de este capítulo? Pearl G. es una viuda afroamericana de 70 años que reside en un centro asistencial de cuidados crónicos. Tuvo un accidente cerebrovascular hace 1 año y tiene hemiplejía en el lado derecho. Es diestra. No se alimenta de forma autónoma y tiene poco apetito. La Sra. G. está alerta y orientada en persona y lugar. Colabora permitiendo que se le realicen las actividades de la vida diaria, pero no intenta ayudar. Cuando habla, sólo emite una o dos palabras cada vez. Siempre parece estar triste. El profesional de enfermería ha trabajado con la Sra. G. durante los 11 meses que lleva en este centro. El profesional de enfermería piensa que la Sra. G. está deprimida. El profesional de enfermería la ha evaluado con la escala de depresión geriátrica. La Sra. G. ha tenido una puntuación de 12. En la conversación que han tenido sobre la escala de depresión, la Sra. G. dijo que echaba de menos a su familia.

Valoración. El profesional de enfermería recopiló todos los hallazgos de la valoración del caso clínico anterior. Además, la

historia clínica señalaba que la Sra. G. tenía una hija adulta y un hijo casado con una nieta adolescente que vivían cerca.

Diagnóstico. En esta paciente se identificaron tres diagnósticos de enfermería prioritarios:

- Impotencia, relacionada con discapacidad y deterioro de la comunicación
- Déficit del autocuidado, baño/higiene, vestido/acicalamiento, alimentación y uso del WC, relacionado con hemiplejía y falta de motivación
- Deterioro de la interacción social, relacionado con la falta de motivación y ausencia de oportunidad de socializar con su familia y sus iguales

Resultados esperados. Los resultados esperados para el plan asistencial son:

- La paciente debe identificar dos áreas en las que percibe que tiene cierto control.
- La paciente debe ayudar con todas las AVD, alimentándose de forma independiente en un plazo de 2 semanas.
- La paciente debe interactuar con el personal, con sus iguales y con su familia.

Planificación y aplicación. Antes de empezar a trabajar sobre acciones de enfermería independientes, el profesional de enfermería consultó con el médico de la Sra. G. sobre la posibilidad de tratar su depresión. El médico estuvo de acuerdo en que la Sra. G. está deprimida. Prescribió fluoxetina 20 mg, que se debía administrar a la Sra. G. v.o. por la mañana. El DUE (Kevin) buscó información sobre la fluoxetina y encontró que era un fármaco antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. Se planificaron y aplicaron las siguientes intervenciones:

- **Ofrecer primero opciones sencillas.** Se da a la Sra. G. la opción de elegir la ropa que quería llevar cada día. Se le pregunta si quiere ducharse antes o después del desayuno, y dónde quiere almorzar (hay tres comedores en este centro). La Sra. G. tiene cierto deterioro cognitivo después del accidente cerebrovascular. Se le pregunta qué emisora de radio quiere escuchar.
- **Fomentar los autocuidados.** Se pidió a los auxiliares que supervisaban las comidas que le ayudaran a utilizar la mano izquierda para alimentarse. Ya se había probado varios meses antes la alimentación independiente, y funcionó hasta que la Sra. G. se negó a seguir haciéndolo.
- **Fomentar el contacto social.** Kevin, el profesional de enfermería, llamó a todos los hijos de la Sra. G. y les animó a que la visitaron. También planificó visitar a la Sra. G. varios minutos todos los días que trabajaba. (Ya sabemos que a Kevin le hubiera gustado tener tiempo para hablar más con ella, pero es una historia real.) Incluyó a la Sra. G. en la lista de residentes que asisten al grupo de

noticias (en el que el auxiliar de actividades lee partes del periódico todas las mañanas).

Evaluación. Dos semanas después de iniciar el plan, Kevin evaluó su eficacia. Con estímulo, la Sra. G. había empezado a tomar decisiones sobre la ropa, la emisora de radio, las actividades sociales y los visitantes. La Sra. G. ayudó a lavarse durante la ducha. Lo intentó débilmente, aunque no fue de mucha ayuda para vestirse. Se podía alimentar a sí misma aproximadamente el 50% de las comidas, y pudo llamar para pedir ayuda para ir al baño aproximadamente el 75% de las veces.

En los 10 primeros días tras el inicio del nuevo tratamiento sonreía, estaba más interesada en su entorno, tenía más apetito, era más activa, estaba más habladora y disfrutaba de las visitas.

Pensamiento crítico en el proceso de enfermería

1. ¿Se cumplió el resultado 1, y por qué era esto importante para la Sra. G.?
2. ¿Se tuvo éxito con el resultado 2 del plan de la Sra. G.?
3. Discuta por qué las diversas interacciones sociales que se establecieron para la Sra. G. aumentaban la probabilidad de que se pudiera cumplir el resultado 3.

Nota: En el apéndice I puede encontrarse un comentario sobre las preguntas de pensamiento crítico.

Nota: La bibliografía y los recursos de este y el resto de capítulos se han reunido al final del libro.

Revisión del capítulo

TÉRMINOS CLAVE

agitación psicomotora

distraibilidad

estado de ánimo

estado de ánimo disfórico

estado de ánimo elevado

estado de ánimo eutímico

estado de ánimo irritable

facilitación

fuga de ideas

habla apresurada

ideación suicida

retraso psicomotor

somatización

terapia electroconvulsiva (TEC)

trastorno afectivo estacional (TAE)

PUNTOS clave

- Los trastornos del estado de ánimo están producidos por la interacción de predisposición genética, alteraciones de la función del encéfalo y agentes estresantes ambientales (factores biológicos y psicosociales).
- La depresión es el trastorno mental más frecuente del mundo.
- Los profesionales de todas las áreas especializadas trabajan con personas que tienen trastornos del estado de ánimo, especialmente depresión.
- La mayoría de las personas que se suicidan estaba deprimida.
- El suicidio es más frecuente que el homicidio en EE. UU.
- Hay un aumento reciente del suicidio en adolescentes. Este aumento se debe a suicidio relacionado con armas de fuego.
- Los trastornos del estado de ánimo se pueden tratar, y la mayoría de las personas responde positivamente a los fármacos.
- Hay un estigma contra las personas con trastornos del estado de ánimo, igual que con otros trastornos mentales.
- Los resultados deseados para las personas con trastornos del estado de ánimo se refieren a las áreas de cognición (pensamiento), estado de ánimo, conducta y fisiología.
- Los pacientes con depresión pueden tener anhedonia, falta de energía, falta de motivación, dificultad para relacionarse con otras personas y retraso psicomotor, además de tristeza.
- Los antidepresivos IMAO se pueden asociar a posibles efectos adversos graves, como crisis hipertensiva cuando los pacientes combinan alimentos que contienen tiramina mientras toman estos fármacos.

- Se puede producir síndrome serotoninérgico cuando se combinan los IMAO con ISRS o hierba de San Juan. Los síntomas incluyen agitación, espasmos musculares, temblor, náuseas, dolor abdominal cólico y cefalea.
- Los pacientes con trastorno bipolar en la fase maníaca se enfrentan a varios retos, como ausencia de introspección, juicio inadecuado y conducta impulsiva.
- El litio y el valproato son fármacos de primera línea en el trastorno bipolar.



EXPLORE MediaLink

Pueden encontrarse recursos interactivos adicionales en la página web complementaria www.prenhall.com/eby. Haga clic en «Chapter 9» y en «Begin» para seleccionar las actividades de este capítulo.

- Audio Glossary
- NCLEX-PN® review
- Case study
- Study online
- Critical thinking questions
- Matching questions
- Weblinks
- Video Case: Everett (Major Depressive Disorder)

Protocolo asistencial de pensamiento crítico

Asistencia de un paciente con trastorno bipolar

Área de interés del examen NCLEX-PN®: Integridad fisiológica

Estudio de un caso: John Nguyen es un varón estadounidense de origen vietnamita de 36 años de edad diagnosticado de trastorno bipolar. Ha ingresado en el hospital para la reparación quirúrgica de una lesión en el tobillo que tuvo mientras jugaba al baloncesto. El Sr. Nguyen es censor jurado de cuentas. Tiene un episodio maníaco que es menos grave que los episodios no tratados, pero no ha dormido en tres noches. No fue ayer a trabajar para jugar al baloncesto todo el día. No comió ni bebió nada en todo el día cuando jugaba al fútbol. Toma carbonato de litio de liberación prolongada 450 mg dos veces al día en su domicilio, y también se ha prescrito este tratamiento en el hospital. La dosis de la mañana se debe administrar ahora.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión relacionado con toxicidad por litio

RECOPILE DATOS

Subjetivos

Objetivos

¿Informaría usted de estos datos? Sí/No

Si así lo hiciera, ¿a quién? _____

Asistencia de enfermería

¿Cómo lo verificaría? _____

Compare su verificación con el ejemplo proporcionado en el apéndice I.

Datos recopilados

(use todos los correctos)

- Peso 84 kg.
- PA 130/80
- Puso 108, irregular
- El paciente afirma: «Las manos no dejan de moverse».
- Ha dormido 6 horas la última noche.
- La piel está caliente y seca.
- La madre del paciente tenía trastorno bipolar.
- El paciente pregunta: «¿Me puede leer el menú? No veo muy bien».
- Cuando el fisioterapeuta le estaba enseñando a utilizar las muletas, el paciente estaba demasiado débil para soportar su propio peso sobre la pierna no afectada.
- El paciente es alérgico al polen de árboles.
- Ha rechazado la cena ayer por la tarde y el desayuno hoy.
- La esposa del paciente afirma: «Ha estado sometido a mucha presión en el trabajo últimamente».

Intervenciones de enfermería

(use todas las correctas, colóquelas en orden de prioridad)

- Mirar en la historia del paciente los signos vitales iniciales.
- Llamar al médico para que prescriba un hipnótico para ayudar al paciente a dormir para que recupere las fuerzas.
- Enseñar al paciente a beber 3,5 l de agua al día.
- Suspender la dosis de litio que está prevista ahora.
- Llamar al médico para notificarle la presencia de síntomas de toxicidad por litio.
- Enseñar al paciente y a su esposa que el ejercicio intenso (jugar al baloncesto todo el día) es una buena forma de mejorar la forma cardiovascular.

Preparación del examen NCLEX-PN®

CONSEJO PARA PASAR LA PRUEBA

Cuando se hace una pregunta sobre problemas psicosociales, clarifique primero qué le dice el paciente, y después pida más información. Si el paciente dice: «Siento que me quiero morir», usted podría decir: «¿Siente que quiere morir?», y después: «Hábleme más sobre lo que siente».

- 1** Una mujer recién casada dice al profesional de enfermería que intentó suicidarse en el instituto debido a una relación infeliz. Dice que tiene miedo a quedarse embarazada debido a que tener un hijo pudiera producirle esos mismos sentimientos. El profesional de enfermería sabe que la paciente:
 1. No tiene mayor probabilidad que ninguna otra mujer joven de tener depresión posparto.
 2. Probablemente simplemente hizo un gesto suicida en el instituto para llamar la atención y no tiene riesgo de episodios depresivos en el futuro.
 3. Tiene mayor riesgo de otro episodio depresivo, teniendo en cuenta su experiencia previa y el estrés añadido de un nuevo hijo.
 4. Se preocupa innecesariamente y se la debería animar a que se planteara el embarazo.
- 2** Cuando una paciente viene a revisión 6 semanas después del parto, el profesional de enfermería de la consulta observa que la paciente parece «agotada». La paciente dice al profesional de enfermería que su hijo no la deja tranquila en todo el día y que no tiene tiempo para sí misma. No tiene interés en coger al niño ni siquiera cuando está llorando. Afirma: «No puedo soportar esto mucho más». La mejor respuesta del profesional de enfermería sería:
 1. «Le aseguro que mejorará. Todas las madres se sienten como usted.»
 2. «Ser madre primeriza es estresante. Hábleme sobre los cambios que se han producido en su vida desde que llegó su hijo.»
 3. «Coja a su hijo. Cuando le tenga cerca, eso les debería ayudar a los dos a sentirse mejor.»
 4. «Probablemente tenga una pequeña depresión posparto. Es normal y se pasará con el tiempo.»
- 3** Una paciente cuenta al profesional de enfermería que todos los inviernos tiene sentimientos de cansancio extremo e irritabilidad. Le han diagnosticado de trastorno afectivo estacional. El tratamiento más eficaz para este tipo de depresión es:
 1. Terapia lumínica.
 2. Suplemento de melatonina.
 3. Psicoanálisis.
 4. Tratamiento electroconvulsivo.
- 4** Cuando el psiquiatra señala que los síntomas del paciente incluyen anhedonia, esto significaría que el paciente:
 1. Tiene alucinaciones.
 2. Es incapaz de formar relaciones personales.
 3. Comer en exceso.
 4. Es incapaz de sentir placer.
- 5** Los pacientes que tienen depresión con frecuencia no son diagnosticados. El motivo más probable de esto es que:
 1. Los médicos no reconocen la enfermedad.
 2. Los médicos generales no se sienten cualificados para tratar un trastorno mental.
 3. Los pacientes refieren de forma insuficiente sus sentimientos, por miedo al estigma de tener una «enfermedad mental».
 4. Los médicos no dan valor a la intensidad de los sentimientos psicológicos que refieren los pacientes.
- 6** Cuando el paciente pregunta al personal de enfermería cuándo empezará a actuar el nuevo fármaco antidepresivo, la mejor respuesta del personal de enfermería sería:
 1. «Debería superar la depresión inmediatamente.»
 2. «El fármaco tardará de 2 a 6 semanas en alcanzar su máximo efecto.»
 3. «El fármaco habitualmente tarda 1 semana en alcanzar su máximo efecto.»
 4. «Pueden pasar 6 meses antes de que note los efectos completos del fármaco.»
- 7** Un paciente muy deprimido dice al enfermero que le van a aplicar un tratamiento con terapia electroconvulsiva por la mañana. Dice que está nervioso porque ha oído «historias de terror» sobre el tratamiento. La mejor respuesta del enfermero sería:
 1. «Puede tener cierta pérdida transitoria de memoria y algo de confusión, aunque la TEC ha sido muy eficaz en el alivio de la depresión grave, como la suya.»
 2. «La TEC es una técnica experimental en la depresión grave, aunque el médico piensa que será útil en su situación.»
 3. «La TEC se ha utilizado durante muchos años como tratamiento de primera línea de la depresión grave. Actúa rápidamente y es eficaz en todos los pacientes deprimidos.»
 4. «La pérdida permanente de memoria es claramente un efecto adverso en la mayoría de los pacientes que reciben TEC, aunque es mejor que estar deprimido.»
- 8** Los pacientes que tienen un episodio maníaco muy probablemente no cumplirán el tratamiento, porque:
 1. No se dan cuenta de que necesitan tratamiento.
 2. Están demasiado ocupados.
 3. Quieren gustar a los demás.
 4. Disfrutan del «subidón».
- 9** Un paciente con trastorno bipolar está dando zancadas constantemente hoy; otros pacientes celebran una fiesta de cumpleaños. Hay música, ruido y comida. El paciente se dirige a la mesa y empieza a coger puñados de pastel para comerlo mientras da zancadas por los pasillos. La mejor respuesta del enfermero a esta conducta sería:
 1. Dejarle que siga dando zancadas y comiendo.
 2. Administrarle un ansiolítico prescrito a demanda.
 3. Mantenerle sujeto en su habitación.
 4. Invitarle a salir a dar un paseo con el enfermero.
- 10** ¿Cuáles de las siguientes intervenciones de enfermería serían adecuadas en un paciente ingresado con un trastorno depresivo mayor e ideación suicida? (Selecione todas las correctas.)
 1. Preguntar al paciente si actualmente piensa en autolesionarse.
 2. Asegurar al paciente que cualquier información que comparta con usted quedará entre los dos.
 3. Eliminar objetos potencialmente peligrosos del área del paciente.
 4. Dar al paciente privacidad mientras se ajusta a su nuevo entorno.
 5. Crear un contrato de «sin autolesiones» con el paciente.

En el apéndice I pueden encontrarse las respuestas a las preguntas de revisión, así como un comentario del plan asistencial y el protocolo asistencial de pensamiento crítico.

Trastornos de la personalidad

BREVE sinopsis

Trastornos de la personalidad
Retos para los profesionales de enfermería

Trastornos de la personalidad
del grupo A: raros-excéntricos

Trastornos de la personalidad
del grupo B:
dramáticos-emocionales

Trastornos de la personalidad
del grupo C: ansiosos-
temerosos

OBJETIVOS del aprendizaje

Al finalizar la lectura de este capítulo, usted será capaz de:

1. Describir las conductas asociadas a los trastornos de la personalidad.
2. Adaptar la relación profesional de enfermería-paciente a los problemas especiales del paciente que tiene un trastorno de la personalidad.
3. Aplicar el proceso de enfermería a pacientes con trastornos de la personalidad.

**PLAN ASISTENCIAL
DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:**
Paciente con trastorno límite
de la personalidad

**PROTOCOLO ASISTENCIAL
DE PENSAMIENTO CRÍTICO:**
Asistencia de un paciente con
deterioro de la comunicación

CASOS CLÍNICOS:
Trastorno paranoide
de la personalidad
Trastorno esquizoide
de la personalidad
Trastorno esquizotípico
de la personalidad
Trastorno antisocial
de la personalidad
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

Como recuerda del capítulo 3, la *personalidad* es la forma relativamente estable en la que una persona siente, piensa y se comporta. La personalidad incluye los rasgos y características psicosociales (no físicos) que hacen que una persona sea un individuo.

La personalidad comienza a desarrollarse durante la infancia, en parte en base al fondo genético, y también en respuesta a los retos y experiencias de la vida (De Clercq y De Fruyt, 2007). De acuerdo con estas diferencias individuales de la genética y los episodios vitales, las personas piensan, sienten y se comportan de diversas formas. Uno de los puntos fuertes de la raza humana es nuestra diversidad. Esos pensamientos, sentimientos y conductas se originan en la personalidad. Aunque el patrón global de la personalidad es exclusivo de cada persona, en las personas se observan suficientes similitudes como para hacer algunas generalizaciones.

Trastornos de la personalidad

Aunque la gama normal de conductas, sentimientos y pensamientos humanos es amplia, es posible que la personalidad esté fuera de la gama normal. Un trastorno de la personalidad es un patrón duradero de experiencia interna y conducta que tiene las siguientes características (American Psychiatric Association, 2000):

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

La personalidad de un individuo afecta significativamente a cómo responde este individuo a los episodios vitales, incluyendo la enfermedad. La respuesta que tiene un paciente a un trastorno mental se verá afectada también por la personalidad de ese paciente. La cultura del paciente también afecta a la conducta y la personalidad del paciente. El cuadro 10-1 ■ muestra la importancia de tener en consideración el fondo cultural de un paciente cuando se interpreta la conducta.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

No se considera que los trastornos de la personalidad sean lo mismo que los trastornos o enfermedades mentales. Los trastornos de la personalidad se codifican como alteraciones del eje II en el sistema de ejes del manual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2000). El eje I incluye los trastornos mentales graves como esquizofrenia, trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar.

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad exige una evaluación de los patrones de desempeño de funciones a largo plazo de la persona. Los patrones de la personalidad deben ser

CUADRO 10-1

CONSIDERACIONES CULTURALES

Personalidad y cultura

Cualquier juicio sobre la personalidad de un paciente debe tener en consideración el origen étnico, cultural y social de esa persona. Los inmigrantes de otras culturas tienen un riesgo especial de ser diagnosticados de trastornos de la función mental y de la personalidad cuando actúan o piensan de una forma que es aceptada en su cultura de origen pero no en su nuevo hogar. Por ejemplo, una inmigrante cubana dijo al profesional de enfermería que su padre muerto le hablaba y le decía que tuviera cuidado cuando hablara con extraños. En la cultura cubana, «hablar» con los muertos puede significar lo mismo que: «Esto es lo que mi padre hubiera querido que hiciera» en la cultura estadounidense de origen europeo. El profesional de enfermería puede ser más sensible desde el punto de vista cultural hacia esta paciente hablando con otras personas cubanas o aprendiendo más sobre la cultura de la paciente.

persistentes para que sean significativos. Para que esté presente un trastorno de la personalidad, los síntomas del individuo no deben estar producidos por un trastorno médico general ni por abuso de sustancias. Las características de la personalidad que se utilizan para el diagnóstico deben haber persistido desde que el individuo era adolescente o adulto joven. Finalmente, deben ser constantes en situaciones diferentes (American Psychiatric Association, 2000).

Actualmente se está investigando si hay signos tempranos de trastornos de la personalidad en niños. Se ha encontrado que los rasgos de la personalidad y las experiencias ambientales en la infancia parecen contribuir al desarrollo de los trastornos de la personalidad en la edad adulta. No hay correlación directa, aunque los niños que tienen trastornos de conducta tienen una probabilidad estadísticamente mayor de presentar trastorno antisocial de la personalidad de adultos. Los niños con conducta de automutilación y problemas con el control de los impulsos tienen mayor probabilidad de presentar trastorno límite de la personalidad. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad parece tener una base genética más evidente. Los adultos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad con frecuencia tienen antecedentes de comienzo de los síntomas en la infancia (De Clercq y De Fruyt, 2007).

La American Psychiatric Association (2000) describe 11 tipos de trastornos de la personalidad. Estos trastornos se encuadran en tres grupos por sus similitudes. Los grupos se basan en conductas observadas similares. Estos grupos incluyen los siguientes:

1. Raro y excéntrico
2. Dramático y emocional
3. Trastornos de la personalidad basados en la ansiedad y el miedo

La tabla 10-1 ■ muestra un resumen de las categorías.

TABLA 10-1	
Trastornos de la personalidad por grupo	
GRUPO	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD
A: Raro-excéntrico	Trastorno paranoide de la personalidad Trastorno esquizoide de la personalidad Trastorno esquizotípico de la personalidad
B: Dramático-emocional	Trastorno antisocial de la personalidad Trastorno límite de la personalidad Trastorno histriónico de la personalidad Trastorno narcisista de la personalidad
C: Ansioso-temeroso	Trastorno de la personalidad por evitación Trastorno de la personalidad por dependencia Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Fuente: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., Text Revision), copyright © 2000. American Psychiatric Association.

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

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS COMUNES

La *alteración de la sensación del propio yo* es un problema fundamental de los trastornos de la personalidad. La identificación del propio yo es una parte del desarrollo normal de la personalidad. Comienza en la lactancia, cuando el niño comienza a diferenciarse de la madre o del cuidador. La identidad incluye la capacidad de diferenciar el propio yo de los demás, la integración de los roles social y laboral, los valores y conductas elegidos, los roles de sexo, las creencias sobre la sexualidad y la intimidad, los objetivos y las creencias políticas y religiosas. El sentido de identidad con frecuencia no se forma adecuadamente en pacientes con trastornos de la personalidad. El sentido del propio yo, o identidad, es necesario para una conducta dirigida a unos objetivos y para satisfacer las relaciones interpersonales (Limandri y Boyd, 2005).

Los *patrones del pensamiento* están distorsionados en los trastornos de la personalidad. La capacidad del individuo de descodificar los estímulos y de interpretar los acontecimientos ambientales está alterada. Los patrones maladaptativos del pensamiento hacen que las personas interpreten erróneamente las

acciones de los demás. Estas interpretaciones erróneas dan lugar a respuestas maladaptativas por parte de la persona afectada.

Las *emociones* parecen estar afectadas por los trastornos de la personalidad, tanto en su intensidad como en sus características. Las personas afectadas por trastornos de la personalidad tienen una experiencia emocional atenuada o distorsionada. Tienden a tener más experiencias emocionales negativas. Está afectada su capacidad de desempeñar sus funciones en la vida diaria e incluso de aprender cosas.

La conducta es una parte de la personalidad. Primero, los trastornos de la personalidad producen *conducta impulsiva*. Estos trastornos parecen hacer que las personas tengan mayor dificultad para prever las consecuencias de sus acciones o para controlar sus impulsos a pesar de las consecuencias negativas.

Segundo, estos trastornos producen *inflexibilidad* de la conducta. Las personas afectadas tienden a ser rígidas. Son incapaces de cambiar su conducta habitual cuando las circunstancias indican que está indicado un cambio. Habitualmente las personas aprenden a modificar su conducta cuando prueban nuevas acciones y reciben refuerzo positivo con el nuevo abordaje. La inflexibilidad de los trastornos de la personalidad hace que los pacientes tengan dificultad para aprender nuevas formas de comportarse o de afrontar las situaciones.

Esta inflexibilidad atrapa al paciente en un **círculo vicioso de conducta** que es contraproducente. Son rígidos e inflexibles en las funciones de rol y en las interacciones personales. La inflexibilidad provoca apuros y problemas. Cuanto más inflexibles son, más problemas tienen. Cuantos más problemas tienen, más inflexibles son. Este círculo vicioso reduce las oportunidades de aprender y aliena a otras personas (Millon y Davis, 1999). La figura 10-1 ■ ilustra este círculo vicioso.

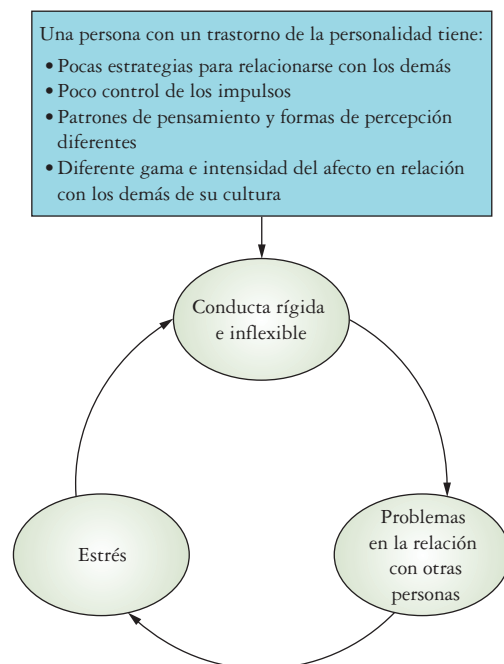


Figura 10-1. ■ Círculo vicioso de los trastornos de la personalidad.

Retos para los profesionales de enfermería

Los profesionales de enfermería con frecuencia se sienten frustrados cuando tienen que trabajar con pacientes con trastornos de la personalidad. Estos pacientes pueden ser manipuladores, inadecuados desde el punto de vista social, y difíciles. Cuando los profesionales de enfermería ven los patrones de conducta rígidos e inflexibles con frecuencia piensan que estos pacientes podrían cambiar y actuar adecuadamente si lo intentaran. Sin embargo, la personalidad representa un patrón *persistente* de pensamiento, emoción y conducta. Estos pacientes no tienen la capacidad de modificar su personalidad por completo. Estos pacientes necesitan toda la paciencia y la habilidad que puedan ofrecer los profesionales de enfermería. Recuerde que el objetivo del profesional de enfermería es prestar asistencia profesional, no ser amigo del paciente. Para tener éxito cuando trabajen con pacientes que tienen trastornos de la personalidad, los profesionales de enfermería deben adaptar la relación profesional de enfermería-paciente a los problemas especiales del paciente. Estas adaptaciones se analizan con más detalle en la sección de Asistencia de enfermería de este capítulo.

Trastornos de la personalidad del grupo A: raros-excéntricos

TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

El *trastorno paranoide de la personalidad* es un patrón de desconfianza y sospecha de que otras personas están actuando de forma maliciosa hacia el individuo afectado. Los pacientes con este trastorno asumen automáticamente que los demás les van a hacer daño o les van a engañar, aun cuando no haya datos que confirmen que esto es cierto. Basándose en una evidencia ima-



Figura 10-2. ■ El trastorno paranoide de la personalidad se asocia generalmente a sospecha automática sobre los motivos de los demás. Fuente: CORBIS-NY.

ginada, pueden pensar que las personas están conspirando contra ellos o que les pueden atacar sin motivo (la figura 10-2 ■ muestra a un varón con un afecto receloso). Pueden defenderse luchando cuando su víctima nunca les ha atacado primero. Los pacientes con trastorno paranoide de la personalidad con frecuencia imaginan mensajes amenazantes o despreciativos ocultos en comentarios o acciones inocentes. Tienen dificultad para perdonar y guardan rencor. Perciben que los demás atacan a su carácter o su reputación aun cuando no les parezca así a los demás (American Psychiatric Association, 2000).

La dificultad con las relaciones interpersonales es un dato fundamental de este trastorno. Las personas afectadas tienden a sospechar tanto de las intenciones maliciosas de los demás que no pueden formar relaciones satisfactorias mutuamente. Pueden formar relaciones en las que detentan el poder o el control. Evitan confiar en los demás debido a su sospecha persistente. El trastorno paranoide de la personalidad hace que las personas interpreten las acciones de los demás como engaño y traición. Desconfían especialmente de la lealtad o la confianza de un compañero o amigo (Millon y Davis, 1999).

Este trastorno da lugar a una naturaleza hostil y defensiva. Cuando la hostilidad del paciente genera una respuesta hostil en los demás, se confirma la sospecha de que los demás están contra la persona afectada (American Psychiatric Association, 2000).

Como este trastorno aparece en aproximadamente el 0,5-2,5% de la población general, y en el 10-30% de los pacientes ingresados en el contexto psiquiátrico (American Psychiatric Association, 2000), los profesionales de enfermería entran en contacto con pacientes con trastorno paranoide de la personalidad en diversos contextos.

Asistencia integral

Los trastornos de la personalidad son difíciles de tratar porque la personalidad es resistente al cambio. La terapia cognitivo-conductual es la psicoterapia más eficaz en pacientes con trastornos de la personalidad, aunque es necesario tiempo, compromiso e introspección por parte del paciente. Muchos pacientes con trastornos de la personalidad carecen de introspección para darse cuenta de que tienen un problema. No hay fármacos que afecten directamente a la personalidad. En ocasiones los fármacos son eficaces en el tratamiento de los síntomas de los trastornos de la personalidad. Los antidepresivos pueden ser útiles en las personalidades por evitación y límite. Los pacientes con los trastornos del grupo A pueden beneficiarse de los fármacos antipsicóticos si tienen psicosis (Nathan y Gorman, 2002).

Como la personalidad de una persona es una parte tan integral de su identidad individual, los profesionales de enfermería no pueden limitarse a identificar un problema, planificar una intervención y hacer cambios en la personalidad. Los profesionales de enfermería deben identificar resultados a corto plazo que sean realistas para pacientes con trastornos de la personalidad. Para un paciente afectado por trastorno paranoide de la

personalidad, estos resultados se deben relacionar con cambios pequeños de los patrones del pensamiento y la conducta, como interpretar de forma realista los acontecimientos, tomar los fármacos, tomar las comidas y colaborar con el tratamiento. El objetivo terapéutico a largo plazo en el paciente con trastorno paranoide de la personalidad es un aumento de la flexibilidad y la confianza. Este paciente pondrá a prueba al profesional de enfermería, que está acostumbrado a formar relaciones de confianza fácilmente con los pacientes. Está indicado un abordaje práctico y de tipo comercial con un paciente con paranoia.

Aunque los pacientes con paranoia con frecuencia parecen agresivos, sus sentimientos internos son con frecuencia miedo e inseguridad. Estos sentimientos generalmente responden a la tranquilización sobre la seguridad de la persona. Estos pacientes son muy conscientes de las relaciones de poder. Pueden responder mejor a la información directamente del médico y no del personal de enfermería.

CASO CLÍNICO

Considere el caso de Peter, que ingresó en el hospital general para cirugía abdominal. Estaba alerta y orientado. La cirujana habló brevemente con él la noche previa a la operación. En consecuencia, pensaba que a la cirujana le importaba tan poco su bienestar que podría matarle durante la operación. Dijo que los profesionales de enfermería tenían miedo de que pudiera entablar una demanda legal, así que podrían intentar darle los fármacos de otra persona para castigarle. *El personal de enfermería tiene dificultad para relacionarse con Peter porque es muy receloso. ¿Qué puede hacer el profesional de enfermería de Peter para que el personal le pueda prestar asistencia a la vez que reduce su nivel de estrés?*

TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

Los rasgos más importantes del trastorno esquizoide de la personalidad son un patrón persistente de desapego de las relaciones sociales y una gama restringida de expresión emocional (*afecto*). Las personas con este trastorno de la personalidad evitan las relaciones (fig. 10-3 ■). Parecen recibir poca satisfacción de formar parte de una familia o de un grupo. Prefieren estar solos e incluso eligen actividades que pueden realizar aislados de otras personas. Tienen poco interés en las relaciones sexuales y otras relaciones íntimas. No tienen amigos y parecen indiferentes a las opiniones de los demás. Los pacientes con trastorno esquizoide de la personalidad tienen una gama de emociones aplanada y reducida. Raras veces tienen emociones intensas como ira o alegría. Pueden confiar sólo en sus progenitores o hermanas y hermanos (American Psychiatric Association, 2000).

El trastorno esquizoide de la personalidad puede producir deterioro del desempeño de funciones laborales y sociales salvo que la persona afectada pueda encontrar un trabajo adecuado en el que trabaje sola. Los pacientes afectados encuentran placer en pocas actividades, o en ninguna.



Figura 10-3. ■ Los pacientes con trastorno esquizoide de la personalidad evitan las relaciones y el contacto con los demás. Fuente: Corbis/Bettmann.

Asistencia integral

Los pacientes con trastorno esquizoide de la personalidad tienen pocas emociones positivas y quieren aislarse de los demás. Los objetivos de la enfermería no pueden incluir de forma realista que el paciente sea activo desde el punto de vista social. Desde un punto de vista realista, estos pacientes necesitan suficiente contacto interpersonal para mantenerse orientados en relación con la realidad, pero no tanto que experimenten un estrés indeseado. Los objetivos del tratamiento se deberían centrar en encontrar actividades individuales que sean satisfactorias para el paciente.

CASO CLÍNICO

Considere el caso de Sid, que tiene trastorno esquizoide de la personalidad. Trabaja como auditor de inventarios en el turno de noche. Iba en autobús a trabajar cuando el autobús tuvo un accidente. Varias personas que iban en el autobús sufrieron lesiones graves. Sid sufrió una laceración en el brazo. En el servicio de urgencias parecía pasivo, no muy expresivo, y no devolvía las sonrisas ni las expresiones de preocupación de los profesionales de enfermería. Su hermano vino al servicio de urgencias para estar con él, y Sid parecía distante, incluso con él. *¿Qué podría hacer el profesional de enfermería para averiguar si Sid tiene un choque tan grave que no puede responder, o si su conducta forma parte de su personalidad?*

TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

Los pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad tienen un patrón constante de defectos interpersonales. Se sienten molestos y tienen reducción de la capacidad para establecer relaciones estrechas. También tienen distorsiones cognitivas (del pensamiento) o de la percepción, y una conducta

excéntrica. El defecto cognitivo puede incluir **ideas de referencia**, en las que los pacientes interpretan erróneamente que los acontecimientos diarios tienen un significado personal para ellos. Por ejemplo, la paciente puede pensar que su pensamiento de que las plantas estaban secas ha hecho que lloviera, o que la llegada del autobús exactamente en este momento se debe a que pensó en que venía. Las ideas de referencia no son tan graves como las ideas delirantes de referencia (que se han analizado en el contexto de la esquizofrenia en el capítulo 8). Las ideas delirantes son más fijas, a pesar de que es evidente que son falsas (American Psychiatric Association, 2000).

Los pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad pueden ser supersticiosos o pueden estar preocupados por actividad paranormal que queda fuera de las creencias de su cultura, como clarividencia, telepatía o lectura de la mente. Es probable que su pensamiento y su habla sean extraños. Pueden tener pensamientos recelosos o paranoides. Es probable que tengan afecto restringido o inadecuado. Se produce afecto *inadecuado* cuando el paciente tiene una respuesta emocional que no es adecuada desde el punto de vista cultural para la situación, como reírse cuando muere la mascota de alguien. También es probable que la conducta y el aspecto de las personas afectadas sean excéntricos o peculiares. El paciente que se muestra en la figura 10-4 ■ tiene un aspecto y una conducta excéntricos. Estos pacientes probablemente no tendrán amigos. Tienen una ansiedad social excesiva que no se resuelve a medida que las personas se familiarizan más. Su ansiedad social tiene mayor probabilidad de deberse a miedos paranoides que a ideas negativas sobre ellos mismos (American Psychiatric Association, 2000).

Asistencia integral

Al igual que otros pacientes con trastornos raros o excéntricos de la personalidad, los pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad habitualmente no solicitan tratamiento por el mismo. Si solicitan tratamiento, probablemente sea por los

síntomas asociados, como ansiedad y depresión, más que por el propio trastorno de la personalidad.

Cuando los pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad están sometidos a estrés pueden tener pensamiento delirante o alteraciones de la percepción. Los profesionales de enfermería deben reforzar la realidad para estos pacientes. No es útil discutir con un paciente sobre los pensamientos delirantes, que los pacientes piensan que son verdaderos a pesar de los datos sobre lo contrario. Es útil tener conversaciones breves y concretas (hablar sobre las experiencias actuales del paciente y no sobre ideas abstractas). Mantenga un abordaje práctico y de tipo comercial con todos los pacientes con las personalidades raras y excéntricas. Esto les ayuda a respetar a los profesionales sanitarios. Pueden pensar que los chistes o la informalidad son conductas de burla o poco fiables por parte del profesional de enfermería.

La conducta extraña de estos pacientes les puede aislar de los demás. La formación en habilidades sociales es una terapia útil. Esta terapia les puede ayudar a comportarse de formas más adecuadas desde el punto de vista social, lo que puede hacer que tengan mayor facilidad para interactuar en la comunidad.

CASO CLÍNICO

Considere el caso de Sylvia, que reside en un centro asistencial de cuidados crónicos después de haber tenido un ACV (accidente cerebrovascular). Sylvia nunca se relaciona con los demás residentes. Otros residentes parecen sospechar de ella y la evitan. Siempre ha actuado de forma extraña y ha tenido un aspecto excéntrico. Lleva collares en las orejas y lleva sus muchos pendientes como insignias en los jerséis. Con frecuencia acusa a los demás de robarle cosas y cree que puede decir quién está robando por el color de los ojos. Afirma: «Las mentiras en los ojos no se pueden ocultar». *¿Qué puede hacer el profesional de enfermería para ayudar a esta paciente a tener interacciones sociales más positivas y a sentirse más cómoda en el centro?*



Figura 10-4. ■ Los pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad pueden parecer excéntricos en su vestido y su conducta. Fuente: Photolibrary.

Trastornos de la personalidad del grupo B: dramáticos-emocionales

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

La característica esencial del *trastorno antisocial de la personalidad* es un patrón permanente de desconsideración y violación de los derechos de los demás. Para recibir este diagnóstico los pacientes deben tener al menos 18 años de edad. Deben haber tenido *trastorno de la conducta* en la infancia antes de los 15 años. El trastorno de la conducta incluye crueldad dirigida a personas o animales, mentiras o robo, destrucción de la propiedad y violaciones graves de las reglas (American Psychiatric Association, 2000).



Figura 10-5. ■ Los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad tienden a creer que las reglas y las leyes no se les aplican a ellos. Fuente: PhotoEdit Inc.

tion, 2000). Véase más información sobre el trastorno de conducta en el capítulo 13.

Los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad tienden a ignorar las expectativas de la sociedad quebrantando la ley (fig. 10-5 ■). De forma repetida cometen actos ilegales, independientemente de que sean o no arrestados. Por ejemplo, pueden destruir la propiedad de los demás, acusar a los demás, robar o participar en actividades ilegales (tráfico de drogas, peleas de perros, venta de objetos robados). Las personas con este trastorno son con frecuencia mentirosas. Manipulan a los demás por su ganancia personal o por su placer (por dinero, sexo y poder). Ignoran los derechos, sentimientos y seguridad de los demás. Mienten de forma repetida y pueden utilizar nombres falsos u otros métodos para engañar a los demás (American Psychiatric Association, 2000).

La impulsividad es una característica fundamental del trastorno antisocial de la personalidad. Los pacientes con este trastorno toman decisiones de forma súbita, sin planificación. No consideran cómo se verán afectados los demás, o ni siquiera cómo se verán afectados ellos mismos. Esto lleva a cambios frecuentes de trabajo, residencia y relaciones. Las personas con este trastorno tienden a ser agresivas e irritables. Pueden luchar de forma repetida o asaltar con frecuencia a los demás, incluyendo sus parejas y sus hijos. Las personas afectadas pueden ser amistosas y agradables hasta que están frustradas. Este trastorno produce desconsideración por su propia seguridad y la de los demás. Este aspecto del trastorno se puede ilustrar por conducción rápida y temeraria, consumo de sustancias o conducta sexual irresponsable (American Psychiatric Association, 2000).

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

Las personas con trastorno antisocial de la personalidad tienen pocos remordimientos por las consecuencias negativas de su conducta. Pueden creer que deben hacer todo lo que sea necesario para asegurarse de que los demás no les van a controlar. Estos pacientes con frecuencia culpan a sus víctimas de debilidad o estupidez, sin ninguna culpa ni pesar por su sufrimiento o su pérdida (American Psychiatric Association, 2000).

El trastorno antisocial de la personalidad afecta a los varones con más frecuencia que a las mujeres. Está afectado aproximadamente el 1% de las mujeres, mientras que el 3% de los varones tiene el trastorno. La diferencia en la prevalencia por sexos se puede deber al hecho de que los síntomas son diferentes en varones y mujeres. Los profesionales de enfermería encontrarán pacientes con este trastorno con mucha más frecuencia en el contexto de abuso de sustancias o en contextos forenses (legales), como las prisiones (American Psychiatric Association, 2000).

Asistencia integral

El objetivo prioritario a corto plazo es que no se produzcan daños para los demás. El paciente con trastorno antisocial de la personalidad puede ser manipulador y físicamente violento, por lo que se deben abordar primero estos problemas. Otros problemas incluyen manejo de la ira, habilidades y afrontamiento, conciencia creciente del propio yo (introspección) y aprender a ver un acontecimiento desde el punto de vista de otra persona. El mejor abordaje personal de un paciente con este trastorno es el más directo. Los profesionales de enfermería deben decir la verdad, de forma clara y concisa. El profesional de enfermería debe compartir sus percepciones sobre las consecuencias emocionales de la conducta del paciente para los demás.

Se deben comunicar al paciente las reglas del centro, y las debe seguir de forma constante todo el personal. Los pacientes antisociales son expertos en conseguir que el personal sienta lástima y rompa las reglas «sólo esta vez». El personal debe trabajar de forma conjunta para ayudar a este paciente a ver que las reglas también se le aplican a él igual que a todos los demás.

Las intervenciones de grupo pueden ser especialmente útiles en pacientes que padecen este trastorno. El grupo da la oportunidad de retroalimentación para el paciente sobre las percepciones de las demás personas. La empatía es el principal reto para el paciente afectado por el trastorno antisocial de la personalidad.

CASO CLÍNICO

Considere el caso de Andrew. Es un paciente de una unidad quirúrgica ortopédica. Ha tenido fracturas múltiples en un accidente de tráfico en el que conducía bajo los efectos del alcohol. En el accidente murió un peatón. Afirmó que la víctima no debería haber estado en el paso de cebra cuando pasaba él. Andrew dijo a la profesional de enfermería: «Usted es la mejor enfermera de este hospital. Esas otras enfermeras nunca me dan suficientes analgésicos. ¿Me puede dar un poquito más esta vez? Realmente lo necesito». Todos los profesionales de enfermería de la unidad están luchando con este paciente. Algunos de los profesionales de enfermería están enfadados con los demás por no atenderle lo suficiente. Otros están enfadados con el paciente por manipular al personal. *¿Cómo puede el profesional de enfermería de este paciente afrontar la asistencia de este difícil paciente que ha molestado a toda la unidad?*

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Un psicoanalista llamado Stern utilizó por primera vez el término *trastorno límite de la personalidad* en 1938. Estaba describiendo a pacientes que parecen estar en el límite entre la *neurosis* (un término antiguo para referirse a la ansiedad) y la psicosis.

Marsha Linehan es una importante teórica contemporánea sobre el trastorno límite de la personalidad. Ella y sus colaboradores piensan que el trastorno está producido por la interacción entre las influencias biológicas y las influencias del aprendizaje social (naturaleza y crianza). Su investigación se centra en los patrones de conducta del trastorno, que incluyen los siguientes (Linehan, 1993):

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

- **Competencia aparente.** Tiende a parecer que es más competente de lo que realmente es; puede no ser capaz de aplicar lo que ha aprendido en una situación a otras situaciones; puede no mostrar los datos no verbales de las primeras fases del sufrimiento emocional.

Los teóricos biosociales proponen que el trastorno límite de la personalidad se produce cuando una persona vulnerable interactúa con un entorno invalidante. Un entorno invalidante es aquel en el que se niegan los sentimientos y las emociones del individuo. Sus emociones son descartadas, no respetadas, trivializadas y castigadas constantemente por otras personas poderosas. El entorno invalidante es con frecuencia un entorno de maltrato. La invalidación última es el abuso sexual, que es una experiencia frecuente de las personas con este trastorno (Linehan, 1993; Zanarini, 2000).

Los teóricos biológicos proponen que los pacientes predispuestos al trastorno tienen una alteración de la regulación de los circuitos neurales que regulan la emoción. Los defectos de la capacidad de activar algunas partes de la corteza prefrontal pueden producir imposibilidad de suprimir la emoción negativa. La corteza prefrontal inhibe la actividad de la amígdala, que regula la emoción negativa, incluyendo el miedo y el alertamiento (Davidson, Jackson y Kalin, 2000).

Características clínicas

El trastorno límite de la personalidad incluye un patrón de impulsividad e inestabilidad en las relaciones personales, la autoimagen y las emociones. Estos síntomas comienzan al principio de la edad adulta y están presentes en diversos contextos de la vida de la persona afectada. Las personas afectadas tienen un intenso miedo al abandono. Hacen esfuerzos frenéticos para evitar el abandono por los demás, real o imaginado. Cuando el paciente percibe que se va a producir separación, rechazo o pérdida de la estructura externa, el paciente puede experimentar cambios súbitos y profundos de la autoimagen, las emociones, el pensamiento y la conducta. Las personas afectadas son muy sensibles a las circunstancias ambientales. El abandono por parte de los demás puede indicar a las personas con trastorno límite de la personalidad que son malas. Experimentan miedos intensos e ira inadecuada cuando se enfrentan a separaciones esperadas (como cuando un amigo se va de vacaciones, alguien llega tarde a una cita o su profesional de enfermería favorito tiene un día libre). No toleran estar solos. Los pacientes pueden incluso autolesionarse en un intento de prevenir el abandono (American Psychiatric Association, 2000).

Los pacientes afectados tienen un patrón de relaciones intensas e inestables. Pueden comenzar idealizando a un posible amigo o pareja, pasando mucho tiempo con ellos y confiando sus pensamientos más íntimos en fases tempranas de la relación. Podrían cambiar de forma rápida e inesperada a devaluar la persona, diciendo que el amigo o la pareja previamente «perfecta» no se preocupa o no da lo suficiente. Los pacientes con este trastorno pueden cultivar relaciones con los demás.

Sin embargo, esperan que los demás les apoyen y que estén ahí para satisfacer sus importantes necesidades, cuando lo precisen, en cualquier momento (American Psychiatric Association, 2000).

El trastorno límite de la personalidad también se caracteriza por inestabilidad de la autoimagen o del sentimiento del propio yo. Los objetivos vitales, los planes, los valores, la identidad sexual y los amigos pueden cambiar de forma súbita e impulsiva. La autoimagen de las personas afectadas se basa en el sentimiento de que son malas. También pueden tener la sensación de que no existen en absoluto, o de que no tienen sentimientos. Esto tiene mayor probabilidad de ocurrir cuando sienten una falta de apoyo. Los pacientes con este trastorno responden mejor a un entorno predecible y estructurado (American Psychiatric Association, 2000).

La impulsividad es otro dato fundamental del trastorno límite de la personalidad. El diagnóstico precisa impulsividad en al menos dos áreas que sean potencialmente contraproducentes (como juego, gastar dinero de forma irresponsable, atracones de comida, prácticas sexuales inseguras, abuso de sustancias o conducta autolesiva) (American Psychiatric Association, 2000).

Las autolesiones son un fenómeno frecuente en este trastorno. Se produce suicidio consumado en el 8-10% de las personas afectadas. Las autolesiones sin intención de suicidio (también denominadas conducta parasuicida), como cortarse, rascarse o quemarse a uno mismo (fig. 10-6 ■), se producen con mucha más frecuencia (Miller, 2006). El cuadro 10-2 ■ enumera los motivos que dan los propios pacientes para hacerse cortes.

La conducta autolesiva con frecuencia comienza cuando el paciente está preocupado por el abandono o el rechazo, cuando se espera que el paciente asuma más responsabilidad (como inmediatamente antes de la graduación o de una promoción en el trabajo). La conducta autolesiva puede producirse durante experiencias disociativas o de despersonalización. La *despersonalización* (disociación) es una alteración de la percepción del propio yo en la que el paciente se siente como si se estuviera



Figura 10-6. ■ Cortes autoinfligidos por una mujer joven con trastorno límite de la personalidad. Fuente: Photo Researchers, Inc.

CUADRO 10-2

Comprobación de la realidad sobre las autolesiones

Cuando se les pregunta por qué se han cortado a sí mismos, los pacientes con trastorno límite de la personalidad han dicho:

- «La tensión se acumula y se descontrola hasta que siento el dolor, y después se libera.»
- «Cuando no tengo sentimientos, cortarme o quemarme me hace sentir vivo.»
- «Otras personas pueden ver cuánto daño me hacen cuando estoy sangrando.»

mirando a sí mismo desde fuera de su cuerpo y no siente dolor por las lesiones. Algunos pacientes afirman que el dolor de los cortes o las quemaduras les reafirma que están vivos (American Psychiatric Association, 2000).

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad también tienen emociones inestables. El estado de ánimo es muy reactivo. Esto significa que tienen episodios intensos de estado de ánimo bajo, irritabilidad o ansiedad que duran sólo varias horas (o como mucho varios días) en reacción a diversos agentes estresantes. Su estado de ánimo bajo basal está interrumpido con frecuencia por episodios de ira, angustia o desesperación. Raras veces tienen períodos de bienestar de satisfacción. Estos pacientes con frecuencia expresan ira intensa o inadecuada, o tienen dificultad para controlar la ira. Pueden tener explosiones sarcásticas o amargas. Las explosiones de ira inadecuada con frecuencia son seguidas por vergüenza y culpa y contribuyen a los sentimientos de la persona afectada de que es mala o malvada. Durante los episodios de estrés extremo pueden tener episodios transitorios de paranoia o despersonalización (American Psychiatric Association, 2000).

El trastorno límite de la personalidad es mucho más frecuente en mujeres que en varones, de modo que las mujeres suponen el 75% de los casos. Se estima que está afectado el 2% de la población general y el 20% de los pacientes psiquiátricos ingresados. El trastorno límite de la personalidad es cinco veces más frecuente en los familiares en primer grado de los pacientes afectados que en la población general. También hay un aumento de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, el trastorno antisocial de la personalidad y los trastornos del estado de ánimo entre los familiares (American Psychiatric Association, 2000).

La evolución del trastorno límite de la personalidad con frecuencia supone el uso intenso de recursos sanitarios y de salud mental. El patrón más frecuente incluye inestabilidad crónica con incidencia elevada de intentos de suicidio al comienzo de la edad adulta, seguido por una disminución gradual de la gravedad del trastorno con la edad (American Psychiatric Association, 2000).

Asistencia integral

Aunque no hay fármacos para el trastorno límite de la personalidad de forma directa, con frecuencia se asocia a depresión. Cuando esto ocurre, se deben dar los fármacos adecuados para tratar la depresión.

La primera prioridad terapéutica en el tratamiento psicosocial es evitar las autolesiones. Otros aspectos del tratamiento son el estado de ánimo disfuncional y la conducta impulsiva. El tratamiento de este trastorno es crónico. Supone la participación de un equipo terapéutico de profesionales (profesionales de enfermería, psiquiatra, trabajador social, psicólogo, terapeuta) y el paciente, en un trabajo conjunto.

La *terapia conductual dialéctica* es una terapia cognitiva y conductual que se utiliza específicamente en el trastorno límite de la personalidad. Se ha mostrado que la terapia conductual dialéctica (TCD) reduce la conducta suicida, los ingresos hospitalarios y los abandonos del tratamiento, a la vez que mejora el desempeño de funciones interpersonales y el manejo de la ira. La teoría de la TCD comienza con una validación del entorno terapéutico. El tratamiento se centra en la educación del paciente y la priorización de los objetivos del tratamiento. Las técnicas terapéuticas incluyen análisis de la conducta, formación en habilidades y estímulo, y manejo de las respuestas a la conducta (Swenson, Sanderson, Dulit y Linehan, 2001).

CASO CLÍNICO

Considere el caso de Bárbara, una mujer estadounidense de origen europeo de 22 años de edad que ingresó en la unidad psiquiátrica de un hospital general después de un estallido de cólera en una cafetería. Se llamó a la policía y encontró que estaba gritando de forma incoherente. Tiene muchas cicatrices en el brazo izquierdo. En el hospital inicialmente estaba gritando y golpeando las paredes con los puños. En este momento está tranquila y afirma que no vale nada. Se odia a sí misma por haber hecho esa escena en la cafetería porque su amiga llegaba tarde y se habían confundido con su pedido.

Bárbara dijo al profesional de enfermería: «Me apetece hacerme cortes. Cuando la presión se acumula y es muy fuerte, sólo los cortes pueden hacer que se vayan estos sentimientos». *¿Qué puede decir el personal de enfermería para ayudar a Bárbara? ¿Qué puede hacer el profesional de enfermería para reducir el riesgo de que Bárbara se corte a sí misma mientras esté en el hospital o en su domicilio?*

TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

Los rasgos más importantes del *trastorno histriónico de la personalidad* son una emocionalidad excesiva y una conducta dirigida a llamar la atención. Los pacientes con trastorno histriónico de la personalidad deben ser el centro de atención. Cuando no lo son, se sienten incómodos o infelices. Con frecuencia harán una escena para llamar la atención sobre ellos mismos (American Psychiatric Association, 2000).



Figura 10-7. ■ Los pacientes con trastorno histriónico de la personalidad se pueden vestir de forma llamativa y tener emociones exageradas. Fuente: Photolibrary.com.

El aspecto de las personas afectadas es inadecuadamente provocativo desde un punto de vista sexual. Las personas afectadas con frecuencia se comportan de forma seductora en el contexto social, laboral y en otros. Su conducta seductora queda más allá de lo que es socialmente adecuado para el contexto. Su expresión emocional puede ser superficial y mudable. Las personas afectadas utilizan el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismas (fig. 10-7 ■). Gastan mucho tiempo, energía y dinero en ropas, joyas y acicalamiento. Los comentarios poco halagadores con frecuencia molestan a las personas con este trastorno (American Psychiatric Association, 2000).

El habla de estos pacientes carece de detalle y es excesivamente impresionista (da una impresión general sin datos que la sustenten). Los ejemplos de habla impresionista son: «Ese profesional de enfermería es la persona menos sensible del mundo», y «Mi perro es el mejor de su raza», sin un motivo para llegar a estas conclusiones. Las personas afectadas tienen opiniones sólidas y las expresan de forma dramática, aunque raras veces hay fundamento para esa opinión. Sus emociones se exageran de forma teatral. Pueden avergonzarse a sus amigos y conocidos al manifestar una conducta demasiado íntima, llorar de forma incontrolable por sentimientos mínimos o tener rabietas. Las emociones, aunque dramáticas, se activan e inactivan rápidamente y pueden parecer poco sinceras (American Psychiatric Association, 2000).

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

nan a sus amigos con sus demandas de atención. Pueden buscar impulsivamente la novedad y la excitación. Tienen poca tolerancia a la frustración o a la gratificación tardía (American Psychiatric Association, 2000).

Los estereotipos del rol de sexo pueden afectar a la forma en la que las personas expresan este trastorno. Por ejemplo, un varón con trastorno histriónico de la personalidad puede pasar mucho tiempo haciendo culturismo, comprar un coche deportivo que no se puede permitir y exagerar sus logros sexuales. Una mujer afectada puede vestir con ropas seductoras, exigir que sus amigos admiren su nueva ropa y exagerar cómo es de «querida amiga» una persona importante.

Asistencia integral

Los pacientes con este trastorno con frecuencia no solicitan asistencia de salud mental. Cuando lo hacen con frecuencia es porque han experimentado rechazo, desaprobación o un período sin relaciones satisfactorias. Estos pacientes con frecuencia han desarrollado un autoconcepto negativo. Pueden sentir que son incapaces de manejar con éxito su vida por sí solos. Buscan a otras personas que den plenitud a sus vidas y que les cuiden. El objetivo del tratamiento es que los pacientes comiencen a centrarse en sí mismos para la resolución de problemas, en lugar de esperar que los demás satisfagan todas sus necesidades (Limandri y Boyd, 2005).

CASO CLÍNICO

Considere el caso de Hester, una mujer estadounidense de origen europeo de 30 años de edad a la que se está atendiendo en la consulta de enfermedades de transmisión sexual por un caso de infección por *Chlamydia*. Está llorando en voz alta y dice al profesional de enfermería: «Esto es lo peor que me ha ocurrido. ¡No sé qué hacer! ¡Creo que debería llamar a mi querido amigo, el ministro de Sanidad!». El profesional de enfermería sabe que en la consulta se atiende a pacientes con infecciones por *Chlamydia* a diario y que se puede tratar con antibióticos. *¿Qué es lo mejor que puede hacer este profesional de enfermería para ayudar a Hester a afrontar esta situación estresante?*

TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

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



Figura 10-8. ■ Una mujer con trastorno narcisista de la personalidad se regodea con su reflejo en el espejo. Fuente: Getty Images Inc.-Stone Allstock.

den a infraestimar las capacidades de los demás (American Psychiatric Association, 2000).

Los pacientes con trastorno narcisista de la personalidad con frecuencia tienen fantasías de éxito ilimitado, poder, belleza o amor ideal y se comparan con personas famosas (fig. 10-8 ■). Las personas afectadas se ven a sí mismas como superiores a los demás y esperan que se les reconozca así. Prefieren asociarse con otras personas «especiales» como ellas mismas, y pueden pedir ver al cirujano jefe, el profesional de enfermería jefe o el peluquero jefe. Sólo lo mejor es suficientemente bueno. Los pacientes con este trastorno exigen una admiración excesiva y tienen la sensación de tener todos los derechos. Se sienten con derecho a un tratamiento especialmente favorable y al cumplimiento automático de sus deseos (American Psychiatric Association, 2000).

Las personas afectadas tienden a explotar a los demás y tienen poca empatía por los sentimientos de los demás. Asumen que los demás están preocupados por sus sentimientos y necesidades. Presentan frialdad emocional y ausencia de interés recíproco. El trastorno narcisista de la personalidad hace que los pacientes tengan conductas y actitudes arrogantes y engreídas. Estas personas con frecuencia envidian a los demás, o creen que los demás les envidian a ellos. Son rápidos para criticar, aunque odian ser criticados. Sus relaciones interpersonales con frecuencia están alteradas debido a su insensibilidad a los sentimientos de los demás, su necesidad de admiración constante y los problemas con su derecho a todo. Su desempeño de funciones como empleados puede estar alterado cuando son incapaces de asumir los riesgos debido al miedo a la humillación por el fracaso. Muchas personas con este trastorno también tienen depresión, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos relacionados con consumo de sustancias. El trastorno narcisista de la personalidad se produce en menos del 1% de la población general, y con más frecuencia en varones que en mujeres (American Psychiatric Association, 2000),

Asistencia integral

Sólo se ve a los pacientes con trastorno narcisista de la personalidad en el medio interhospitalario cuando ingresan por otro trastorno. Los profesionales de enfermería con frecuencia tienen dificultad para relacionarse con estos pacientes debido a sus escasas habilidades sociales y su arrogancia. Para trabajar con pacientes con trastornos de la personalidad, los profesionales de enfermería deben conocerse a sí mismos primero. Los profesionales de enfermería deben tener la introspección para saber qué tipo de conducta es estresante para ellos, para que puedan manejar su propio estrés sin devolvérselo al paciente. En estos pacientes es importante la comunicación directa, planteando unas expectativas claras sobre la conducta del paciente y unos límites claros y constantes. Los objetivos del tratamiento en este trastorno de la personalidad incluyen el desarrollo de habilidades de afrontamiento que incluya la resolución de problemas de forma independiente, sin explotar a los demás.

CASO CLÍNICO

Considere el caso de Nate. Nate es un varón estadounidense de origen europeo de 58 años de edad que ha ingresado en la unidad de reanimación posquirúrgica después de una gastrectomía parcial. Es exigente en relación con el personal. Se niega a permitir que el auxiliar de enfermería le tome la presión arterial, exigiendo que lo haga el cirujano o el supervisor de enfermería. Cuando su profesional de enfermería asignado llega para evaluar la herida quirúrgica, dice: «¡Traiga aquí al jefe de cirugía! Quiero que me atiendan los mejores, no gente como usted». *¿Qué puede decir el personal de enfermería a este paciente? ¿Cómo puede el profesional de enfermería comunicar los límites razonables a la conducta de este paciente?*

Trastornos de la personalidad del grupo C: ansiosos-temerosos

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN

Los pacientes con *trastorno de la personalidad por evitación* tienen un patrón permanente de timidez social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa. Como tienen miedo a la desaprobación o al rechazo, evitan las actividades laborales o escolares que suponen un contacto significativo con otras personas. Pueden rechazar ofertas de promoción laboral para evitar la posible crítica de los compañeros. Evitan hacer nuevos amigos salvo que estén seguros de ser aceptados sin críticas. Asumen que otras personas serán críticas y les desaprobán. Las personas afectadas quisieran tener relaciones sociales, pero dudan si participar en actividades sociales. Están preocupadas con los pensamientos de ser criticadas o

rechazadas. Se ven a sí mismos como ineptos desde el punto de vista social, poco atractivos o inferiores. Su autoestima es muy baja. Se limitan a sí mismos en las relaciones íntimas debido al miedo a la vergüenza o el ridículo. Habitualmente son reacios a realizar nuevas actividades debido a la posibilidad de verse avergonzados. Pueden tener unos modales temerosos y tensos (American Psychiatric Association, 2000).

Al contrario de otros trastornos de la personalidad, en los que las personas afectadas no tienen deseo de relacionarse con los demás, los pacientes con trastorno de la personalidad por evitación quieren tener contacto con otras personas pero se encuentran incapaces de asumir el riesgo de rechazo. Este trastorno se puede asociar a otros trastornos de la personalidad. Este trastorno afecta a mujeres y varones por igual. Aparece con una prevalencia estimada del 0,5-1% de la población general (American Psychiatric Association, 2000).

Asistencia integral

Los objetivos del tratamiento de los pacientes con este trastorno incluyen mejorar la autoestima, desarrollar una relación de confianza, desarrollar habilidades de afrontamiento adaptativas y mejorar las habilidades sociales. Los síntomas de algunos pacientes con trastorno de la personalidad por evitación se reducen cuando toman fármacos ansiolíticos y antidepresivos.

CASO CLÍNICO

Considere el caso de Andrea. Andrea es una mujer latina de 28 años de edad con trastorno de la personalidad por evitación. Nunca ha tenido novio, aunque tiene fantasías secretas sobre ser la novia de un músico de rock. Ha ingresado en el hospital general después de haber sufrido lesiones mientras montaba en bicicleta. El profesional de enfermería considera que Andrea tiene mucho dolor por el tipo de lesiones que tiene, pero Andrea nunca ha pedido analgésicos. De hecho, nunca ha pedido nada. *¿Cómo puede el profesional de enfermería valorar y evaluar el nivel de dolor de Andrea? ¿Cómo se puede conseguir que Andrea se sienta cómoda en el hospital?*

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

El *trastorno de la personalidad por dependencia* se caracteriza por la necesidad de ser atendido. Los pacientes con este trastorno tienen una conducta sumisa y pesada; temen la separación y el abandono. Tienen dificultad para tomar las decisiones cotidianas sin ayuda excesiva y consejo de los demás. Son pasivos y permiten que los demás asuman la responsabilidad de áreas importantes de sus vidas. Tienen dificultad para expresar desacuerdo debido al miedo a la pérdida de apoyo o de aprobación. Estos pacientes tienen dificultad para hacer cosas de forma independiente porque tienen muy poca confianza en sí mismos. Creen que los demás pueden hacer las cosas mejor que

ellos, por lo que no toman ninguna iniciativa y permiten que los demás inicien los proyectos (American Psychiatric Association, 2000).

Los pacientes afectados pueden temer tanto el abandono que actuarán como si fueran incompetentes y necesitaran ayuda simplemente para mantener el apoyo de los demás. Se someten a la voluntad de los demás, aun cuando las demandas no sean razonables. Hacen grandes sacrificios y se someten al maltrato, aun cuando dispongan de otras opciones. Cuando están solos, los pacientes afectados se sienten temerosos e indefensos porque se sienten incapaces de cuidarse a sí mismos (American Psychiatric Association, 2000).

Cuando finaliza una relación estrecha, una persona que tiene trastorno de la personalidad por dependencia puede buscar urgentemente otra relación para sustituir el cuidado que necesita de forma tan desesperada. Pueden unirse de forma rápida e indiscriminada a otra persona. El miedo a la necesidad de autocuidados y a la responsabilidad se puede convertir en una obsesión. Aun cuando no haya base para justificar estos miedos, tienen miedos excesivos e irreales al abandono. Estos pacientes tienen una perspectiva pesimista y tienden a minimizar sus propias capacidades y puntos fuertes. Su autoestima está determinada por las reacciones de los demás (American Psychiatric Association, 2000).

El trastorno puede afectar al desempeño de la función laboral de una persona si un trabajo precisa iniciativa o toma de decisiones. Los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia intentan evitar cargos en los que será necesaria la toma de decisiones. Su conducta social tiende a ser cálida y afectuosa. Las relaciones sociales habitualmente están limitadas a las pocas personas de las que depende el individuo (American Psychiatric Association, 2000).

Al igual que otros trastornos de la personalidad, es difícil diagnosticar el trastorno de la personalidad por dependencia en diferentes culturas. *El grado de conducta dependiente que se considera normal varía de unas edades y culturas a otras.* Por tanto, se deben tener en consideración las expectativas culturales del paciente cuando se interpreta su conducta. Una persona debe tener una conducta de dependencia claramente excesiva en relación con lo que se espera por su cultura para que se la diagnostique de este trastorno (American Psychiatric Association, 2000).

Asistencia integral

Este es uno de los trastornos más frecuentes que se ven en los centros de salud mental, aunque los pacientes habitualmente solicitan ayuda por otros síntomas (American Psychiatric Association, 2000). Los profesionales de enfermería probablemente entran en contacto con pacientes con trastorno de la personalidad por evitación en diferentes contextos asistenciales. Estos pacientes probablemente esperarán que el profesional de enfermería tome decisiones por ellos. El reto para el profesional de enfermería es apoyar al paciente para que tome sus propias decisiones, sin darle consejos sobre cómo actuar.

Los profesionales de enfermería con frecuencia tienen la oportunidad de reforzar la necesidad de una psicoterapia o un consejo a largo plazo. Esta es la forma más eficaz en la que los pacientes pueden modificar sus personalidades o aprender métodos adaptativos para afrontar las personalidades que tienen. El personal de enfermería debe determinar si un paciente tiene posibilidad de obtener psicoterapia en el medio ambulatorio cuando el paciente ingresa para recibir asistencia intrahospitalaria. Cuando los pacientes están en un contexto intrahospitalario (habitualmente por un problema distinto a su personalidad), los profesionales de enfermería les pueden animar a continuar la terapia después del alta. Los profesionales de enfermería también pueden consultar con médicos y trabajadores sociales sobre el equipo terapéutico en relación con la derivación de pacientes a terapeutas o a grupos de terapia cuando se les da de alta.

CASO CLÍNICO

Considere el caso de David. David es un varón estadounidense de origen nigeriano de 18 años de edad que ha ingresado en el hospital por peritonitis después de una apendicectomía por perforación apendicular. Acude a un terapeuta todas las semanas para trabajar sobre su trastorno de la personalidad por dependencia. El profesional de enfermería ha preguntado a David durante la realización de la historia de enfermería del ingreso si va al colegio o si trabaja. Afirma que su madre quiere que asista al Portland Community College para estudiar tecnología informática. Ha sido un paciente ideal: bebe, come y deambula cuando se le indica, aunque no tenga hambre o sed o tenga demasiado dolor para querer deambular. Se muestra ansioso cuando su madre se va del hospital para comprarle ropas escolares. David tiene un drenaje en la herida, y cuando vaya a su domicilio se debe realizar un sencillo cambio de la cura. Cuando el profesional de enfermería quiere enseñarle a hacer el cambio de cura, dice: «Lo hará mi madre. Enséñeselo a ella. Volverá en 15 minutos». *¿Cómo puede el profesional de enfermería fomentar la independencia de David?*

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD

El *trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad* se caracteriza por preocupación por el orden, perfeccionismo y el control mental y personal. Los pacientes afectados son tan ordenados y controladores que no pueden ser flexibles, abiertos ni eficientes. Los pacientes con este trastorno intentan mantener la sensación de control mediante una atención exagerada a las reglas, detalles triviales, listas y programas, hasta que se pierde el aspecto fundamental del proyecto. Se presta una atención extraordinaria al detalle y a las comprobaciones repetidas para detectar posibles errores. Los pacientes afectados olvidan el hecho de que otras personas encuentran que los retrasos que produce su conducta son perjudiciales. Esperan de sí mismos la perfección. Cuando esto no es posible, les produce un estrés

y una disfunción significativos. Pueden estar tan implicados en hacer que todos los detalles de un trabajo sean perfectos que nunca lo acaban. Están dedicados excesivamente al trabajo, hasta excluir por completo otras actividades como la familia, los amigos y la diversión. Si tienen aficiones, tratan la afición como si fuera un trabajo, con unos requisitos meticulosos y detallados. Si juegan, siempre siguen las reglas, y el juego se convierte en un trabajo o una lección (American Psychiatric Association, 2000).

Son excesivamente concienzudos e inflexibles en temas de moralidad. Cumplen reglas muy estrictas de desempeño de funciones y pueden obligar a los demás a hacerlo también. Los pacientes con este trastorno actúan en deferencia a la autoidentidad e insisten en seguir las reglas sin excepción por ningún motivo. Pueden criticarse a sí mismos sin piedad por sus propios errores (American Psychiatric Association, 2000).

Los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad pueden ser incapaces de tirar cosas que están gastadas o son inútiles, incluso cuando no tengan valor sentimental (fig. 10-9 ■). Son reacios a delegar tareas en los demás. Insisten en que todo se haga a su estilo, porque sólo ellos pueden hacer bien las cosas. De forma testaruda y poco razonable esperan que los demás hagan las cosas según sus instrucciones detalladas, y se sorprenden y se irritan con las alternativas creativas de los demás.

Los pacientes afectados pueden ser avaros. Pueden acaparar sus recursos por la actitud de que el gasto debe estar limitado para suplir las futuras emergencias. Pueden vivir muy por debajo de sus medios. Se les conoce por ser rígidos, indecisos y testarudos. Planifican por adelantado con un detalle meticuloso y no se plantearán la inclusión de cambios en sus planes. Es difícil que las personas con este trastorno tengan en consideración las perspectivas de los demás. Su expresión de la emoción está controlada de forma estricta y con frecuencia se sienten incómodos con personas que son expresivas emocionalmente (American Psychiatric Association, 2000).



Figura 10-9. ■ Un paciente con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad acumuló estas revistas. Cuando las estanterías se cayeron, quedó atrapado debajo de ellas. Fuente: The Image Works.

El acaparamiento de objetos como periódicos, revistas y latas de comida se puede asociar al trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Incluso la recogida de animales perdidos puede caer en esta categoría. Los pacientes con este síntoma compran bienes (como en la compra compulsiva) y después no pueden tirar ninguna de sus posesiones. Sus espacios vitales se ven comprometidos y no son utilizables debido a la acumulación de basura. Estos pacientes están sometidos a una ansiedad extraordinaria cuando se enfrentan a tener que tirar alguno de sus objetos. Los riesgos para la salud, como el riesgo de incendio y el riesgo para la salubridad, también pueden ser preocupantes (Bohrer y Haynes, 2005).

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se produce en aproximadamente el 1% de la población general y en el 3-10% de los pacientes de las consultas de salud mental. Se diagnostica con el doble de frecuencia en varones que en mujeres (American Psychiatric Association, 2000).

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad no es lo mismo que el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). El TOC se caracteriza por *obsesiones* (deseos incontrolables de seguir pensando en una idea o un sentimiento) y *compulsiones* (actos estereotipados y repetitivos para aliviar la ansiedad que son una respuesta a los pensamientos obsesivos) verdaderas. Otra diferencia es que los pacientes con TOC reconocen las limitaciones que les impone su trastorno, mientras que los pacientes con TOC no lo hacen, porque su conducta está muy engranada en su personalidad. Se puede ver más información sobre el TOC en el capítulo 11.

Asistencia integral

Como con los otros trastornos de la personalidad, la terapia a largo plazo es el único tratamiento eficaz del patrón persistente del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. A corto plazo los pacientes con el trastorno pueden solicitar ayuda médica por la ansiedad o por los síntomas relacionados. En estas situaciones limitadas en el tiempo se pueden prescribir ansiolíticos. El profesional de enfermería se debe centrar en cómo el trastorno afecta al paciente en áreas como afrontamiento, sueño, nutrición y relaciones interpersonales.

CASO CLÍNICO

Considere el caso de Óscar, un estadounidense de origen mexicano de 77 años de edad que tiene trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Óscar es residente de un centro de cuidados subagudos en el que se está recuperando de una artroplastia total de cadera (sustitución). Siempre que el profesional de enfermería deja suministros extra para las curas en la habitación, desaparecen. Óscar pide tazas adicionales para las medicinas y guarda platos de las bandejas de comida en su habitación. Se agita cuando le quitan algo. La limpiadora encontró muchos suministros hospitalarios en el armario y montones de ropa de hospital debajo de la cama. *¿Qué debe hacer el profesional de enfermería sobre esta conducta?*

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

El médico o el psiquiatra debe hacer el diagnóstico médico de un trastorno de la personalidad. La función del profesional de enfermería es ayudar a los pacientes a afrontar los efectos del trastorno. La personalidad se desarrolla a lo largo de años de aprendizaje para afrontar los retos de la vida. Por tanto, la propia personalidad del paciente es muy resistente al cambio. Como parte del plan terapéutico, los profesionales de enfermería animan a los pacientes a comenzar o mantener la psicoterapia (con un profesional de enfermería practicante, un psicólogo, un psiquiatra, un trabajador social clínico u otro terapeuta, de forma ambulatoria). Los profesionales de enfermería también evalúan las necesidades a corto plazo de los pacientes en relación con los trastornos de la personalidad. Estas necesidades se hacen evidentes cuando el profesional de enfermería valora la capacidad funcional, el estado mental y las relaciones interpersonales del paciente.

El profesional de enfermería con frecuencia obtiene información sobre la personalidad de los pacientes de otras

personas importantes. Como la personalidad está tan integrada en la identidad propia de la persona, los pacientes habitualmente no ven alteraciones en su propia personalidad. Sin embargo, los trastornos de la personalidad que se abordan en este capítulo son evidentes para los que están cerca del paciente. Un amigo o familiar puede ser de mucha ayuda para el profesional de enfermería para identificar cómo se comporta un paciente o cómo afronta los problemas en su hogar.

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

La tabla 10-2 ■ muestra los diagnósticos de enfermería frecuentes en pacientes con trastornos de la personalidad específicos, divididos por grupos.

Autocomprobación crítica. Mire los diagnósticos de enfermería que se presentan para los trastornos de la personalidad. ¿Ve patrones de problemas? ¿Algunos problemas son comunes a la mayoría de los trastornos?

TABLA 10-2

Diagnósticos de enfermería frecuentes en pacientes con trastornos de la personalidad

GRUPO A: TRASTORNOS RAROS-EXCÉNTRICOS	GRUPO B: TRASTORNOS DRAMÁTICOS-EMOCIONALES	GRUPO C: TRASTORNOS ANSIOSOS-TEMEROSOS
Trastorno paranoide de la personalidad ■ Afrontamiento defensivo ■ Alteración de los procesos del pensamiento ■ Deterioro de la interacción social	Trastorno antisocial de la personalidad ■ Riesgo de violencia dirigida a otros ■ Afrontamiento ineficaz ■ Incumplimiento del tratamiento (especificar) ■ Deterioro de la interacción social	Trastorno de la personalidad por evitación ■ Autoestima baja crónica ■ Aislamiento social ■ Afrontamiento ineficaz
Trastornos esquizoide y esquizotípico de la personalidad ■ Deterioro de la interacción social ■ Autoestima baja crónica ■ Alteración de los procesos del pensamiento	Trastorno límite de la personalidad ■ Riesgo de automutilación ■ Riesgo de violencia dirigida a otros ■ Afrontamiento ineficaz ■ Incumplimiento del tratamiento (especificar) ■ Autoestima baja crónica ■ Riesgo de suicidio ■ Aislamiento social	Trastorno de la personalidad por dependencia ■ Afrontamiento ineficaz ■ Autoestima baja crónica ■ Deterioro de la interacción social ■ Aislamiento social ■ Impotencia
	Trastorno histriónico de la personalidad ■ Afrontamiento ineficaz ■ Autoestima baja crónica ■ Deterioro de la interacción social	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad ■ Ansiedad ■ Deterioro de la interacción social ■ Afrontamiento ineficaz
	Trastorno narcisista de la personalidad ■ Deterioro de la interacción social ■ Afrontamiento ineficaz	

Después de cada una de las secciones sobre un trastorno de la personalidad había un caso clínico en el que se le pedía que considerara la situación de un paciente. Había preguntas sobre intervenciones de enfermería para problemas relacionados con los trastornos de la personalidad de los pacientes. En esta sección se abordan las preguntas de los casos clínicos. Aprenderá más de esta sección si piensa en las preguntas antes de leer las respuestas y los fundamentos. Las intervenciones que se proponen aquí se pueden utilizar en diversas situaciones, no sólo con los trastornos de la personalidad específicos que se presentan.

Trastorno paranoide de la personalidad

Nuestro primer caso es Peter, que tiene trastorno paranoide de la personalidad. Se le va a operar, y piensa que la cirujano podría matarle. Piensa que el profesional de enfermería podría intentar darle las medicinas de otro paciente. La pregunta es cómo el profesional de enfermería puede conseguir que el personal atienda a este paciente a la vez que reduce su nivel de estrés.

- Recuerde que los pacientes con personalidad paranoide son muy conscientes de quién tiene el poder. *El profesional de enfermería puede tener que pedir a la cirujano que tranquilice a este paciente de que le atenderá bien.*
- No ignore la sospecha del paciente sobre los fármacos, pero no dé demasiada importancia a los miedos del paciente. Si el paciente solicita una confirmación complicada de que los fármacos son suyos, el personal de enfermería debe tranquilizarle con respeto y brevedad de que son los fármacos correctos, pero no debe realizar ningún plan innecesario y elaborado. *Sus sospechas sobre los fármacos son frecuentes en pacientes con el trastorno. Puede ser suficiente decir al paciente de forma confiada que el personal de enfermería ha comprobado personalmente sus fármacos y que son exactos. El profesional de enfermería podría llevarle los fármacos todavía envueltos en los contenedores de las dosis individuales para tranquilizar al paciente de que son sus medicinas. Cuando el motivo de la sospecha de un paciente es la paranoia, la demostración excesiva y elaborada (llevar la historia del paciente con todos los fármacos, llamar al farmacéutico, etc.) no supone realmente ninguna ayuda.*
- Aborde a este paciente con una actitud práctica y profesional. *El paciente no responderá a un abordaje amistoso por parte del personal de enfermería, e incluso puede ver la simpatía como debilidad.*
- Tranquilice al paciente de que estará seguro y de que el personal intenta por todos los medios ofrecerle una asistencia exacta y de calidad. *La confianza del profesional de enfermería puede tranquilizar al paciente. Los pacientes con paranoia parecen ser agresivos, aunque sus sentimientos con frecuencia son miedo e inseguridad.*

Trastorno esquizoide de la personalidad

Nuestro paciente de este caso es Sid, que tiene trastorno esquizoide de la personalidad. Está en el servicio de urgencias des-

pués de un accidente de autobús y el profesional de enfermería se pregunta por qué tiene un afecto tan plano. ¿Está en estado de choque, o siempre es así?

- Cuando sea posible, obtenga la ayuda de la familia para conocer al paciente. *Es poco probable que Sid tenga suficiente introspección sobre su propia personalidad para explicar al profesional de enfermería por qué no expresa emociones. Su hermano, que está en el servicio de urgencias con él, probablemente sea la mejor fuente de información sobre su conducta habitual. Cuando el hermano dice al profesional de enfermería que Sid siempre ha sido así, el profesional de enfermería puede estar seguro de que su afecto no se debe a la situación aguda, sino a su personalidad.*
- Pregunte al paciente si quiere ayuda con los problemas relacionados con el trastorno de la personalidad. *Sid está en el hospital por un corte en el brazo, no para el tratamiento de la personalidad. El profesional de enfermería debe preguntar si quiere ayuda con los otros problemas; en caso positivo, se puede realizar una derivación. En caso negativo, se puede dar de alta cuando se haya tratado la laceración.*

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Sylvia vive en un centro de cuidados crónicos y tiene trastorno esquizotípico de la personalidad. Tiene algunas conductas excéntricas que no la molestan, aunque los demás residentes la evitan. Piensa que le están robando las cosas y que puede encontrar a los ladrones mirándoles a los ojos. La pregunta es: «¿Qué puede hacer el profesional de enfermería para ayudar a esta paciente a socializarse más y a sentirse más cómoda en el centro?».

- Dé a Sylvia oportunidades con bajo nivel de estrés para estar con otras personas, como comer en una mesa con los demás a la hora de la comida. *Esta paciente realmente no quiere socializar con otras personas, aunque el profesional de enfermería sabe que cierto contacto con otras personas es importante para la salud mental. Sería poco realista que el profesional de enfermería esperara que Sylvia alternara mucho con otros residentes; esto no está en su naturaleza.*
- Ofrezca cierta formación en habilidades sociales, como preguntarle si quiere llevar los collares alrededor del cuello en lugar de encima de las orejas. *Si se viste y se comporta de formas aceptables para los demás residentes, puede que la acepten mejor. Sin embargo, el profesional de enfermería no debe llevar demasiado lejos la idea de conformidad. (Los pacientes tienen derecho a expresarse como quieran.) Este concepto se utiliza mejor cuando el aspecto de un paciente es aterrador o desagradable para los demás y el paciente quiere interactuar más con la gente.*
- Averigüe si realmente le están robando a la paciente. (Simplemente porque siempre tenga sospechas no significa que sus sospechas siempre estén infundadas.) Si es una distorsión del pensamiento, asegúrele que no se ha producido ningún robo. Un ejemplo de un comentario útil del profesional de enfermería podría ser: «Mire, Sylvia, aquí está

CUADRO 10-3

Afirmaciones correctoras para los pensamientos distorsionados

Pensamiento distorsionado: «Esto es lo peor que ha ocurrido nunca».

Afirmación correctora: «Cierto, es una cosa mala, pero no es lo peor que ha ocurrido nunca». *(Dar perspectiva permite que el paciente vea la situación real de este episodio estresante en su relación con las prioridades vitales.)*

Pensamiento distorsionado: «NUNCA podría hacer algo como lo que me está proponiendo».

Afirmación correctora: «Ya ha hecho antes cosas como esta, como...». *(Dar ejemplos hace que la generalización implícita se específica.)*

Pensamiento distorsionado: «Si no le hubiera hecho enfadar, no me habría pegado».

Afirmación correctora: «Es un adulto y es responsable de su propia conducta. Usted es responsable de su conducta, no de la de él». *(Presentar la realidad madura de la situación ayuda al paciente a verlo desde otro punto de vista.)*

Pensamiento distorsionado: «Me ha dejado mi novio. Esto me matará. No puedo seguir».

Afirmación correctora: «Ya ha sobrevivido antes a desengaños. Es suficientemente fuerte para superar esto. Vamos a hablar sobre sus sentimientos». *(Permitir que el paciente discuta y examine sus sentimientos aumenta la introspección y fomenta la capacidad de aprender de las experiencias previas y de aplicar el conocimiento actual a situaciones futuras.)*

Pensamiento distorsionado: «Nadie me comprende».

Afirmación correctora: «Vamos a hablar sobre sus sentimientos, para que pueda entenderle». *(La propuesta de un abordaje para la resolución de problemas favorece el afrontamiento adaptativo.)*

su tiara de diamantes, nadie se la ha llevado». *Un ejemplo de un comentario no tan útil por parte del personal de enfermería sería: «Sylvia, sospecha demasiado. Nadie le está robando las cosas».*

- Intente algunas afirmaciones correctoras. El cuadro 10-3 ■ ofrece ejemplos de cómo ajustar las observaciones infundadas hacia un pensamiento más realista.

Trastorno antisocial de la personalidad

Andrew tiene trastorno antisocial de la personalidad. Se ha visto implicado en un accidente de tráfico en el que mató a un peatón. Tiene múltiples fracturas y se le ha prescrito un analgésico a demanda. Los profesionales de enfermería están molestos y enfadados entre ellos. Algunos simpatizan con él y piensan que precisa apoyo; otros piensan que está manipulando al personal. ¿Qué debe hacer el profesional de enfermería?

Esta situación (en la que el paciente tiene a los miembros del personal molestos y enfadados unos con otros) es más frecuente de lo que usted piensa. El cuadro 10-4 ■ ofrece algunas ideas sobre cómo responder cuando el paciente intenta indisponer a los miembros del personal entre sí.

- Conozca sus propias actitudes y compórtese de forma profesional. *A veces puede ser frustrante trabajar con personas con trastornos de la personalidad. Cuando los profesionales de enfermería se dan cuenta de que la conducta del paciente se relaciona con un trastorno de la personalidad, y no es un intento intencional de molestar al personal, es más fácil que el profesional de enfermería sea objetivo.*
- En la historia reseñe observaciones específicas y objetivas y evite comentarios críticos. Esta nota es clara: «El paciente ha dicho: “Soy el rey del mundo y ustedes están todos despedidos. Son un hatajo de vagos”». Esta nota no es clara: «El paciente ha insultado al personal de forma grosera». *La historia de este paciente se puede utilizar en un juicio porque ha vulnerado la ley antes de su ingreso en el hospital. En ocasiones las valoraciones y comentarios que realizan los profesionales de enfermería en las historias se utilizan para ayudar al tribunal a decidir si un paciente es legalmente competente para ser juzgado. Las historias también se pueden utilizar para documentar la calidad de la asistencia de un paciente.*

Trastorno límite de la personalidad

Bárbara es una mujer de 22 años de edad con trastorno límite de la personalidad. Ha tenido una reacción excesiva a una frustración pequeña. La policía la ha llevado al hospital psiquiátrico. Tiene cicatrices en el brazo izquierdo por autolesiones. Dice al profesional de enfermería que le apetece cortarse para liberar la presión que siente. ¿Qué puede hacer el profesional de enfermería para reducir el riesgo de que se realice cortes ahora y cuando vaya a su domicilio?

- Pregunte a la paciente cómo se ha hecho las cicatrices. *Probablemente diga que las tiene porque se cortó a sí misma. Las tiene en el brazo izquierdo, y probablemente sea diestra. Esto indica que con frecuencia utiliza la automutilación como mecanismo de afrontamiento.*
- Ayude a la paciente a identificar los datos internos tempranos de angustia (como palpitaciones, sensación de intranquilidad, nerviosismo) (Linehan, 1993). *La identificación precoz de los síntomas de angustia puede dar al paciente tiempo para responder de forma adaptativa.*
- Escriba en una tarjeta los síntomas de angustia que ha referido la paciente, y entréguesela a la paciente (o la propia paciente puede escribir la lista en una tarjeta). *La paciente puede consultar posteriormente la tarjeta en un momento de angustia.*
- Enseñe a la paciente habilidades para tolerar los episodios estresantes. Recomiéndele que:
 - Realice actividades para distraerse del estrés
 - Ayude a los demás, con actividades de voluntariado o visitando a un vecino enfermo
 - Se compare a sí misma con personas menos afortunadas
 - Intente sentir emociones opuestas a las que experimenta

CUADRO 10-4 LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA**Cómo impedir que los pacientes con trastorno de la personalidad molesten a la unidad**

- ✓ Deje claras las reglas de la unidad. *Los pacientes con algunos trastornos de la personalidad (como antisocial, límite, histriónico y narcisista) pueden no tener habilidades sociales y de afrontamiento adaptativas. Pueden tener práctica en la manipulación de las personas a cargo para que hagan una excepción de las reglas con ellos. Pueden no creer que las reglas sean para ellos.*

Ejemplo: La política de la unidad es que se apague la televisión a las 10 de la noche. Un paciente quiere ver la televisión hasta las 3 de la mañana, «sólo esta vez».

- ✓ Cumpla de forma constante las reglas. Esto significa todo el mundo. *Cuando el personal responde de forma inconstante al paciente manipulador, el paciente tiene la oportunidad de enfrenar entre sí a los miembros del personal.*

Ejemplo: Un paciente preguntó a una profesional de enfermería si le podía dar el analgésico un poco antes. La profesional de enfermería se lo dio 30 minutos antes de la hora programada. Pidió a la siguiente profesional de enfermería que hiciera lo mismo, pero ella se negó. El paciente dijo a la primera profesional de enfermería que ella era su favorita y la única que quería atenderle, no la tacaña enfermera que no le había ayudado con su dolor. Ahora el paciente quiere que la profesional de enfermería le dé «una medicina adicional, sólo esta vez, realmente lo necesita». Algunos de los profesionales de enfermería se compadecen del aparente dolor del paciente, y otros piensan que es manipulador y está molestando a toda la unidad.

- ✓ Cuando un paciente hace que el personal se sienta molesto, convoque una reunión. *En la situación anterior, algunos profesionales de enfermería piensan una cosa, otros piensan otra y puede haber otros que desconozcan que hay una controversia. El paciente recibe un tratamiento diferente en todos los turnos. El paciente se centra en manipular al personal, y el personal se centra en controlar la conducta del paciente. Cuando todo el mundo trabaja de forma conjunta y recibe la misma información (incluyendo al paciente), se está prestando la mejor asistencia al paciente.*

Ejemplo: Un abordaje sistemático a la situación incluiría una valoración del problema del paciente (dolor) con una prescripción

adecuada por parte del médico, un régimen posológico de administración continua en lugar de dosis a demanda para que el paciente no tenga que pedir fármacos (ya se le darán automáticamente), el cumplimiento del régimen terapéutico por todos los profesionales de enfermería de la misma forma, y retroalimentación por parte del paciente sobre cómo se está tratando el dolor.

- ✓ Incluya al paciente en la resolución de problemas. *Cuando la conducta de un paciente sea problemática, el paciente tiene la oportunidad de aprender a cambiar para tener una conducta más adaptativa sólo si se le incluye en las discusiones de las estrategias para la resolución de problemas. Los pacientes con trastornos de la personalidad se pueden beneficiar de una discusión sobre cómo su conducta afecta a los demás, porque con frecuencia no comprenden sus perspectivas.*

Ejemplo: Un paciente pide a todos los miembros del personal que le den café. Está tomando 20 tazas de café al día. Su personal de enfermería se da cuenta de esto y dice al resto del personal que limiten el café. El paciente sigue pidiéndolo; en ocasiones recibe café, y otras no. Pide café 50 veces al día. Cuando se incluye al paciente en la discusión y se le dice que se le darán tres tazas de café normal y tres tazas de café descafeinado al día, y que puede elegir cuándo las toma, el paciente limita sus peticiones a las veces propuestas.

- ✓ Recuerde quién es el paciente y quién es el profesional. *Es fácil reaccionar emocionalmente cuando los pacientes actúan de forma inadecuada o hacen comentarios personales. Cuando los pacientes halagan o insultan a los profesionales de enfermería, es difícil no responder de forma personal, aunque es fundamental que los profesionales de enfermería respondan a los pacientes de forma profesional. El objetivo no es entablar una amistad con el paciente, sino realizar una asistencia profesional del paciente. La conducta maladaptativa del paciente es una oportunidad para el aprendizaje.*

Ejemplo: Un paciente afirmó: «No quiero que ese gordo sea mi enfermero. Quiero a mi enfermera favorita». Una buena respuesta del personal de enfermería es: «Su profesional de enfermería es Jack. Cuando usted habla así, hiere los sentimientos de las personas. ¿Cómo podría pedir lo que quiere de una forma más agradable?».

Se aleje durante un tiempo de la situación

Tenga pensamientos diferentes a los que tiene actualmente

Viva sensaciones intensas, como sujetar hielo en la mano

- Escriba las habilidades de afrontamiento en el dorso de la tarjeta de síntomas, para que la paciente las tenga disponibles en todo cuando se produzca una situación estresante. *La paciente debe identificar cuándo están empezando los síntomas indicativos de sufrimiento. Después la paciente debe utilizar las habilidades de afrontamiento que van con el mnemónico La mente sabia ACEPTA.*

Linehan (1993) también propuso el ejercicio de los cinco sentidos para ayudar a encontrar formas más duraderas y adap-

tativas para sentirse mejor a los pacientes que han utilizado las autolesiones para el afrontamiento. El ejercicio de los cinco sentidos es el siguiente:

1. **Visión** (p. ej., salir a mirar las estrellas o las flores, o las hojas de otoño)
2. **Oído** (p. ej., oír música hermosa o tonificante, o los sonidos de la naturaleza o de la ciudad)
3. **Olfato** (p. ej., encender una vela aromática, hervir un palo de canela en agua)
4. **Gusto** (p. ej., tomar una bebida no alcohólica caliente y reconfortante)
5. **Tacto** (p. ej., darse un baño caliente con burbujas, acariciar al perro o al gato, recibir un masaje)

- Diga a todos los pacientes que tengan pensamientos en relación con automutilación, autolesiones o suicidio que se lo notifiquen al personal si les apetece lesionarse a sí mismos mientras están en el hospital. Un acuerdo de notificar al personal los pensamientos sobre las autolesiones se denomina «contrato sin autolesiones». Algunos profesionales de enfermería escriben un acuerdo para que lo firme el paciente, que dice: «Prometo que si me apetece herirme a mí mismo se lo diré al personal antes de hacerlo». *La idea es que el paciente está afirmando que mantiene el control de su propia conducta y no intentará herirse a sí mismo. Cuando el paciente habla al profesional de enfermería de sus sentimientos, el profesional de enfermería comenzará animando al paciente a que hable sobre los sentimientos que le han llevado al pensamiento de autolesionarse y a examinar dichos sentimientos. Después se deben analizar alternativas a las autolesiones. Después de haber hablado, si el paciente sigue queriendo autolesionarse, el profesional de enfermería debe consultar con el equipo terapéutico. Pueden estar indicados fármacos ansiolíticos u otras intervenciones.*

Trastorno histriónico de la personalidad

Hester tiene trastorno histriónico de la personalidad. Piensa que tener una enfermedad de transmisión sexual es «lo peor que me ha ocurrido nunca». La pregunta se refiere a cómo puede el profesional de enfermería ayudar a Hester a afrontar esta situación estresante.

Es cierto que tener una ETS no es bueno, pero no es realmente lo peor que haya ocurrido *nunca*. Se trata de una distorsión del pensamiento, que es un fenómeno frecuente en este trastorno. Las personas tienden a exagerar la gravedad de sus problemas y la grandiosidad de sus triunfos. Tienden a tomar un grano de verdad y utilizarlo para pintar todo un cuadro que no se basa en la realidad.

- Vea en el cuadro 10-3 ejemplos de cómo presentar un problema bajo una luz más realista.

Trastorno narcisista de la personalidad

Nuestro paciente en este caso es Nate, que tiene trastorno narcisista de la personalidad. Ha ingresado después de una operación y piensa que el mundo gira a su alrededor. Está planteando muchas exigencias poco razonables de tratamiento especial (un rasgo de su trastorno). Exige que sólo le tome la tensión el supervisor de enfermería o el cirujano, y quiere que el jefe de cirugía realice la asistencia de enfermería. ¿Cómo puede el profesional de enfermería establecer de forma respetuosa los límites adecuados para este paciente?

Nate tiene una distorsión del pensamiento. Piensa que es el paciente más importante y que el hospital debe cambiar para atenderle a él. Sería bueno que Nate comprendiera que, aunque es importante, todos los pacientes son importantes. El jefe de cirugía y el supervisor de enfermería tienen sus propias responsabilidades, que no incluyen realizar su asistencia de enfer-

mería. El jefe de cirugía probablemente no sabía cómo realizar la asistencia de enfermería, de cualquier modo.

- De una forma práctica y profesional, el profesional de enfermería debe decir a Nate que el auxiliar de enfermería es quien toma la presión arterial en este hospital. Es la persona que tiene más experiencia en ese trabajo y obtiene una medición exacta. Ruth, la enfermera, le atenderá y, si tiene alguna duda, Ruth estará feliz de responderle. El cirujano le visitará una vez al día durante aproximadamente 10 minutos. Si tiene alguna pregunta para el cirujano, la puede plantear en ese momento. *Esta comunicación es clara, profesional, atenta y contiene la información que necesita el paciente. Una actitud claramente amistosa con este paciente podría ser interpretada por el paciente como debilidad. El paciente necesita un abordaje confiado para que confíe en que el profesional de enfermería tiene autoridad para definir qué se debe hacer.*
- Repita el mensaje con tranquilidad si es necesario. No tome como algo personal la crítica de este paciente. *El profesional de enfermería está estableciendo límites razonables. La atención de todos los caprichos de este paciente sería más que un trabajo a jornada completa. La función del profesional de enfermería es prestar asistencia profesional a este paciente y a todos los demás pacientes, no ser su amigo.* Su crítica se relaciona con su trastorno, no con la competencia del profesional de enfermería.

Trastorno de la personalidad por evitación

Nuestro paciente en este caso es Andrea, que tiene trastorno de la personalidad por evitación. Se ha lesionado en un accidente de bicicleta y tiene dolor. Nunca pide analgésicos ni nada más. ¿Cómo puede el profesional de enfermería valorar el dolor de esta paciente y hacer que se sienta cómoda?

- Establezca una relación de confianza. Cuando sea posible, se debe asignar a esta paciente siempre el mismo profesional de enfermería. *Andrea tiene una autoestima tan baja que no puede pedir al profesional de enfermería que la ayude. Cuando confíe en el profesional de enfermería tendrá mayor probabilidad de expresar sus sentimientos y necesidades de forma abierta.*
- Ofrezca medicación a esta paciente con frecuencia si parece que tiene dolor. *El tratamiento del dolor es una prioridad crítica.*
- Ayude a la paciente a practicar pedir lo que necesita, dándole refuerzo positivo cuando pida algo. Corrija a la paciente cuando diga que no merece ayuda. *Esta paciente se podría beneficiar de una discusión de su distorsión del pensamiento (que no merece ayuda). La práctica de una nueva conducta (pedir ayuda) puede animar a la paciente a continuar esta conducta.*

Trastorno de la personalidad por dependencia

David es el paciente ideal. Tenga en cuenta esto. Tiene trastorno de la personalidad por dependencia y espera que los demás tomen todas las decisiones por él. Tiene previsto dejar que su

madre decida qué trabajo va a hacer y qué va a llevar a clase. Siempre hace lo que le pide el profesional de enfermería sin preguntar. Se le debe cambiar la cura a diario en su domicilio y quiere que lo haga su madre. ¿Cómo puede el profesional de enfermería fomentar su independencia?

- Comience proponiendo al paciente, sin que esté presente su madre, que sería adecuado que él mismo hiciera el cambio de la cura. Incluso se le podría dar tiempo para que lo pensara. Si está de acuerdo, el profesional de enfermería le podría enseñar a hacerlo utilizando el proceso de educación en tres pasos: el profesional de enfermería demuestra, el profesional de enfermería ayuda al paciente a hacerlo, y el paciente lo hace solo. *Esta es una gran oportunidad para que el paciente se desarrolle.*
- Si es necesario, enseñe a la madre a hacer el cambio de cura. *La prioridad es que se cambie la cura. Aunque el profesional de enfermería quiere que este paciente modifique su conducta dependiente, los pacientes sólo modifican su conducta cuando ELLOS mismos quieren hacerlo.*

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Nuestro último paciente es Óscar, que tiene un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Se le ha realizado una sustitución total de cadera, y a pesar de todo sigue en su habitación vigilando sus montones de cosas. ¿Qué debe hacer el profesional de enfermería en relación con esta conducta?

- Asegúrese de que Óscar tenga toda la información que necesite para deambular de forma segura. *Seguirá las reglas si las comprende.*
- Ofrézcale fármacos para mantener controlado el dolor. *Con frecuencia es difícil que los pacientes se levanten de la cama después de una operación para deambular y moverse para reducir el riesgo de trombosis venosa profunda, neumonía y alteración de la integridad cutánea. Óscar está levantado y reduciendo los posibles riesgos asociados a la inmovilidad, pero es probable que tenga dolor.*
- Diga a Óscar que la limpiadora debe limpiar el suelo, y que la acumulación de ropa de cama debajo de la cama puede asociarse a riesgo de incendio y de infección. Los platos sucios también pueden plantear riesgo de infección. *El personal de enfermería debe intentar llegar a una solución de compromiso en la medida de lo posible, aunque la seguridad es prioritaria. Se debe decir al paciente de forma suave pero autoritaria que se deben eliminar los posibles focos de riesgo. Se debe insistir en que el motivo es la seguridad. Si el paciente está muy estresado por el proceso, podría preferir esperar fuera de la habitación mientras se retiran los objetos. El personal de enfermería podría encontrar una solución de compromiso, como permitirle que conserve las tazas adicionales de los medicamentos o galletas envasadas.*
- Dele al paciente opciones sobre su asistencia en la medida de lo posible. *Las opciones, como las que se relacionan con las actividades diarias (cuándo bañarse, la elección de las comidas,*

cuándo deambular, dónde poner los objetos a la cabecera de la cama, etc.) pueden ayudar al paciente a tener la sensación de control. La sensación de control puede reducir la ansiedad. Si se siente mejor teniendo un suministro de materiales de cura en el armario, el profesional de enfermería podría utilizarlos en lugar de los que tiene el hospital (originalmente vinieron del almacén del hospital).

EVALUACIÓN

Los resultados deseados en los pacientes con trastornos de la personalidad se relacionan con la resolución de los efectos que tienen estos trastornos sobre los pacientes. Los profesionales de enfermería deben intervenir de acuerdo con las necesidades de los pacientes individuales y deben determinar si el paciente tiene los siguientes efectos como consecuencia de las intervenciones. El paciente debe demostrar lo siguiente:

- Conducta de afrontamiento eficaz y adaptativa
- Ausencia de lesiones a sí mismo o a los demás
- Sueño adecuado para sentirse descansado durante el día
- Interacciones adecuadas con otras personas
- Realización de afirmaciones positivas sobre el propio yo
- Tomar iniciativas para resolver los problemas
- Seguir las reglas de la unidad
- Pedir ayuda directamente y de forma adecuada
- Pensamiento basado en la realidad

La personalidad del paciente es una forma estable en la que el paciente responde al mundo. Es difícil modificarla. Las intervenciones de enfermería más eficaces se basarán en objetivos realistas, prácticos y alcanzables.

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Paciente con trastorno límite de la personalidad

Brenda Bacon es una paciente estadounidense de origen búlgaro de 23 años de edad ingresada en la unidad de corta estancia por laceraciones múltiples que se produjo cuando atravesó corriendo una puerta de cristal. Parece ser una persona muy apasionada, que expresa sus preocupaciones en voz alta y con emoción. Dijo al profesional de enfermería que la recibió cuando ingresó que atravesó corriendo la puerta porque su novio había pensado dejarla y no podía soportarlo. La paciente estaba acudiendo de forma regular a la consulta de un psiquiatra y de un terapeuta por trastorno límite de la personalidad, pero interrumpió el tratamiento porque «no me ayudaba».

Valoración. Se han suturado las laceraciones que tiene la Srta. Bacon en la cabeza, los hombros y la rodilla derecha, y las curas están limpias y secas. La historia dice que en el momen-

to del ingreso hablaba en voz alta y tenía un estado emotivo. Ahora está tranquila y expresa remordimiento por su conducta impulsiva. Afirmó que no vale nada y que su novio es demasiado bueno para merecer una persona tan terrible. Es diestra y tiene múltiples cicatrices de laceraciones curadas en el brazo izquierdo. Cuando el profesional de enfermería le preguntó por ellas, Brenda afirmó: «A veces tengo que hacerme cortes para saber que estoy viva. A veces lo hago para que pare el estrés». Cuando llegó la hora del cambio de turno del profesional de enfermería, Brenda lloró y pidió al profesional de enfermería que no la dejara, como todos los demás han hecho.

Diagnóstico

- Riesgo de violencia autodirigida
- Afrontamiento ineficaz
- Deterioro de la integridad cutánea

Resultados esperados. La paciente debe:

- No lesionarse a sí misma.
- Notificar al personal de enfermería cuando note un aumento del estrés o cuando le apetezca cortarse a sí misma.
- Expresar sus sentimientos al personal de enfermería.
- Enumerar métodos de afrontamiento adaptativos que podría utilizar durante el estrés.
- Mantener las laceraciones limpias y secas.
- Curar sin síntomas ni signos de infección.

Planificación y aplicación

- Asignar siempre el mismo personal a esta paciente y tener expectativas constantes sobre su conducta.
- Mostrar a la paciente cómo ponerse en contacto con el profesional de enfermería.
- Enseñar a la paciente a llamar al profesional de enfermería cuando se sienta estresada, para que el profesional de

enfermería pueda hablar con ella sobre el afrontamiento adaptativo para evitar las autolesiones.

- Escuchar de forma activa las preocupaciones de la paciente.
- Ayudar a la paciente a enumerar mecanismos de afrontamiento saludable alternativos que sean realistas para ella.
- Enseñar información básica sobre la curación de las heridas (tener buena nutrición, mantener las lesiones limpias y secas).

Evaluación. Brenda estuvo ingresada en el hospital 2 días. Durante ese tiempo tuvo varios accesos de ira hacia los miembros del personal cuando percibía que no satisfacían sus necesidades. Tuvo discusiones prolongadas con el profesional de enfermería sobre sus sentimientos y su antecedente de maltrato. No se lesionó a sí misma mientras estaba en el hospital. Su novio decidió quedarse con ella, porque ella le necesita mucho. Las laceraciones curaron bien.

Pensamiento crítico en el proceso de enfermería

1. El profesional de enfermería propuso a Brenda que intentara oír música cuando se sintiera estresada. Brenda encontró que esto era útil. ¿Resolverá esto su problema con el afrontamiento ineficaz?
2. El profesional de enfermería cree que Brenda debería volver a la terapia del trastorno de la personalidad. ¿Qué puede hacer el profesional de enfermería para asegurarse de que esto ocurra?
3. Cuando Brenda dijo: «Usted no me da más fármacos, ¡le odio! Ponganme otro profesional de enfermería», ¿qué respuesta del profesional de enfermería es la mejor para Brenda?

Nota: En el apéndice I puede encontrarse un comentario sobre las preguntas de pensamiento crítico.

Nota: La bibliografía y los recursos de este y el resto de capítulos se han reunido al final del libro.

Revisión del capítulo

TÉRMINOS CLAVE

círculo vicioso de conducta

ideas de referencia

PUNTOS clave

- Los trastornos de la personalidad hacen que las personas tengan alteraciones de la percepción o la cognición, el afecto, el desempeño de funciones interpersonales y el control de los impulsos.
- Los profesionales de enfermería con frecuencia ven pacientes con trastornos de la personalidad cuando ingresan en el hospital por motivos distintos al trastorno de la personalidad.
- La personalidad se desarrolla a lo largo de los años, a partir de la infancia, y es muy resistente al cambio.
- No hay fármacos para tratar los trastornos de la personalidad. Algunos pacientes responden a la psicoterapia a largo plazo para modificar los patrones persistentes de la personalidad. En ocasiones se utilizan fármacos para tratar los síntomas.
- La mayor parte de los pacientes con trastornos de la personalidad no sabe que está afectada.
- Los profesionales de enfermería pueden ayudar a los pacientes con trastornos de la personalidad a alcanzar el desarrollo personal.
- Puede ser muy difícil atender a pacientes con trastornos de la personalidad. Los profesionales de enfermería que trabajen con ellos deben conocerse a sí mismos y deben conocer sus responsabilidades profesionales para tener la máxima eficacia.
- Las intervenciones de enfermería más eficaces se deben basar en objetivos realistas, prácticos y alcanzables.



EXPLORE MediaLink

Pueden encontrarse recursos interactivos adicionales en la página web complementaria www.prenhall.com/eby. Haga clic en «Chapter 10» y en «Begin» para seleccionar las actividades de este capítulo.

- Audio Glossary
- NCLEX-PN® review
- Case study
- Study online
- Critical thinking questions
- Matching questions
- Weblinks
- Video Case: Paul (Antisocial Personality Disorder)

Protocolo asistencial de pensamiento crítico

Asistencia de un paciente con deterioro de la comunicación

Área de interés del examen NCLEX-PN®: Integridad psicosocial

Estudio de un caso: Ann Lu es una paciente estadounidense de origen asiático de 36 años de edad con trastorno de la personalidad por dependencia. Ayer se le realizó una resección intestinal parcial por diverticulitis aguda. Cumple muy bien las peticiones que le hace el personal. Nunca ha pedido nada al personal. El médico prescribió meperidina 75 mg cada 4 horas i.m. a demanda por el dolor en la incisión.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la comunicación verbal

RECOPILE DATOS

Subjetivos

Objetivos

¿Informaría usted de estos datos? Sí/No

Si así lo hiciera, ¿a quién? _____

Asistencia de enfermería

¿Cómo lo verificaría? _____

Datos recopilados

(use todos los correctos)

- La paciente está casada.
- PA 158/90, P 110, R 24, T 37,2 °C
- La paciente afirma: «Sí, lo que usted diga».
- Cuando se le pregunta si necesita algún analgésico, afirma: «No, no quiero molestarle».
- Cuando se le pregunta si necesita algo, afirma: «No lo sé».
- Pesa 76,2 kg.
- Está despierta en todas las rondas cada dos horas durante la noche.
- Ruidos intestinales hipoactivos.
- Bebió el 100% de líquido claro de la bandeja del desayuno.
- Deambula cuando se le pide.
- La incisión quirúrgica abdominal está seca e intacta, sin exudado. La incisión está bien aproximada.
- Hace muecas y suda cuando deambula o se mueve en la cama.
- La paciente pregunta al profesional de enfermería: «¿Qué cree usted que debería hacer?».

Intervenciones de enfermería

(use todas las correctas, colóquelas en orden de prioridad)

- Enseñar a la paciente ahora sobre los cambios de cura en el domicilio.
- Llamar al médico inmediatamente para comunicarle los SV.
- Notificar al médico la elevación de la temperatura.
- Preguntar a la paciente: «¿Tiene usted dolor?».
- Decir a la paciente: «La mayoría de los pacientes tiene mucho dolor después de la operación. Usted tiene signos de dolor. ¿Le duele la incisión?».
- Decir a la paciente: «No es ningún problema darle algún analgésico. Estaré encantado de darle uno si lo necesita».
- Decir a la paciente: «A veces a las personas no les gusta pedir ayuda. Mientras esté en el hospital, queremos ayudarla, así que díganos lo que necesita».
- Decir a la paciente: «Como no parece querer ninguna ayuda, la dejaré sola».
- Ayudar a la paciente a practicar la identificación de sus necesidades.
- Documentar que la paciente es pasiva, inadecuada y mentirosa.
- Animar a la paciente a que tome el analgésico prescrito.
- Incluir en el plan asistencial ofrecer el analgésico de forma regular (cada 4 horas).
- Visitar a la paciente de forma regular (cada 1 a 2 horas) para determinar si necesita ayuda.
- Discutir la derivación a una consulta ambulatoria para realizar terapia con un equipo terapéutico.

Compare su verificación con el ejemplo proporcionado en el apéndice I.

Preparación del examen NCLEX-PN®

CONSEJO PARA PASAR LA PRUEBA

Clarifique qué plantea la pregunta. Esto parece evidente, aunque a veces las respuestas erróneas son cosas correctas que se deben hacer pero no responden a la pregunta. Antes de leer las respuestas, debe saber si la pregunta se refiere al efecto de un fármaco, un fundamento, la conducta de un paciente, un hallazgo de la valoración o una acción de enfermería.

- 1** El paciente con un trastorno paranoide de la personalidad responde mejor a un profesional de enfermería que utiliza cuál de los siguientes abordajes:
 1. Amistoso y expansivo
 2. Con confianza en sí mismo y práctico
 3. Tímido y dubitativo
 4. Tranquilo, utilizando encuentros breves
- 2** Un paciente con cáncer que tiene trastorno esquizoide de la personalidad habla poco con el personal y tiene afecto plano. No tiene visitas ni llamadas telefónicas. El profesional de enfermería podría concluir que:
 1. Esta es la conducta habitual del paciente.
 2. El paciente está avergonzado de su enfermedad.
 3. El paciente está deprimido por su diagnóstico.
 4. El paciente está solo.
- 3** Una paciente de una residencia de ancianos con trastorno esquizotípico de la personalidad siempre se niega a comer en el comedor con otros residentes. No asiste a las funciones sociales y prefiere quedarse en su habitación. El mejor abordaje con esta paciente sería:
 1. Insistir en que asista a todas las funciones sociales.
 2. Animar a otros residentes a que la visiten a diario.
 3. Invitarla a que haga al menos una comida al día en el comedor.
 4. Dejarla sola.
- 4** Un varón joven ingresa en la unidad de destoxificación después de haber golpeado a su esposa mientras estaba ebrio. Quiere salir con más frecuencia de las tres veces al día que se permite a los pacientes. Dice al personal: «Si me deja salir una vez más u hoy, me aseguraré de que su supervisor sepa qué buen profesional de enfermería es usted». Se le ha diagnosticado de trastorno antisocial de la personalidad. El personal debería:
 1. Permitirle salir cuatro veces al día.
 2. Negarse a dejarle salir a fumar hasta que su conducta cambie.
 3. Transgredir las reglas solamente un día como recompensa a su buena conducta.
 4. Ceñirse de forma constante a las reglas.
- 5** La prioridad terapéutica en un paciente que tiene trastorno límite de la personalidad es:
 1. Enseñar las habilidades sociales adecuadas.
 2. Prevenir las autolesiones.
 3. Enseñar técnicas para la resolución de problemas.
 4. Administrar fármacos para los trastornos del sueño.
- 6** Una paciente de una unidad psiquiátrica tiene conducta perturbadora en las sesiones de grupo, dirigiendo toda la atención hacia ella. Continuamente pide al grupo que le ayude a resolver sus problemas. Se refiere de forma dramática a todos como sus «queridísimos amigos» y habla efusivamente sobre la ayuda que le prestarán. Esta persona probablemente tenga qué trastorno de la personalidad:
 1. Límite
 2. Por evitación
 3. Esquizotípico
 4. Histriónico
- 7** Un paciente ha ingresado en la unidad medicoquirúrgica después de cirugía de la vesícula biliar. Desprecia a los profesionales de enfermería y quiere que llamen al cirujano a mitad de la noche para quejarse sobre la asistencia que recibe. El profesional de enfermería sospecha que tiene trastorno narcisista de la personalidad. El mejor abordaje del supervisor de enfermería de la noche sería:
 1. Lamentar que esté descontento con la asistencia, pero no es adecuado llamar al cirujano. Estará encantado de que manifieste sus quejas cuando le visite el cirujano por la mañana.
 2. Decirle que se va a llamar al cirujano y no llamarle. Si pregunta, decirle que no ha respondido.
 3. Decirle que no es el único paciente de la unidad y que no hay tiempo para atender todas y cada una de sus exigencias.
 4. Pedirle sugerencias sobre cómo hacerle más feliz. Prometerle transmitir sus quejas a sus compañeros. Asegurarle de que su asistencia mejorará.
- 8** Una paciente traumatológica con trastorno de la personalidad por evitación se niega a ir a fisioterapia. Afirma que sabe que no va a mejorar con la terapia y decepcionará al médico. El mejor abordaje del profesional de enfermería es:
 1. Decirle que no tiene que ir. Explicar sus sentimientos al médico. Proponer que haga ejercicios en su domicilio.
 2. Tranquilizarla de que la fisioterapia es para su propio beneficio, no para el del médico. Proponer que el terapeuta venga a la unidad a trabajar con la paciente en su habitación antes de animarla a ir al gimnasio de fisioterapia.
 3. Decirla que el personal estará muy orgulloso de sus logros en la terapia.
 4. Llamar a un auxiliar de fisioterapia para que la ayude a subir a la silla de ruedas. Decirle que debe ir a fisioterapia, porque se le ha prescrito y no mejorará sin ella.
- 9** ¿Cuál de los siguientes fármacos se podría prescribir a un paciente con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad?
 1. Ansiolítico
 2. Antidepresivo
 3. Antipsicótico
 4. Hipnótico
- 10** ¿Cuáles de las siguientes intervenciones de enfermería serían las más adecuadas en un paciente con trastorno de la personalidad por dependencia? (Seleccione todas las correctas.)
 1. Dar al paciente la oportunidad de participar en su asistencia.
 2. Animar a los familiares a que participen en la toma de decisiones del paciente para aliviar su ansiedad.
 3. Apoyar al paciente en el proceso de toma de decisiones sin dar consejo.
 4. Proteger al paciente de la oportunidad de autolesiones.
 5. Animar al paciente a que forme parte de un grupo de apoyo para otros pacientes que tengan trastorno de la personalidad por dependencia.

En el apéndice I pueden encontrarse las respuestas a las preguntas de revisión, así como un comentario del plan asistencial y el protocolo asistencial de pensamiento crítico.

Trastornos de ansiedad

BREVE sinopsis

Base biológica de la ansiedad
Afrontamiento de la ansiedad

Trastornos de ansiedad
Asistencia integral

OBJETIVOS del aprendizaje

Al finalizar la lectura de este capítulo, usted será capaz de:

1. Analizar las necesidades especiales de los pacientes que tienen trastornos de ansiedad.
2. Realizar educación básica de los pacientes sobre los trastornos de ansiedad.
3. Administrar de forma segura fármacos contra la ansiedad.
4. Aplicar el proceso de enfermería a la asistencia de pacientes con trastornos de ansiedad.

**PLAN ASISTENCIAL
DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:**
Paciente con trastorno de
ansiedad generalizada

**PROTOCOLO ASISTENCIAL
DE PENSAMIENTO CRÍTICO:**
Asistencia de un paciente con
ansiedad

CASOS CLÍNICOS:
Afrontamiento de la ansiedad
Trastorno de ansiedad
generalizada
Trastorno de angustia
Agorafobia
Trastorno obsesivo-
compulsivo
TEPT
Fobias

La ansiedad es uno de los sentimientos más habituales de la humanidad. Todo el mundo ha experimentado ansiedad. Usted podría sentirse ansioso ahora si estuviera preocupado por el examen del capítulo de los trastornos de ansiedad. La **ansiedad** es un sentimiento de incomodidad que activa el sistema nervioso autónomo en respuesta a una amenaza vaga e inespecífica (Carpenito-Moyet, 2006). La ansiedad difiere del miedo en que el miedo es una respuesta a una amenaza conocida. Si un cocodrilo persigue a una persona, ese sentimiento incómodo es miedo. Si la persona tiene la sensación de fatalidad inminente estando sentada en el aula (sin que haya cocodrilos), ese sentimiento es ansiedad.

Base biológica de la ansiedad

La experiencia de la ansiedad parece originarse en el encéfalo subcortical o primitivo, específicamente en el sistema límbico (Braun y Anderson, 2007). Durante la ansiedad hay un aumento del flujo sanguíneo al sistema límbico y la corteza cerebral. La figura 11-1 ■ muestra las estructuras del sistema límbico. La tabla 11-1 ■ describe las funciones de estas estructuras y lo que sucede cuando funcionan de forma anormal (disfunción). El sistema límbico transmite estímulos al sistema nervioso autónomo. La estimulación del sistema nervioso simpático (que es parte del sistema autónomo) produce los síntomas que reconocemos como ansiedad. Desde el sistema límbico, los mensajes neurales también son transmitidos hasta la corteza cerebral. En las áreas de asociación de la corteza cerebral el individuo tiene pensamientos sobre la ansiedad. Así, los sentimientos, las respuestas fisiológicas y los pensamientos forman todos ellos parte de la experiencia de la ansiedad.

El miedo tiene utilidad para la supervivencia. Cuando una persona ve un cocodrilo, el miedo motiva a la persona a alejarse.

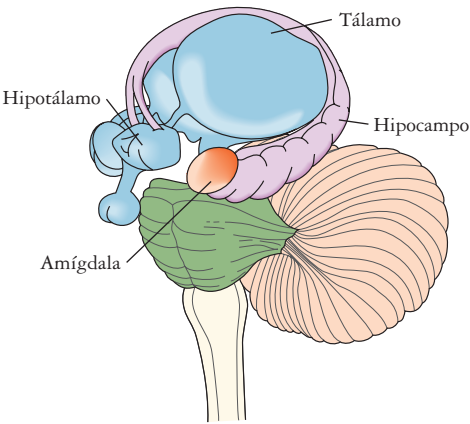


Figura 11-1. ■ El sistema límbico. El sistema límbico está rodeado por la corteza cerebral. Participa en la motivación, la emoción y la memoria. Está formado por el tálamo, la amígdala, el hipocampo y el hipotálamo. Fuente: *Psychology 3/E* by Kassir, Saul, © 2001. Reproducido con autorización de Pearson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

La ansiedad no está tan centrada y con frecuencia no tiene ningún origen realista. Aun cuando la persona que experimenta ansiedad conozca el motivo de la misma, el sentimiento **disfórico** (incómodo e insatisfecho) habitualmente es desproporcionado al peligro real. Niveles bajos de ansiedad pueden estimular la atención y la alerta del individuo, e incluso facilitar que aprenda nuevas cosas, pero cuando la ansiedad se hace más intensa produce deterioro funcional. La ansiedad y el miedo tienen las mismas respuestas fisiológicas relacionadas con la estimulación del sistema nervioso simpático, como se muestra en el cuadro 11-1 ■.

Igual que otras emociones, pensamientos y conductas, la ansiedad es una experiencia humana frecuente y normal en

TABLA 11-1	
Funciones del sistema límbico	
ESTRUCTURA LÍMBICA	FUNCIÓN Y DISFUNCIÓN
Tálamo	Transmite las aferencias sensitivas desde la médula espinal. Regula los aspectos emocionales de las experiencias sensitivas. Su disfunción está implicada en el TOC, los trastornos del estado de ánimo y la esquizofrenia.
Amígdala	Coordina las acciones del sistema nervioso autónomo y del sistema endocrino. Participa en el control de las emociones, la conducta de crianza, el condicionamiento al miedo. Controla el recuerdo de las experiencias de miedo. Su disfunción contribuye a miedo e ira inadecuados, ansiedad y TEPT.
Hipocampo	Procesa la información entre partes del encéfalo que reciben aferencias sensitivas y las que traducen las aferencias en acción. Regula el sistema inmunitario y el almacenamiento de memoria. Su disfunción produce trastornos de memoria y del aprendizaje.
Hipotálamo	Formado por neuronas que producen hormonas. Centro de integración. Concentra la dopamina. Convierte el pensamiento y los sentimientos en hormonas que producen cambios en todo el cuerpo a través del sistema nervioso autónomo. Su disfunción puede producir sed y hambre excesivas. Puede participar en los trastornos de la conducta alimentaria y la esquizofrenia. Está implicado en los efectos colaterales de los fármacos psicotrópicos.

CUADRO 11-1

Manifestaciones de la estimulación simpática

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

condiciones habituales. Sólo se hace anormal cuando su frecuencia o su intensidad interfiere con el desarrollo o la función del individuo.

NIVELES DE ANSIEDAD

Hildegard Peplau describió cuatro grados de ansiedad (O'Toole y Welt, 1989). La tabla 11-2 ■ muestra los cuatro niveles y las conductas que podría observar el profesional de enfermería en un paciente en cada uno de los niveles.

Afrontamiento de la ansiedad

Las personas utilizan conductas de **afrontamiento** para adaptarse o manejar el estrés o el cambio. Para controlar la ansiedad las personas desarrollan patrones de conducta de afrontamiento.

to. Las conductas de afrontamiento pueden ser adaptativas o maladaptativas.

CASO CLÍNICO

Considere a estos dos estudiantes: Linh ha suspendido un examen cuatrimestral. Fue al profesor, preguntó dónde estaban los problemas y estudió más esos temas antes del examen final. Su método de afrontamiento es la resolución activa de problemas, que es adaptativa. Tran también suspendió el examen cuatrimestral. No solicitó ayuda ni consejos. Continuó su patrón habitual de estudio esperando aprobar el examen final. Su método de afrontamiento aquí es la evitación, que es un abordaje maladaptativo.

RESILIENCIA

Algunas personas parecen ser más resilientes, o capaces de recuperarse del estrés (Rosenbaum y Covino, 2005). Otras no pueden afrontar el estrés, o tienen una enfermedad física, en circunstancias similares. Algunos niños que tienen vidas de pobreza o estrés aparentemente intolerable se desarrollan incapaces de desempeñar sus funciones en la sociedad, y otros se desarrollan hasta ser adultos con recursos y bien ajustados. La diferencia es la **resiliencia** (la capacidad de soportar el estrés y recuperarse del mismo). En figura 11-2 ■ se puede observar a unos niños que son suficientemente resilientes para sobrevivir en las condiciones más duras.

TABLA 11-2

Cuatro grados de ansiedad

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



Figura 11-2. ■ Estos dos niños sobreviven a su difícil vida en la montaña humeante de Payatas (un vertedero de basura gigante en las Filipinas) debido a su resiliencia. Fuente: Peter Arnold, Inc.

Se hizo un estudio sobre la resiliencia en 750 soldados que fueron capturados durante la guerra de Vietnam. Fueron prisioneros de guerra (PG) durante 6 a 8 años. Durante este período fueron torturados y/o mantenidos en aislamiento. El estudio intenta determinar por qué algunos de estos hombres no presentaron depresión ni trastorno de estrés postraumático después del estrés extremo de su prueba. ¿Qué les protegió? El estudio de Rosenbaum y Corvino (2005) encontró 10 características fundamentales de los hombres resilientes:

1. **Optimismo.** Las personas muy optimistas tienden a tener mayor resiliencia, lo cual tiene implicaciones para las terapias cognitivas (puede ser útil potenciar el punto de vista positivo del paciente sobre la situación).
2. **Altruismo.** Los pacientes resilientes con frecuencia encontraron que ayudar a los otros era una forma de manejar el estrés extremo. Esto se puede utilizar en terapéutica como herramienta para la recuperación.
3. **Valores morales.** A una persona le ayuda tener un conjunto de creencias que no se pueden destruir. Puede ser beneficioso ayudar a los pacientes a clarificar sus valores.
4. **Fe y espiritualidad.** Para algunos la oración era un ritual diario, aunque otros PG resilientes no participaban ni tenían interés en la religión.
5. **Humor.** El sentido del humor permite aliviar el estrés y es otra forma de ver la situación.
6. **Tener un modelo a imitar.** Muchas personas con modelos a imitar obtienen fuerzas de esto. Para el tratamiento puede ser beneficioso utilizar un modelo a imitar, el modelado del rol o ayudar a alguien a encontrar un modelo a imitar.
7. **Apoyos sociales.** Tener contacto con otras personas en las que se pueda confiar, ya sean familiares o amigos, alguien

con quien se pueden compartir los pensamientos y sentimientos más difíciles, es importante para la recuperación.

8. **Enfrentarse al miedo.** La capacidad de dejar la propia zona de comodidad, tanto para el acto de hacer lo que se debe hacer como para el sentimiento de capacitación.
9. **Tener una misión.** Tener la sensación de que la propia vida tiene sentido. Esto ayuda a los pacientes a recuperarse porque sienten que pueden ser productivos y están capacitados.
10. **Formación.** Uno se puede entrenar o aprender a ser una persona resiliente. La resiliencia se puede desarrollar mediante la experiencia en el enfrentamiento a los retos y la superación de los mismos. Esto ayuda a los pacientes y nos enseña a preparar a los jóvenes para la edad adulta.

MÉTODOS CONSCIENTES DE AFRONTAMIENTO

Las formas automáticas o inconscientes en las que las personas afrontan el estrés se llaman *mecanismos de defensa* (se enumeran en el capítulo 3, en la tabla 3-1). También hay formas conscientes de afrontar el estrés, cada una de las cuales se puede utilizar de forma adaptativa o maladaptativa. Incluyen las siguientes:

- Resolución activa de problemas
- Conducta de retirada
- Compromiso

Resolución activa de problemas

Resolución activa de problemas significa eliminar de forma activa los obstáculos mediante resolución de problemas, a la vez que se tienen en consideración los derechos de los demás. Un ejemplo de conducta de resolución de problemas *adaptativa* es un profesional de enfermería que pide a otro profesional de enfermería que le ayude a averiguar por qué está cambiando la situación de un paciente. La resolución de problemas *maladaptativa* incluye ira y hostilidad. Se podría expresar por una conducta negativa o agresiva hacia los demás. Un ejemplo de conducta maladaptativa es un profesional de enfermería que grita a una auxiliar de enfermería que ha cometido una falta.

Conducta de retirada

La conducta de retirada supone retirarse física o emocionalmente de una situación estresante. Los ejemplos adaptativos de retirada incluyen una persona que se siente sobreestimulada o frustrada y sale de la habitación para reducir los estímulos negativos y evitar una discusión o una actuación impropia. Un ejemplo maladaptativo es alejarse de otras personas para evitar el estrés del contacto personal y la interacción.

Compromiso

El compromiso supone la resolución cooperativa de problemas que incluye ceder algo que una persona quiere o tomar menos de lo que originalmente quería para conseguir un objetivo parcial que sigue siendo aceptable. El compromiso habitualmente es adaptativo. Por ejemplo, un paciente del hospital psiquiátrico estatal está listo para volver a la comunidad, y está discutiendo un pase del hospital con el equipo terapéutico (poco tiempo lejos del hospital para practicar habilidades de reintegración en la comunidad). Quiere tener un pase de 1 semana para irse con su novia. El equipo terapéutico ha decidido que un pase de 1 día con sus padres es más adecuado para sus objetivos terapéuticos. El paciente acepta el plan de compromiso. Un abordaje maladaptativo sería que el paciente dijera que está de acuerdo y después no cumpliera su parte del acuerdo, y no volviera al hospital (en cuyo caso la policía probablemente le habría llevado de regreso al hospital).

Autocomprobación crítica. ¿Qué conductas utiliza usted para manejar su propia ansiedad? ¿Qué conductas son adaptativas y cuáles son maladaptativas?

Trastornos de ansiedad

El manual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* enumera varios trastornos relacionados con la ansiedad. Tienen muchas manifestaciones distintas. La característica que todos ellos tienen en común es la ansiedad (American Psychiatric Association, 2000).

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

CAUSAS

Estudios de gemelos y de familias, y estudios genéticos humanos, confirman que los trastornos de ansiedad tienen una base genética. Como ocurre en otros trastornos mentales, la genética no es la única etiología (causa) de los trastornos de ansiedad. Las experiencias vitales también tienen una importancia muy grande (una vez más, naturaleza y crianza). Los investigadores están analizando cómo interactúan la genética y la experiencia en los trastornos de ansiedad. Esperan encontrar datos para la prevención y el tratamiento de estos incapacitantes trastornos (National Institute of Mental Health [NIMH], 2006).

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



Figura 11-3. ■ Muchas personas intentan «medicar» o tratar su propia ansiedad con alcohol. Fuente: PhotoEdit Inc.

pacientes con trastorno depresivo mayor con frecuencia también tienen trastornos de ansiedad. La dependencia de sustancias también se asocia con frecuencia a ansiedad y a otros trastornos mentales. Una hipótesis es que las personas tratan ellas mismas su sufrimiento emocional con alcohol o con drogas. La figura 11-3 ■ muestra un hombre que puede estar medicando su ansiedad con alcohol. El capítulo 12 aborda con más detalle el consumo de sustancias.

Desde el punto de vista conductual, la experiencia puede enseñar a las personas diferentes formas de responder a los episodios estresantes. Las experiencias de un individuo tanto durante la infancia como durante la edad adulta son determinantes la naturaleza de las situaciones que producen ansiedad.

La función cognitiva puede moderar con qué frecuencia una persona piensa sobre los estímulos que producen ansiedad. Si una persona centra sus pensamientos en episodios estresantes, esta persona tendrá mayor propensión a la ansiedad. La inteligencia y el rasgo de la personalidad de introspección pueden hacer que las personas tengan mayor riesgo de ansiedad.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una ansiedad y una preocupación excesivas que se producen la mayor parte de los días durante al menos 6 meses. La ansiedad se refiere a diversos episodios o actividades diferentes, y la persona tiene dificultad para controlar los sentimientos. La persona afectada también tiene al menos

tres de los siguientes (American Psychiatric Association, 2000):

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

Para realizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada en niños sólo sería necesario que tuvieran uno de los síntomas anteriores además de la ansiedad persistente.

Los pacientes con TAG refieren que tienen estrés significativo, dificultad para controlar la preocupación o deterioro del desempeño de funciones sociales o laborales relacionado con la ansiedad. En este trastorno la intensidad, la frecuencia y la duración de la ansiedad están desproporcionadas con la probabilidad realista o las consecuencias del episodio temido. Los pensamientos del episodio temido se entrometen en el pensamiento del individuo, distrayéndole de otras tareas. El objetivo de la preocupación puede desplazarse de un problema a otro. Algunos ejemplos de preocupaciones en estos pacientes son llegar tarde, rendimiento personal, enfermedad, familia, responsabilidades laborales, responsabilidades económicas y tareas del hogar (American Psychiatric Association, 2000).

Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada habitualmente reconocen que su ansiedad es más intensa de lo que sería lógico en su situación, pero a pesar de todo pueden controlar sus preocupaciones. Su ansiedad se acompaña por síntomas físicos, especialmente astenia, cefalea, tensión muscular, dolor muscular, irritabilidad, sudoración, náuseas, dificultad deglutoria, temblor y sofocos. La relajación parece imposible (NIMH, 2006).

Al contrario que los pacientes con otros trastornos de ansiedad, los pacientes con este trastorno habitualmente no evitan las situaciones que producen ansiedad como consecuencia de su trastorno. Cuando el trastorno es leve las personas afectadas pueden desempeñar sus funciones, aunque cuando está en su peor momento tienen un deterioro funcional importante (Antai-Orong, 2005).

El trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad más frecuente y afecta a aproximadamente el doble de mujeres que de varones en la población general. En los contextos asistenciales el profesional de enfermería puede esperar ver números aproximadamente iguales de mujeres y varones que solicitan tratamiento. En cualquier año dado aproximadamente el 3% de la población tendrá este trastorno. A lo largo de toda la vida cualquier individuo tiene una probabilidad de tenerla de aproximadamente el 5%. Este trastorno con frecuencia se asocia a trastorno depresivo mayor (American Psychiatric Association, 2000).

CASO CLÍNICO

Un paciente con trastorno de ansiedad generalizada dijo: «He tenido muchos problemas para dormir. Había veces en que me despertaba hiperactivo a mitad de la noche. Tenía problemas para concentrarme, incluso para leer un periódico o una novela. A veces me sentía un poco mareado. El corazón iba muy deprisa o latía fuerte. Y eso me hacía preocuparme más. Siempre imaginaba las cosas peor de lo que realmente eran: cuando tenía dolor de estómago, pensaba que era una úlcera. Cuando los problemas estaban en su peor momento, faltaba al trabajo y me sentía muy mal por ello. Entonces me preocupaba que pudiera perder el trabajo. Mi vida era terrible hasta que recibí tratamiento» (NIMH, 2006).

TRASTORNO DE ANGUSTIA

Los pacientes con trastorno de angustia tienen crisis de angustia recurrentes e inesperadas seguidas por al menos 1 mes de preocupación persistente por volver a tener otra. Se pueden preocupar por las posibles complicaciones de las crisis o pueden tener un cambio significativo de conducta asociado a las crisis (American Psychiatric Association, 2000).

Una **crisis de angustia** se caracteriza por un episodio de miedo o malestar intenso. Durante este episodio están presentes cuatro o más de los datos siguientes (American Psychiatric Association, 2000):

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

Los pacientes con trastorno de angustia tienen crisis de angustia sin previo aviso. A veces las crisis se asocian a un agente estresante y a veces no. La figura 11-4 ■ muestra a un profesor que está experimentando una crisis de angustia. Puede tener dificultad para respirar, dolor torácico y sensación de que va a morir. No hay forma de predecir cuándo se producirá una crisis, por lo que los pacientes con frecuencia pasan la mayor parte del tiempo preocupándose por cuándo se producirá la próxima. Las crisis de angustia se pueden producir en cualquier momento, incluso durante el sueño.



Figura 11-4. ■ Una persona que tiene una crisis de angustia puede tener la sensación de que se está muriendo. Fuente: Pearson Education/PH College.

Una crisis habitualmente alcanza su máximo de intensidad en un plazo de 10 minutos, aunque algunos síntomas duran mucho más tiempo. Si no se trata el trastorno puede ser muy incapacitante. Los pacientes afectados con frecuencia temen volver al lugar en que se produjo una crisis previa o a la situación que la desencadenó. Por supuesto, esto puede limitar mucho la capacidad de una persona de desempeñar sus funciones. Por ejemplo, si una persona ha tenido una crisis de angustia en una tienda y otra crisis en el autobús, esta persona puede no ser capaz de ir a la compra ni de ir a trabajar.

No todas las personas que tienen una crisis de angustia llegan a tener trastorno de angustia. Algunas personas tienen una crisis, sin recurrencias.

ALERTA clínica

Los pacientes que tienen trastornos de angustia con frecuencia visitan el servicio de urgencias del hospital varias veces antes de que se les diagnostique de forma exacta. Pueden pasar años antes de que descubran que tienen una enfermedad real y tratable (NIMH, 2006). Es crítico que los profesionales de enfermería y médicos del servicio de urgencias conozcan el trastorno de angustia.

Imagine una paciente que llega al hospital pidiendo ayuda por un episodio de angustia realmente aterrador, pensando que

va a morir. Se realiza una exploración física y un ECG, que no muestran alteraciones. El episodio se está resolviendo en el momento en que se realizan las pruebas. Se dice a la paciente que no hay nada mal. Incluso se puede decir que ha utilizado erróneamente el servicio de urgencias. Esta paciente está sufriendo no sólo los efectos de la crisis de angustia, sino también la sensación devastadora de que no se la toma en serio. Muchos pacientes con enfermedades mentales tratables evitarán el tratamiento porque temen que los profesionales sanitarios no les crean.

El trastorno de angustia con frecuencia se asocia a otros trastornos graves como depresión, abuso de sustancias o alcoholismo. La incidencia de suicidio está aumentada en los pacientes afectados por este trastorno. El trastorno afecta a tres veces más mujeres que varones y afecta al 1-2% de la población general. Se inicia habitualmente entre el final de la adolescencia y mediados de la cuarta década, aunque puede comenzar a cualquier edad (American Psychiatric Association, 2000).

CASO CLÍNICO

Los pacientes con trastorno de angustia afirman lo siguiente:

- «Tuve la primera crisis en el examen clínico de enfermería. Me sentía bien, y de repente pensaba que iba a morir. No sabía qué me pasaba. Estaba perdiendo el control. Era irreal. No es sólo que nunca haya estado tan asustado, no sabía que era posible estar tan asustado.»
- «Entre las crisis tengo este miedo y esta ansiedad de que va a volver a ocurrir. Tengo miedo de volver a los sitios en los que he tenido una crisis. Salvo que reciba ayuda, pronto no habrá ningún lugar al que pueda ir y en el que pueda sentirme a salvo de la angustia.»

AGORAFOBIA

La agorafobia se caracteriza por ansiedad por estar en lugares o situaciones en las que puede ser difícil (o vergonzosa) la salida, o cuando no se podría disponer de ayuda en caso de que se produjera una crisis de angustia. Los miedos agorafóbicos típicamente incluyen situaciones que suponen estar solo y lejos del domicilio en una multitud o guardando cola, en un puente o viajando en avión, un tren, un autobús o un automóvil. La persona evita las situaciones que producen miedo, las soporta con mucha ansiedad y sufrimiento o precisa la presencia de otra persona (American Psychiatric Association, 2000).

La agorafobia se asocia con frecuencia a trastorno de angustia. Los pacientes que solicitan tratamiento por el trastorno casi siempre tienen también trastorno de angustia. La figura 11-5 ■ muestra una mujer que tiene miedo de salir de su domicilio. Tiene mayor probabilidad de producirse en mujeres que en varones. Puede producir un grave deterioro del desempeño de funciones sociales y laborales cuando la persona evita



Figura 11-5. ■ Los pacientes con agorafobia no se sienten seguros fuera de su propio domicilio. *Fuente:* The Image Works.

múltiples situaciones productoras de ansiedad (American Psychiatric Association, 2000).

Sin embargo, no todas las personas que están en casa todo el tiempo tienen agorafobia. En algunas culturas se espera que las mujeres se queden en casa, y sus actividades públicas están muy limitadas. Si una mujer de una de estas culturas permanece en su domicilio, está actuando de acuerdo con las expectativas culturales y no se debe realizar un diagnóstico de agorafobia.

CASO CLÍNICO

Una persona con agorafobia dijo: «Siempre me he preocupado mucho, aunque recientemente ha sido mucho peor. Al principio me sentía mal cuando estaba en multitudes de personas, como en el parque. Después me quedaba paralizado de miedo cuando subía al autobús. Me sentía atrapado, como si fuera a morir si no podía bajar del autobús. Perdí el trabajo porque no podía ir a trabajar sin el autobús. No me siento seguro salvo que esté en casa. Ya no he vuelto a salir solo».

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Las **obsesiones** son pensamientos recurrentes e intrusivos que producen un sufrimiento marcado. La persona afectada reconoce que los pensamientos proceden de su propia mente e intentan ignorarlos o suprimirlos. Las **compulsiones** son conductas o actos mentales repetitivos que la persona afectada se siente impulsada a realizar en respuesta a los pensamientos obsesivos. El objetivo de estas conductas es reducir el estrés o prevenir algún episodio temido. Las conductas compulsivas no están conectadas de forma realista con las situaciones que se supone que van a neutralizar, o son claramente excesivas (American Psychiatric Association, 2000).

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por compulsiones u obsesiones que la persona afectada

reconoce como excesivas o poco razonables. Las obsesiones y las compulsiones producen sufrimiento importante y ocupan más de 1 hora al día, o interfieren significativamente con el desempeño de funciones laborales, académicas o personales a diario (American Psychiatric Association, 2000).

Los pensamientos obsesivos habituales incluyen suciedad y gérmenes, números o recuentos, simetría y orden, ideas que están en contra de las creencias religiosas del individuo, o pensamientos sexuales que son molestos para la persona afectada. Algunos ejemplos de rituales compulsivos que se realizan para controlar los pensamientos obsesivos son limpieza, lavarse las manos, contar, tocar o hacer cosas en un orden determinado, o rezar. La figura 11-6 ■ muestra personas en situaciones frecuentes en el TOC: lavado de manos compulsivo, miedo obsesivo a los gérmenes con limpieza compulsiva y medición de la altura de los libros de una repisa debido a una necesidad compulsiva de simetría. La persona afectada no obtiene placer de la realización de los rituales compulsivos, sino tan sólo el alivio transitorio de la ansiedad que produce no realizarlos (NIMH, 2006).

Muchos pacientes sin TOC pueden identificarse con alguna conducta compulsiva, como comprobar varias veces que el horno está realmente apagado antes de salir de casa. Esta conducta no se convierte en TOC hasta que produce sufrimiento, consume más de 1 hora al día o interfiere con la vida diaria.

El TOC habitualmente comienza en la adolescencia o el principio de la edad adulta. Puede comenzar en la infancia. Tiende a afectar a los varones a una edad más temprana que a las mujeres. Los niños afectados con frecuencia no se dan cuenta de que su conducta no es razonable. La mayoría de las personas afectadas tiene TOC con una evolución con mejorías y empeoramientos. El trastorno se hace más intenso cuando el paciente tiene estrés. Se produce TOC con más frecuencia en familiares de primer grado de pacientes con TOC y con síndrome de Tourette que en la población general. El TOC se produce en muchas culturas de todo el mundo. Afecta a aproximadamente el 1-2% de las personas en algún momento de sus vidas (American Psychiatric Association, 2000).

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

Algunos pacientes con TOC también tienen depresión u otros trastornos de ansiedad. Algunos tienen trastornos de la conducta alimentaria además de TOC. El trastorno puede afectar con tanta gravedad a los pacientes que se modifica su desarrollo y su capacidad de desempeñar sus funciones en sus vidas diarias.



(1)



(2)



(3)

Figura 11-6. ■ Estas tres fotografías muestran a personas que tienen TOC en situaciones típicas: (1) lavado de manos compulsivo, (2) miedo obsesivo a los gérmenes con limpieza compulsiva, y (3) una mujer que mide compulsivamente la altura de los libros para asegurarse de su colocación correcta. Fuente: (1) The Image Works; (2) PhotoEdit Inc.; (3) Pearson Education/PH College.

CASO CLÍNICO

Un paciente con trastorno obsesivo-compulsivo dijo: «No podía hacer nada sin mis rituales. Invadían todos los aspectos de mi vida. Contar realmente me dejaba atascado. Me podía lavar el pelo tres veces al día, y no sólo una, porque tres era un número de la buena suerte y uno no. Tardaba más en leer porque contaba las líneas de un párrafo. Cuando ponía el despertador por la noche, tenía que ponerlo en un número cuya suma no fuera un número “malo”».

«Vestirme por la mañana era difícil porque tenía una rutina, y si no seguía esa rutina tenía ansiedad y tenía que vestirme otra vez. Siempre me preocupaba que si no hacía algo mis padres iban a morir. Tenía estos terribles pensamientos de hacer daño a mis padres. Esto era completamente irracional, pero los pensamientos generaban más ansiedad y más conducta sin sentido. Debido al tiempo que pasaba con los rituales, era incapaz de hacer muchas cosas que eran muy importantes para mí.»

«Sé que los rituales no eran lógicos, y me sentía muy avergonzado por ellos, pero no pude superarlos hasta que recibí terapia» (NIMH, 2006).

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

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

1 mes, incluyen los siguientes (American Psychiatric Association, 2000):

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

Los episodios traumáticos que producen TEPT incluyen, entre otros, agresión personal violenta (agresión sexual, agresión física, robo), combate militar, retención como rehén, ataque terrorista, tortura, aprisionamiento como prisionero de guerra o en un campo de concentración, desastres, accidentes de medios de transporte o diagnóstico de enfermedad potencialmente mortal. La figura 11-7 ■ muestra a supervivientes de los ataques al World Trade Center. Muchos de ellos tienen TEPT. Los niños pueden presentar TEPT como consecuencia de abuso sexual aunque no haya ninguna lesión real o amenaza de lesión. El trastorno tiene mayor probabilidad de producirse y de ser más duradero cuando el agente estresante es una acción humana intencionada, como violación o tortura (American Psychiatric Association, 2000). El cuadro 11-2 ■ describe un aspecto cultural del TEPT.

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



Figura 11-7. ■ Muchas personas que sobrevivieron al ataque del 11 de septiembre de 2001 sobre el World Trade Center tienen TEPT. Fuente: AP Wide World Photos.

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

Los pacientes con TEPT pueden tener dificultad para las relaciones interpersonales. Pueden tener dificultad para confiar o para manifestar afecto. Las cosas de las que previamente disfrutaban pueden no ofrecerles ya placer. Pueden expresar irritabilidad, agresión e incluso violencia, aun cuando estas características no formaban parte del carácter de la persona antes del incidente. A veces se produce depresión en los

pacientes con TEPT. Como en los pacientes afectados por otros trastornos de ansiedad, los pacientes con TEPT pueden utilizar alcohol u otras sustancias para tratar sus síntomas de ansiedad.

Después de un trauma extremo las personas con frecuencia tienen algunos de los mismos síntomas del ADHD. El trastorno sólo se diagnostica si los síntomas persisten durante más de 1 mes. Si una persona va a desarrollar TEPT, habitualmente se produce en los 3 meses siguientes a la experiencia traumática.

El TEPT se puede producir a cualquier edad. Aproximadamente la mitad de las personas afectadas tiene resolución completa de los síntomas en un plazo de 3 meses. Los factores más importantes que afectan a la probabilidad de presentar este trastorno son la intensidad del episodio traumático, la duración del trauma y la proximidad de la exposición del individuo. Aproximadamente el 8% de las personas de EE. UU. se verá afectada en algún momento de su vida. Actualmente no se dispone de información sobre la prevalencia en otros países.

CASO CLÍNICO

Una paciente con trastorno de estrés postraumático dijo: «Me violaron cuando tenía 25 años. Durante mucho tiempo hablaba sobre la violación como si hubiera sido algo que le hubiera ocurrido a otra persona. Era muy consciente de que me había ocurrido a mí, pero simplemente no había sentimientos».

«Entonces empecé a tener escenas retrospectivas. Me llegaban como salpicaduras de agua. Me sentía aterrada. De repente estaba reviviendo la violación. Todos los instantes eran sorprendentes. No era consciente de nada de lo que me rodeaba; estaba en una burbuja, como si estuviera flotando. Y era aterrador; tener una escena retrospectiva te puede dejar «estrujado».

«La violación se produjo la semana antes de Acción de Gracias, y no puedo creer la ansiedad y el miedo que tengo todos los años hacia la fecha del aniversario. Es como si viera a un hombre lobo. No me puedo relajar, no puedo dormir, no quiero estar con nadie. Me pregunto si alguna vez llegaré a estar libre de este terrible problema».

CUADRO 11-2 CONSIDERACIONES CULTURALES

Monitorización para detectar TEPT

Como profesional de enfermería usted va a atender a pacientes de todo el mundo. Los refugiados que emigran desde áreas de guerra e inestabilidad probablemente tengan aumento de la incidencia de trastornos de estrés postraumático. Debido a la naturaleza del trastorno y las circunstancias individuales, los pacientes afectados pueden ser reacios a discutir sus experiencias de tortura y trauma. Se debe preguntar específicamente a los refugiados sobre experiencias traumáticas y síntomas de TEPT. El profesional de enfermería podría preguntar: «¿Tiene pesadillas sobre cosas que ocurrieron en su país?», o «¿Tiene usted pensamientos recurrentes sobre cosas malas que le hayan ocurrido?». Se debe derivar a los pacientes para que reciban tratamiento si está indicado.

TRAMA SEXUAL MILITAR

La Veterans Administration de EE. UU. ha identificado una enfermedad llamada *trauma sexual militar*, que se refiere a acoso sexual o agresión sexual que se produce en contextos militares. Tanto varones como mujeres pueden ser las víctimas del trauma sexual militar, y el agresor puede ser del mismo sexo o del sexo opuesto. En 1995 el Ministerio de Defensa estadounidense realizó un extenso estudio de persecución sexual en poblaciones en servicio activo y encontró que el 78% de las mujeres y el 38% de los varones habían sufrido acoso sexual durante un período de 1 año. Las tasas de agresión sexual consumada o en tentativa fueron del 6% para las

mujeres y del 1% para los varones. Estudios en la Guerra del Golfo encontraron que las tasas de agresión y acoso sexual realmente aumentaban en tiempo de guerra (Street y Stafford, 2004).

Las víctimas del trauma sexual militar tienen aumento del riesgo de TEPT. Los varones tienen un riesgo de presentar TEPT después del trauma sexual militar del 65%, y las mujeres tienen un riesgo del 45,9% (fig. 11-8 ■). El trauma sexual militar se asocia a mayor riesgo de TEPT incluso que el combate militar, que produce TEPT con una tasa general del 38,8%. Además, los veteranos militares con TEPT por trauma sexual militar tienen mayor incidencia de trastorno depresivo mayor, dificultad para el ajuste después de la licencia, peor salud psicológica y física y aumento de la incidencia de abuso de sustancias (Street y Stafford, 2004; Yaeger, Himmelfarb, Cammack y Mintz, 2006).

La implicación para los profesionales sanitarios es que se debe evaluar cuidadosamente a los veteranos para detectar trauma sexual militar debido al estigma asociado a la persecución sexual y a la reticencia de las víctimas a notificar o incluso reconocer que se ha producido. La camaradería militar y el hecho de que los agresores con frecuencia trabajan cerca de las víctimas dificultan la recogida de datos exactos. En lugar de preguntar por «violación» o «acoso sexual», los profesionales de enfermería deben hacer preguntas como: «Mientras estuve en el ejército, ¿alguna vez experimentó alguna atención sexual no deseada, como comentarios verbales, contacto físico o presión para obtener favores sexuales?», y «¿Alguna vez alguien utilizó la fuerza o la amenaza de la fuerza para mantener relaciones sexuales con usted en contra de su voluntad?» La Veterans Administration exige el cribado universal de los veteranos para detectar un antecedente de trauma sexual militar (Street y Stafford, 2004).



Figura 11-8. ■ Los veteranos que experimentan trauma militar sexual tienen mayor riesgo de presentar TEPT que los que entran en combate. Fuente: Corbis/Reuters America LLC.

CASO CLÍNICO

Una mujer que sufrió trauma sexual militar dijo lo siguiente: «Uno de mis superiores siempre hacía chistes o comentarios sexuales a las mujeres reclutadas. Intentábamos ignorarlo o sonreír para que no se enfadara. Tenía que llevar documentos a su tienda con frecuencia. Siempre esperaba hacerlo cuando hubiera otras personas. Cuando me violó no podía gritar, intenté empujarle y decirle que no lo hiciera, pero ni siquiera podía luchar con suficiente fuerza porque era mi oficial al mando. Nunca me he sentido tan indefensa. Nunca me sentí segura de nuevo. Después pensé: “Los dos estamos en el ejército de EE. UU. ¿Quién está a mi lado ahora?” Nunca se lo dije a nadie mientras estuve desplegada. Pensé que le creerían a él, o que me metería en problemas, o que nadie creería que había ocurrido. Cuando salí, el profesional de enfermería de la VA me preguntó si me había ocurrido algo como esto. Me sentí muy agradecida porque alguien reconociera lo que había ocurrido. Ahora estoy en un grupo de mujeres supervivientes. Tengo problemas para dormir. He pensado en ello todos los días desde que ocurrió. Me siento culpable y siempre tengo miedo. Es lo peor que me ocurrió durante la guerra».

FOBIA SOCIAL

La fobia social (también denominada *trastorno de ansiedad social*) se caracteriza por miedo marcado y persistente a las situaciones sociales o actuaciones en público en las que se puede producir vergüenza. Una **fobia** es un miedo persistente e irracional. La exposición a la situación social o a la actuación (como hablar en público o hablar a un supervisor) casi siempre produce una reacción de ansiedad inmediata. Los adultos y adolescentes con fobia social reconocen que su miedo es excesivo. Los niños afectados pueden no reconocerlo. Las personas habitualmente evitan las situaciones de riesgo, aunque pueden soportarlas con miedo. La fobia social sólo existe si el miedo, la evitación o la ansiedad sobre el encuentro con la situación social interfiere significativamente con la rutina diaria o con la vida social, académica o profesional, o si la persona tiene sufrimiento marcado por el trastorno. La ansiedad anticipatoria puede comenzar semanas antes del acontecimiento social previsto (American Psychiatric Association, 2000).

En personas menores de 18 años los síntomas deben haber durado más de 6 meses. La ansiedad social temporal en la infancia o la adolescencia es bastante frecuente y no constituye fobia social. Tampoco se incluye el miedo a hablar en situaciones en las que puede estar justificado el miedo, como cuando el profesor le llama y no ha hecho los deberes.

En la fobia social la ansiedad con frecuencia se acompaña de síntomas físicos, como enrojecimiento, sudoración excesiva, náuseas, molestia digestiva, temblor y dificultad para hablar. Aunque reconocen que sus miedos son irracionales, los pacientes con este trastorno son incapaces de controlarlo. Aunque hayan hecho la tarea temida, los pacientes con este trastorno siguen sintiéndose ansiosos sobre cómo lo han hecho y cómo

les han juzgado los demás. Puede ser difícil hacer o mantener los amigos. Los pacientes que tienen fobia social pueden medicarse con alcohol o drogas para poder soportar las situaciones sociales.

CASO CLÍNICO

«Siento miedo en todas las situaciones sociales. Tengo ansiedad incluso antes de salir de casa, y aumenta al acercarme al colegio, a una fiesta o a lo que sea. Noto malestar en el estómago, casi siempre como si tuviera la gripe. El corazón golpea fuerte, me sudan las palmas de las manos y tengo ese sentimiento al separarme de cualquier otra persona».

«Cuando entraba en una habitación llena de gente, me ponía rojo y me sentía como si los ojos de todo el mundo estuvieran fijos en mí. Me avergonzaba estar en un rincón solo, pero no podía pensar en nada que pudiera decir a nadie. Era humillante. Me sentía muy torpe; no podía esperar a marcharme».

«No podía ir a ninguna cita, y durante algún tiempo ni siquiera iba al colegio. En el segundo curso de la universidad tuve que ir a casa durante un semestre. Me sentía un fracaso total» (NIMH, 2006).

FOBIAS ESPECÍFICAS

Una fobia específica es un miedo excesivo a un objeto o situación específico. Podría estar desencadenado por la presencia o incluso la anticipación del objeto temido. Los pacientes afectados tienen una reacción de ansiedad inmediata en respuesta a la situación temida, que puede adoptar la forma de una crisis de angustia. Algunas formas de fobias específicas son miedo a los animales, a volar, a las alturas o a las agujas. La figura 11-9 ■ muestra a un varón con claustrofobia. La tabla 11-3 ■ presenta ejemplos de fobias específicas y sus nombres clínicos. Los adultos con fobias reconocen que sus miedos no son razonables. Habitualmente evitan el estímulo fóbico, aunque lo soportan con intensa ansiedad o con miedo. Una fobia afecta gravemente a la rutina diaria, el desempeño de funciones laborales o académicas, la vida social o la calidad de vida de la persona (American Psychiatric Association, 2000).

Los niños con frecuencia tienen miedo a cosas que parecen irracionales para los adultos. No se diagnostica a un niño con miedo de fobia específica salvo que el miedo sea específico, extremo, produzca mucho sufrimiento y haya afectado al rendimiento laboral o diario durante al menos 6 meses. Los niños con fobias pueden no reconocer que sus miedos son irracionales. La ansiedad en niños se puede expresar por llanto, aferrarse a los padres, imposibilidad de moverse o «estar congelados de miedo», o rabietas.

Cuando las fobias suponen situaciones u objetos que son fáciles de evitar, los pacientes pueden no sentir la necesidad de solicitar tratamiento. Las fobias en las que están implicadas experiencias cotidianas pueden ser muy incapaci-



Figura 11-9. ■ Un ascensor puede ser un lugar aterrador para un paciente con claustrofobia. Fuente: PhotoEdit Inc.

citantes. Los miedos a objetos y situaciones específicos son muy frecuentes. No se diagnostica fobia específica salvo que la fobia interfiera significativamente con el desempeño de funciones del individuo o le produzca un sufrimiento grave.

Las fobias específicas con frecuencia se producen en personas que también tienen otros trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con sustancias. Los pacientes que tienen fobia a la sangre, infecciones y lesiones, tienen antecedente de desmayo por respuesta vasovagal en aproximadamente el 75% de los casos. Una respuesta vasovagal está indicada por aumento inicial de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, seguido por disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, que con frecuencia produce desvanecimiento (American Psychiatric Association, 2000).

Los primeros síntomas de la fobia específica habitualmente se producen durante la infancia, aunque pueden aparecer en la edad adulta. Los factores que predisponen a los pacientes a presentar fobias específicas incluyen los siguientes (American Psychiatric Association, 2000):

- Episodios traumáticos, como quedar atrapado en un armario o ser atacado por un animal
- Crisis de angustia inesperadas en la situación temida
- Observar a otras personas en la situación temida (ver a alguien caer desde una altura)

TABLA 11-3

Fobias específicas

NOMBRE CLÍNICO	OBJETO O SITUACIÓN TEMIDO
Acrofobia	Alturas
Agorafobia	Espacios abiertos
Ailurofobia	Datos
Apifobia	Abejas
Astrafobia	Rayos
Aviofobia	Volar
Claustrofobia	Espacios cerrados
Cinofobia	Perros
Entomofobia	Insectos
Gefirofobia	Fuentes
Hematofobia	Sangre
Hidrofobia	Agua
Microfobia	Gérmenes
Monofobia (o autofobia)	Estar solo
Misofobia	Suciedad
Nictofobia	Oscuridad, noche
Pirofobia	Fuego
Yatrofobia	Médicos
Xenofobia	Extranjeros

- Observar a otras personas demostrar sentimientos de miedo en esta situación (p. ej., la madre tiene miedo a ir al dentista)
- Transmisión informativa (cobertura por los medios de comunicación de bombardeos, desastres naturales, accidentes de avión o advertencias repetidas por los progenitores sobre los riesgos implicados de alguna situación)

La cuestión de las fobias específicas tiende a variar de una cultura a otra. Las mujeres suelen verse afectadas con mayor frecuencia por las fobias que los varones, con un cociente de 2:1. La prevalencia de las fobias disminuye en los ancianos. Algunas fobias tienden a aparecer en un patrón familiar, especialmente aquellas como miedo a la sangre y a las lesiones (American Psychiatric Association, 2000).

CASO CLÍNICO

Una persona con *aviofobia* (miedo a volar) decía: «Tengo un miedo mortal a volar, y nunca lo he vuelto a hacer. Empezaba a temer el viaje en avión 1 mes antes de la fecha de salida. Era una sensación terrible cuando se cerraba la puerta del avión y me sentía atrapado. El corazón latía fuerte y sudaba a borbotones. Cuando el avión empezaba a subir, simplemente reforzaba la sensación de que no podía salir. Cuando pienso en volar, me veo a mí mismo perdiendo el control, volviéndome loco, subiendo por las paredes, pero por supuesto nunca lo hacía. No tengo miedo a los accidentes. Simplemente es la sensación de estar atrapado. Siempre que he pensado en cambiar de trabajo he pensado: "¿Tendré que volar?". Actualmente sólo voy a sitios a los que pueda ir en coche o en tren. Mis amigos siempre me dicen que tampoco me podría bajar de un tren que viajara a mucha velocidad, así que ¿por qué no me molestan los trenes? Ya les digo que no es un miedo racional» (NIMH, 2006).

Asistencia integral

Como el síntoma de la ansiedad se asocia a muchos problemas fisiológicos y psicosociales diferentes, se debe realizar un diagnóstico exacto antes de comenzar el tratamiento. En el cuadro 11-3 ■ se presentan algunos trastornos médicos generales que con frecuencia se manifiestan con ansiedad.

Autocomprobación crítica. ¿Por qué es tan importante realizar un diagnóstico exacto del motivo de la ansiedad de un paciente antes de comenzar el tratamiento?

Hay tratamientos eficaces diseñados para los trastornos de ansiedad. Cada trastorno se trata de forma específica, aunque en general los tratamientos más eficaces son la terapia cognitiva-conductual y los fármacos (Satcher, Delgado y Masand, 2005).

CUADRO 11-3

Enfermedades médicas generales asociadas a ansiedad

- Hipoglucemia
- Hipertiroidismo
- Asma
- Neumonía
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Embolia pulmonar
- Encefalitis
- Arritmias cardíacas
- Deficiencia de vitamina B₁₂
- Feocromocitoma (tumor suprarrenal)
- Disfunción vestibular
- Neoplasias

TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL

Un objetivo importante de la terapia cognitiva-conductual (TCC) es reducir la ansiedad mediante la eliminación de las creencias o conductas maladaptativas que contribuyen a mantener el trastorno de ansiedad. La TCC es eficaz en la mayoría de los trastornos de ansiedad. Esta terapia tiene dos partes. En la parte **cognitiva** se ayuda a los pacientes a modificar los patrones de conducta que les impiden superar sus miedos. La terapia cognitiva incluye ayudar a los pacientes a descubrir los pensamientos erróneos que inician su ansiedad. La terapia cognitiva se basa en la idea de que los errores de pensamiento del paciente producen creencias negativas erróneas que continúan a pesar de los datos sobre lo contrario.

La *reestructuración cognitiva* es una técnica terapéutica en la que el paciente trabaja para modificar los patrones de pensamientos negativos que se producen de forma automática. Se enseña al paciente a ver el proceso de pensamientos negativos automáticos productores de ansiedad y el diálogo interno negativo. Cuando el paciente ve la base del pensamiento negativo erróneo, puede trabajar para ver la situación de forma realista, y se le puede ayudar a sustituir el diálogo interior negativo con un pensamiento más positivo y tranquilizante.

Los pacientes con trastornos de ansiedad tienden a atribuir la peor interpretación posible a los síntomas físicos. Por ejemplo, una mujer con trastorno de angustia puede pensar que sus crisis de angustia son infartos de miocardio. Se le puede ayudar a ver que son crisis de angustia y que no son potencialmente mortales. Se le puede enseñar a sustituir el pensamiento «¡Me estoy muriendo!» por «Estoy bien. Esto es una crisis de angustia». Puede discutir sus experiencias, buscando los síntomas y acontecimientos que se producen antes de las crisis de angustia para ayudarlo a identificar los desencadenantes. Finalmente se le puede ayudar a encontrar nuevas formas de pensar sobre los desencadenantes que inician las crisis de angustia. De forma similar, se puede ayudar a una persona con fobia social a ver que otras personas realmente no están juzgando que sea incompetente cuando entra en clase.

El objetivo de la parte *conductual* de la TCC es modificar la reacción conductual del paciente a las situaciones que provocan ansiedad. Un abordaje conductual es enseñar al paciente técnicas de respiración profunda o de relajación. Los pacientes pueden utilizar estas técnicas para afrontar la ansiedad relajándose deliberadamente o respirando de forma profunda en situaciones que esperan que provoquen ansiedad, interrumpiendo de esta forma las respuestas automáticas de ansiedad.

La *exposición* es un aspecto importante de la terapia conductual en los trastornos de ansiedad. En esta terapia los pacientes se enfrentan a lo que tienen. Hay varios abordajes para el uso de la exposición en la terapia conductual. Un abordaje, llamado *exposición y prevención de la respuesta*, se utiliza con frecuencia en el TOC. Por ejemplo, si los pacientes

tienen miedo a la suciedad y los gérmenes, el terapeuta les puede animar a que se ensucien las manos y que después estén cierto tiempo antes de lavárselas. El terapeuta ayuda al paciente a afrontar la ansiedad que se produce, y el paciente tiene éxito en el afrontamiento. Esta técnica ayuda a la persona a poner a prueba pensamientos racionales sobre el peligro de la suciedad. Al repetir esa técnica, el paciente tendrá una serie de experiencias con éxito de sobrevivir a la suciedad, y la ansiedad disminuirá a lo largo del tiempo (NIMH, 2006).

En otro tipo de ejercicio de exposición se puede animar a un paciente con fobia social a que pase cierto tiempo en una situación temida mientras lucha con su deseo de huir. Se puede pedir al paciente que recuerde un pequeño error social y que refiera cómo respondieron los demás. El terapeuta después puede discutir la reacción de los demás y ayudar al paciente a ver que el miedo al juicio de los demás no es tan brutal como temía el paciente. La práctica repetida y la discusión de los sentimientos y las técnicas de afrontamiento con el terapeuta pueden reducir la fobia social.

En los pacientes con trastorno de estrés postraumático, la exposición podría suponer el recuerdo del episodio estresante con detalle, permitiendo que el paciente lo reviviera en un entorno seguro. Si esta exposición se realiza con el apoyo de un terapeuta, puede ser posible reducir la ansiedad asociada a los acuerdos traumáticos (NIMH, 2006).

Se ha utilizado con éxito la terapia conductual sola para tratar fobias específicas. Se expone gradualmente a la persona al objeto o la situación temida. Inicialmente la exposición pueden ser sólo imágenes del objeto temido. Después, cuando el paciente se siente listo, se enfrenta a la situación temida real en un contexto seguro. El terapeuta habitualmente va con el paciente para ofrecerle apoyo y guía (NIMH, 2006).

La TCC habitualmente dura aproximadamente 12 semanas y se puede realizar de forma individual o en grupo. Como en toda psicoterapia, la TCC se debe dirigir a los problemas específicos del paciente. Lo que es un abordaje eficaz para una persona puede no ser eficaz para otra.

FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS

Se prefiere ayudar a un paciente a superar la ansiedad o aprender a manejarla a largo plazo sin fármacos. Como regla general, las personas están mejor si pueden desarrollar las herramientas para resolver sus propios problemas sin utilizar fármacos para resolver los problemas. Esto es especialmente cierto en los pacientes que tienen ansiedad transitoria o de bajo nivel o pocas habilidades de afrontamiento. El mejor abordaje para tratar la ansiedad en estos pacientes es fomentar habilidades de afrontamiento adaptativas.

Sin embargo, cuando está presente un trastorno de ansiedad, los pacientes pueden tener una función anormal de los neurotransmisores o del sistema neurohormonal, y su ansie-

dad puede no responder a la TCC ni a otras psicoterapias. Estos pacientes obtienen la mejor respuesta terapéutica de una combinación de TCC y tratamiento farmacológico. Fármacos de diversos grupos son eficaces en la ansiedad. Los antidepresivos se utilizan mucho en pacientes con ansiedad porque con frecuencia se asocia a depresión (Satcher y cols., 2005).

La mayoría de los fármacos contra la ansiedad son depresores del sistema nervioso central (SNC). Algunas personas abusan de los fármacos depresores del SNC tomándolos a dosis grandes para obtener un efecto eufórico. El efecto depresor del SNC aumenta cuando estos fármacos se combinan con alcohol. Los depresores del SNC producen depresión del sistema respiratorio, y los pacientes que abusan de ellos o los toman con alcohol tienen riesgo de depresión respiratoria y muerte.

A pesar de los posibles riesgos de los fármacos contra la ansiedad en algunos pacientes, generalmente son bastante seguros y hay muchas situaciones en las que están indicados. Algunas formas de ansiedad, como las fobias específicas, responden mejor a la terapia conductual sola, aunque la mayoría de los trastornos de ansiedad precisa una combinación de fármacos y psicoterapia para ofrecer un tratamiento eficaz. Los pacientes con trastorno de angustia pueden precisar la prescripción a largo plazo de fármacos contra la ansiedad porque no podrían desempeñar sus funciones sin ellos.

Los profesionales de enfermería deben saber que muchos pacientes con trastornos mentales precisan tratamientos para poder desempeñar sus funciones. Los pacientes con depresión necesitan antidepresivos y los que tienen psicosis necesitan antipsicóticos. De forma similar, los que tienen trastornos de ansiedad con frecuencia precisan fármacos contra la ansiedad para alcanzar sus tareas del desarrollo (educación, responsabilidades familiares o trabajo) y para desempeñar sus funciones. Aunque los fármacos contra la ansiedad están contraindicados como abordaje para la resolución de problemas en un paciente por lo demás normal, son necesarios para el bienestar de muchos pacientes con trastornos de ansiedad graves. Los profesionales de enfermería deben apoyar a estos pacientes que necesitan fármacos, porque en nuestra cultura hay un mensaje claro que dice «Simplemente di no a las drogas» en cualquier situación. El mensaje de los profesionales de salud mental es: «Tome fármacos si los necesita para tratar los trastornos mentales».

Los profesionales de enfermería deben educar a los pacientes de que si un tratamiento no es eficaz, merece la pena probar otras modalidades terapéuticas. Una combinación de psicoterapia y fármacos es la más eficaz en la mayoría de las personas. Si un fármaco no es eficaz, es probable que lo sea otro. Los pacientes con frecuencia deben probar varios fármacos antes de encontrar el mejor para ellos. En ocasiones los pacientes tienen que hacer esfuerzos por tener suficiente esperanza para solicitar

ayuda médica, y cuando el primer tratamiento no funciona el profesional de enfermería podría tener la tarea de mantener viva la esperanza con la tranquilización de que «seguiremos intentándolo».

Fármacos ansiolíticos

Las benzodiazepinas (BZ) constituyen los fármacos más prescritos en el mundo entero actualmente. Se utilizan en el tratamiento de la ansiedad, el insomnio, la abstinencia alcohólica, para la relajación del músculo esquelético, el tratamiento agudo de las convulsiones, la agitación grave, la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de angustia. La tabla 11-4 ■ ofrece mayor información sobre estos fármacos.

Autocomprobación crítica. ¿Por qué piensa usted que las benzodiazepinas son los fármacos más prescritos en todo el mundo?

Fármacos sedantes e hipnóticos

Los síntomas diana de los sedantes-hipnóticos son el insomnio y los trastornos del sueño. El **insomnio** incluye dificultad para dormirse, dificultad para mantenerse dormido o despertarse demasiado pronto y no poder volver a dormirse. El médico puede elegir la BZ específica para adaptar su duración de acción al problema de sueño del paciente (p. ej., un fármaco de acción corta sería mejor en alguien que tuviera dificultad para quedar dormido). La tabla 11-5 ■ muestra su duración de acción.

Ocasionalmente los pacientes tienen una respuesta **paradójica** (contradictoria, opuesta) a las BZ (ya sean ansiolíticos o sedantes). En lugar de relajación experimentan agitación o inestabilidad emocional. Los ancianos, los niños y los pacientes con lesión cerebral tienen mayor riesgo. Cuando un paciente tiene una reacción paradójica se debe interrumpir la BZ.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS. Las sobredosis de benzodiazepinas solas habitualmente no suelen ser mortales. Sin embargo, las muertes debidas a la combinación de BZ con alcohol constituyen un hecho relativamente frecuente. Se produce un efecto depresor aditivo del SNC cuando las BZ se ingieren con alcohol, ATC, IMAO o anticonvulsivos, antihistamínicos, antipsicóticos y otros depresores del SNC.

BARBITURATOS. Los barbituratos, como secobarbital y pentobarbital, se utilizan con poca frecuencia. Los otros fármacos sedantes-hipnóticos que se describen más arriba son más eficaces y seguros. Los barbituratos producen dependencia y tolerancia, tienen un síndrome de abstinencia peligroso, son peligrosos en caso de sobredosis y pueden producir muertes debido a sus interacciones con el alcohol y con otros depresores del SNC.

TABLA 11-4

Fármacos ansiolíticos

CLASIFICACIÓN Y FÁRMACO	ACCIÓN Y USO	RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA	EDUCACIÓN DEL PACIENTE
Fármacos ansiolíticos benzodiazepínicos (BZ)			
■ Alprazolam ■ Clordiazepóxido ■ Clonacepam ■ Cloracepato ■ Diacepam ■ Loracepam ■ Oxacepam	Se piensa que las BZ reducen la ansiedad potenciando los efectos inhibidores del neurotransmisor GABA. El GABA hace que la neurona sea menos sensible a los neurotransmisores estimulantes como noradrenalina, serotonina y dopamina. Las BZ se unen al GABA y a su punto receptor postsináptico, probablemente en los circuitos del miedo centrados en la amígdala, aumentando los efectos inhibidores del GABA y reduciendo de esta forma la ansiedad. Los síntomas diana de los ansiolíticos son nerviosismo, sudoración, aumento de la frecuencia cardíaca, sensación de terror, miedo, fobias, compulsiones, náuseas, vómitos, diarrea, mareo, irritabilidad, cefalea y sequedad de boca. Las BZ también se utilizan para tratar la abstinencia alcohólica, las convulsiones, para la relajación del músculo esquelético y para el tratamiento de urgencia de la agitación. Con frecuencia se combinan con antidepresivos para tratar la ansiedad asociada a la depresión. Si se toman durante un período prolongado (>2 semanas), la dosis se debe reducir progresivamente para evitar síntomas de abstinencia de estimulación del SNC. Los pacientes tienden a hacerse tolerantes a los efectos sedantes a lo largo del tiempo, aunque no necesariamente a los efectos ansiolíticos (Stahl, 2005)	Evaluar la eficacia del fármaco en el tratamiento de los síntomas diana. Valorar para detectar efectos colaterales: sedación, ataxia, mareo, debilidad, pérdida de memoria y confusión. Los ancianos pueden tener dificultad para metabolizar las BZ de acción prolongada, y pueden tener concentraciones sanguíneas elevadas. Los fármacos de acción corta son una mejor opción en ancianos. También tiene mayor probabilidad de tener efectos colaterales cognitivos relacionados con la memoria con el tratamiento crónico con BZ de los adultos más jóvenes. Las dosis de BZ se deben reducir progresivamente cuando se interrumpa el fármaco. La sobredosis de BZ solas casi nunca produce la muerte. Hay un antídoto, flumacénilo, que puede revertir las acciones de las BZ cuando sea necesario. Las BZ ansiolíticas se clasifican como categoría D en la gestación (datos positivos de riesgo para el feto humano, los posibles beneficios pueden seguir justificando su uso durante la gestación). Evitar especialmente en fases tempranas de la gestación.	Enseñar a los pacientes a evitar el alcohol cuando tomen BZ. Los antiácidos y el alimento en el estómago hacen que las BZ se absorban más lentamente hacia la sangre. Los efectos colaterales disminuyen con el paso del tiempo. Los pacientes deben evitar conducir y estar en situaciones en las que la coordinación muscular sea un problema de seguridad hasta que sepan cómo les afectarán estos fármacos. No dejar de tomar súbitamente las BZ. Las dosis se deben reducir progresivamente para evitar los síntomas de abstinencia. Enseñar a las pacientes que estos fármacos están contraindicados durante la gestación, de modo que las pacientes deben notificar a los médicos por adelantado si tienen previsto quedar gestantes.
Fármacos ansiolíticos no benzodiazepínicos			
Clasificación: Azaspirona ■ Buspirona Clasificación: Betabloqueantes ■ Propranolol	La buspirona probablemente actúa como agonista serotoninérgico, aumentando la actividad de la serotonina. No es sedante, no produce euforia y no tiene <i>tolerancia cruzada</i> con los sedantes ni con el alcohol. (Un ejemplo de tolerancia cruzada es cuando los pacientes toleran grandes cantidades de alcohol; también tolerarán las BZ, aunque nunca las hayan tomado antes.)	Evaluar para detectar la eficacia del fármaco en la reducción de la ansiedad. Valorar para detectar efectos colaterales que incluyen mareo, cefalea, náuseas, nerviosismo y excitación. Es un fármaco seguro. Como no tiene potencial de abuso, no es una sustancia controlada. Evaluar para determinar su eficacia sobre los síntomas diana de la ansiedad. Valorar para detectar efectos colaterales: bradicardia, astenia,	La buspirona comienza a tener efectos ansiolíticos en 7-10 días, aunque puede tardar hasta 6 semanas en producir el efecto completo. Si este fármaco no es eficaz, se pueden probar otros fármacos. Enseñar al paciente a levantarse lentamente para prevenir la hipertensión ortostática. Indicar al paciente

TABLA 11-4

Fármacos ansiolíticos (cont.)

CLASIFICACIÓN Y FÁRMACO	ACCIÓN Y USO	RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA	EDUCACIÓN DEL PACIENTE
Fármacos ansiolíticos no benzodiacepínicos (cont.)			
	La buspirona no produce dependencia ni abstinencia. Prácticamente no tiene potencial de abuso. No es eficaz frente a las convulsiones, el espasmo muscular ni la abstinencia alcohólica, ni tampoco en el trastorno de angustia. Si un paciente va a cambiar de una BZ a buspirona, la dosis de la BZ se debe reducir lentamente para evitar la abstinencia. El propranolol es un bloqueante de los receptores beta-adrenérgicos (betabloqueante). En lugar de actuar directamente sobre la ansiedad, reduce algunos de sus síntomas, como el aumento de la frecuencia cardíaca. Se utiliza para el tratamiento de la fobia social. El síntoma diana es la ansiedad escénica u otra ansiedad relacionada con situaciones sociales, habitualmente administrado a demanda.	debilidad, mareo e hipotensión. Suspender si la frecuencia cardíaca es <50. El inicio de la acción es de 30 minutos, y el máximo 60 minutos después de la toma oral.	que tome el fármaco 30-60 minutos antes de la actividad prevista que produce ansiedad (como hablar en público o una actuación musical).
Fármacos sedantes-hipnóticos benzodiacepínicos			
■ Estazolam ■ Fluracepam ■ Temacepam ■ Triazolam ■ Quacepam	La acción farmacológica es la misma que la de las BZ para la ansiedad. El síntoma diana es el insomnio. Se debe elegir el fármaco específico utilizado para adaptarse al trastorno del sueño del paciente. Los pacientes que se despiertan demasiado pronto y no se pueden volver a dormir deben recibir fármacos de acción prolongada, y los que no se pueden quedar dormidos deben recibir fármacos de acción corta.	Evaluar la duración y la calidad del sueño del paciente. Valorar para detectar efectos colaterales: sedación, astenia, depresión, mareo, pérdida de memoria, confusión y depresión respiratoria (cuando se combinan con alcohol o con otros depresores del SNC). Los sedantes-hipnóticos BZ se clasifican como categoría X en la gestación (datos positivos de riesgo para el feto humano, contraindicados durante la gestación, pueden producir flacidez neonatal o efectos de abstinencia cuando se toman en fases tardías de la gestación).	Los pacientes deben evitar tomar alcohol con estos fármacos. La depresión del SNC aditiva puede producir depresión respiratoria mortal. Indicar a las pacientes que se lo comuniquen al médico por adelantado si tienen prevista la gestación, para que se pueda reducir progresivamente la dosis de estos fármacos.
Fármacos sedantes-hipnóticos no benzodiacepínicos			
Clasificación: ■ Ciclopírronolonas ■ Eszopiclona ■ Imidazopiridina ■ Zolpidem ■ Pirazopirimidina	Estos fármacos no son BZ, aunque también interactúan con los receptores GABAérgicos, potenciando las funciones inhibitorias del GABA y produciendo sedación. El síntoma	Evaluar la duración y la calidad de sueño del paciente. Los pacientes no se deben despertar por la mañana con sensación de «resaca» debido a la corta duración de la acción. Efectos colaterales: sedación, mareo, ataxia.	Enseñar al paciente a tomar estos fármacos sólo a acostarse. El paciente tendrá demasiada sedación como para desempeñar sus funciones de forma segura si

(Continúa)

TABLA 11-4

Fármacos ansiolíticos (cont.)

CLASIFICACIÓN Y FÁRMACO	ACCIÓN Y USO	RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA	EDUCACIÓN DEL PACIENTE
Fármacos sedantes-hipnóticos no benzodiacepínicos (cont.)			
	diana de estos fármacos es el insomnio. Deben aumentar la cantidad del sueño y reducir la latencia (espera) hasta quedarse dormido. También deben reducir el número de despertares nocturnos. Tienen un inicio de acción más rápido que las BZ y menor duración del efecto.	Está indicada una dosis más baja en ancianos, que también tienen mayor riesgo de caídas. Si se toma durante más de varias semanas, la dosis se debe reducir lentamente para prevenir los efectos de abstinencia.	lo toma durante el día. El inicio de acción es rápido. Evitar el uso de alcohol con estos fármacos debido a la depresión aditiva del SNC.
Clasificación: Antihistamínicos ■ Difenhidramina ■ Hidroxicina	Los antihistamínicos en ocasiones se utilizan por su efecto colateral sedante. Actúan bloqueando los receptores histamínicos 1. Están disponibles en formas inyectable y oral. Los síntomas diana son ansiedad e insomnio. Estos fármacos se deben preferir en pacientes con ansiedad e insomnio relacionados con prurito.	Evaluar la capacidad del fármaco de conseguir los efectos previstos. Valorar para detectar efectos colaterales: sedación, sequedad de boca, estreñimiento, palpitaciones, temblor. Está indicada una dosis más baja en ancianos. Pueden ser más sensibles a los efectos sedantes y anticolinérgicos.	Enseñar a los pacientes, especialmente a los ancianos, medidas para la prevención del estreñimiento (dieta rica en fibra, líquidos y ejercicio).

TABLA 11-5

Duración de la acción de los fármacos ansiolíticos y sedantes-hipnóticos benzodiacepínicos

FÁRMACO	DURACIÓN DE ACCIÓN	¿DISPONIBLE EN FORMA INYECTABLE (I.M. E I.V.)?
Ansiolíticos		
Alprazolam	Acción inmediata	No
Clordiacepóxido	Acción prolongada	Sí
Clonacepam	Acción prolongada	No
Cloracepato	Acción prolongada	No
Diacepam	Acción prolongada	Sí
Loracepam	Acción intermedia	Sí
Oxacepam	Acción intermedia	No
Sedantes-hipnóticos		
Estazolam	Acción intermedia	No
Fluracepam	Acción prolongada	No
Temacepam	Acción intermedia	No
Triazolam	Acción corta	No
Quacepam	Acción prolongada	No

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

En la historia de enfermería el profesional de enfermería puede identificar que el paciente tiene una enfermedad médica general que con frecuencia tiene la ansiedad como síntoma (v. cuadro 11-3). En estos pacientes el tratamiento del trastorno médico general trata los síntomas de ansiedad. Por ejemplo, si una paciente tiene síntomas de ansiedad por hipoxia por una crisis de asma, el tratamiento es el inhalador para obtener broncodilatación, no un ansiolítico.

Los síntomas físicos de la ansiedad habitualmente comienzan con aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria. (tabla 11-2, que resume los aspectos subjetivos y la conducta observable de un paciente que tiene ansiedad.) El profesional de enfermería debe evaluar no sólo si el paciente tiene ansiedad, sino también el nivel de ansiedad.

Las valoraciones importantes de los profesionales de enfermería siempre deben incluir cómo responden los pacientes a su enfermedad y cómo responden al tratamiento. Los profesionales de enfermería deben documentar sus hallazgos objetivos, como los signos vitales del paciente y las conductas observadas, además de los síntomas subjetivos, como las afirmaciones de los pacientes sobre cómo se sienten. La documentación también debe incluir qué factores producen o empeoran la ansiedad, si se han observado. El profesional de enfermería debe utilizarlos en la fase de intervención del proceso de enfermería. Los profesionales de enfermería utilizan los hallazgos de la valoración para ayudar al paciente a reconocer los factores que aumentan y reducen la ansiedad y para mejorar la introspección de los pacientes.

Los profesionales de enfermería responsables de la asistencia de pacientes que reciben fármacos deben conocer los efectos deseados y los posibles efectos adversos de estos fármacos. El profesional de enfermería debe evaluar la respuesta del paciente a los fármacos. El cuadro 11-4 ■ ofrece un ejemplo de entrada narrativa en la historia de una paciente con ansiedad. Incluye información sobre la valoración objetiva y subjetiva y cómo ha respondido la paciente al tratamiento. Observe que el profesional de enfermería ha intentado intervenciones no farmacológicas antes de administrar a la paciente la dosis prescrita a demanda de diacepam.

Si un paciente estuviera experimentando un episodio de ansiedad, el profesional de enfermería debería preguntar sobre la percepción del paciente de la amenaza que representa la situación. Esta es una valoración importante. El profesional de enfermería también debería valorar el uso por el paciente de alcohol o de drogas como automedicación para la ansiedad en su domicilio. Un antecedente de insomnio o el uso habitual de fármacos para dormir puede indicar ansiedad crónica. La información sobre los métodos de afrontamiento habituales del paciente puede ser útil para planificar la asistencia del paciente con ansiedad. El cuadro 11-5 ■ presenta algunas preguntas que permitirían obtener información sobre los métodos de afrontamiento habituales del paciente.

CUADRO 11-4

Ejemplo de una historia narrativa de un paciente con ansiedad

La paciente es una mujer de 82 años que ha residido en un centro de cuidados crónicos durante 1 año, desde que tuvo un ACV. No puede deambular debido a una hemiplejía. También se le ha diagnosticado de trastorno de ansiedad generalizada.

Historia de enfermería en las notas narrativas: *Signos vitales aumentados (FC 105, R 24, PA 154/96). La paciente estaba inquieta, incapaz de centrarse en una actividad, moviendo cosas de forma repetida en la mesa de la cabecera de la cama. La paciente afirma: «¡Estoy muy nerviosa! ¡No sé qué hacer!». La paciente rechazó un masaje en la espalda o música para reducir la ansiedad. Di a la paciente la dosis a demanda de diacepam 2,5 mg hace 30 minutos, con los resultados deseados. La paciente está trabajando en un rompecabezas y afirma que se siente mejor y ya no está tan nerviosa. – Enfermera Ima, DUE*

El nivel de ansiedad del profesional de enfermería es otra valoración importante. Cuando el profesional de enfermería tiene ansiedad, es mucho más fácil que el paciente sienta ansiedad. La ansiedad es «contagiosa» de esta forma. El profesional de enfermería necesita suficiente introspección para reconocer su propia ansiedad y las situaciones que la favorecen. Después el profesional de enfermería puede utilizar métodos de afrontamiento adaptativos para reducir la ansiedad y tener una actitud tranquila con el paciente. Un profesional de enfermería tranquilo hace que el paciente tenga mayor facilidad para mantenerse tranquilo.

Puede ser estresante para un paciente discutir sus sentimientos de ansiedad. En ocasiones es menos estresante para el paciente negar la ansiedad, y se puede resistir a enfrentarse a estos sentimientos disfóricos. El paciente reticente puede no estar intentando conscientemente dificultar el trabajo del profesional de enfermería, sino que puede estar utilizando conductas que ha aprendido como forma de evitar el estrés. Algunas conductas de resistencia que utilizan los pacientes para evitar reconocer la ansiedad incluyen las siguientes (Stuart, 2005):

- **Hostilidad.** El paciente utiliza la ofensa para defenderse y se relaciona con los demás de forma agresiva. El personal de enfermería puede tomar esta conducta como algo

CUADRO 11-5

Valoración de los métodos de afrontamiento de los pacientes

- «Cuando tiene mucho estrés, ¿qué hace?»
- «¿Qué hace usted habitualmente en situaciones como esta?»
- «¿Qué le ayuda habitualmente cuando ocurre esto?»
- «¿Quién le ayuda en momentos como este?»
- «¿Alguna vez bebe alcohol para superar momentos estresantes?»
- «¿Adónde podría acudir para recibir ayuda?»
- «¿Qué le ayuda a superar un día realmente malo?»

personal y responder con ira, lo que refuerza la evitación de la ansiedad del paciente.

- **Búsqueda de síntomas.** El paciente se centra en síntomas físicos leves para evitar reconocer sus sentimientos difíciles.
- **Seducción emocional.** El paciente intenta manipular la situación haciendo que el profesional de enfermería sienta lástima o piedad.
- **Superficialidad.** El paciente mantiene la conversación en un nivel somero y superficial, sin profundizar nunca en los sentimientos reales.
- **Intelectualización.** El paciente expresa ideas sobre los pacientes en general o analiza los sentimientos a un nivel intelectual, sin hablar sobre sus propios sentimientos reales.
- **Retraimiento.** El paciente habla de una forma vaga o poco clara.
- **Olvido.** El paciente olvida a propósito (o finge olvidar) un incidente para evitar explorarlo con el profesional de enfermería.

Estas conductas de resistencia pueden hacer que los profesionales de enfermería respondan con frustración, ira o ansiedad. Los profesionales de enfermería deben conocer esta posibilidad para poder responder al paciente de la forma más terapéutica. La conducta del paciente no debe determinar la conducta del personal de enfermería. Cuando los profesionales de enfermería se sienten enfadados o frustrados con el paciente, tienen la oportunidad de desarrollar introspección personal sobre cómo se ven afectados por la conducta del paciente. Esta introspección les puede liberar de la frustración de reaccionar negativamente ante ciertos pacientes.

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

La ansiedad es un diagnóstico de enfermería. Los profesionales de enfermería pueden diagnosticar y tratar el síntoma de la ansiedad de forma independiente. Cuando un paciente tiene ansiedad incapacitante, como en un trastorno de ansiedad, el médico establece el diagnóstico y la asistencia es integral. Algunos diagnósticos de enfermería frecuentes en los pacientes que tienen ansiedad son los siguientes:

- Ansiedad
- Miedo
- Afrontamiento ineficaz
- Deterioro de la interacción social
- Aislamiento social
- Impotencia
- Síndrome postraumático

Los resultados deseados en los pacientes con ansiedad generalmente están en tres niveles. Primero, durante la *fase aguda* de la ansiedad los resultados deseados son que los pacientes estén libres de lesiones autoinfligidas y que tengan disminución de los síntomas de ansiedad. Segundo, durante la *fase de estabilización*

del tratamiento los pacientes deben comenzar a aprender a manifestar verbalmente sus propios sentimientos, conocer su propia respuesta al estrés e intentar nuevos métodos para la reducción de la ansiedad. Finalmente, *en la comunidad* los pacientes deben desarrollar métodos adaptativos para afrontar el estrés, utilizar sistemas de apoyo y demostrar un desempeño de funciones sociales y laborales adecuado (Schultz y Videbeck, 2005).

Fase aguda

Durante la fase aguda de la ansiedad, el paciente tiene máximo riesgo.

- Valore el riesgo de autolesiones. *Los pacientes con algunos trastornos de ansiedad (especialmente trastorno de angustia y TEPT) tienen riesgo de suicidio.*
- Observe de cerca y ofrezca un entorno seguro. *Los pacientes con riesgo de suicidio precisan observación estrecha y apoyo y no deben tener acceso a métodos para autolesionarse.*
- Tenga una actitud tranquila y no amenazante mientras atiende al paciente. *La ansiedad se transmite fácilmente de una persona a otra. Los pacientes se sienten más seguros cuando el profesional de enfermería está confiado y tranquilo y no es amenazante.*
- Tranquilice al paciente de que está seguro. No deje sola a una persona con ansiedad aguda. *Los pacientes con mucha ansiedad pueden temer por sus vidas. La presencia del profesional de enfermería puede transmitir protección y seguridad.*
- Mantenga un entorno con bajo nivel de estimulación (evite ruidos intensos y luz brillante). *Los estímulos ambientales pueden empeorar la ansiedad, porque la ansiedad elevada reduce la capacidad del paciente de filtrar los estímulos.*
- Mantenga la comunicación sencilla y directa. *Los niveles elevados de ansiedad hacen que los pacientes no puedan centrarse en nada más que mensajes breves y concretos.*
- Si se ha prescrito un fármaco ansiolítico a demanda y lo necesita, adminístrelo. *Los profesionales de enfermería con frecuencia dudan si administrar los fármacos a demanda. La suspensión de un fármaco ansiolítico necesario puede comunicar al paciente que hay algo mal con la toma de este fármaco. Los fármacos ansiolíticos son seguros y eficaces y se deben administrar cuando sea necesario.*

Fase de estabilización

Después de la fase aguda, cuando ya se han resuelto los síntomas de la ansiedad, comienza la fase de estabilización.

- Anime al paciente a que exprese sus sentimientos. Realice el uso terapéutico del propio yo por el profesional de enfermería (utilización de habilidades interpersonales y de comunicación como intervenciones de enfermería terapéuticas). Disponga de tiempo para una interacción uno a uno. *El uso terapéutico del propio yo por el profesional de enfermería ayuda a establecer la confianza y el fundamento de una relación terapéutica. Las interacciones uno a uno dan tiempo a que el paciente exprese sus sentimientos en un lugar no amenazante.*

CUADRO 11-6

Enseñanza del ejercicio de relajación progresiva

Explique al paciente que la relajación progresiva es un ejercicio que supone primero tensar y luego relajar los principales grupos musculares, desde un extremo del cuerpo hasta el otro. Este ejercicio se puede realizar con el paciente sentado o tumbado. Baje la intensidad de las luces. El ejercicio se realiza mejor con los ojos del paciente cerrados para que se pueda concentrar en la relajación. El profesional de enfermería debe leer lo siguiente:

- Haga una inspiración profunda y manténgala. Manténgala hasta que acumule toda la tensión de su cuerpo, y después déjela salir lentamente. La tensión está saliendo con el aire. Habrá otra respiración relajante profunda y lenta. Deje salir la tensión cuando deja salir el aire.
- Ahora tense los músculos de los pies. Los dedos de los pies están totalmente tensos. Ahora suéltelos. Mueva los dedos de los pies y

deje que se relajen. Ahora las pantorrillas y los tobillos. Ponga los pies mirando hacia la cabeza y manténgalos tensos. Después deje que miren hacia el suelo y manténgalos tensos. Ahora mueva los pies y relájelos. Ahora están libres. Tense los muslos. Apriételos hacia abajo y note la tensión. Está bien; mueva las piernas y aflójelas.

- Contraiga el abdomen. Sujete los músculos planos hacia abajo. Manténgalo tenso. Ahora suéltelo. Ponga los brazos cerca del cuerpo. Más cerca, más tensos. Después libérelas. Mueva los brazos para aflojarlos. Ahora las manos. Apriételas para formar puños. Ténselas. Ahora aflójelas. Mueva los dedos de las manos. Deje que bailen a medida que se relajen. Por último, la boca. Apriete los dientes. Apriete la lengua en el techo de la boca. Ahora deje la lengua en reposo. Abra la boca y haga una respiración profunda.
- Todo su cuerpo está relajado ahora. Aguante la respiración y después deje salir el aire, y con ese aire sale lo último que quedaba de tensión. Ya está relajado.

- Utilice técnicas de comunicación terapéutica. *Las técnicas de comunicación terapéutica ayudan a los pacientes a analizar sus propios sentimientos y acciones.*
- Ayude al paciente a explorar los factores que producen ansiedad. *El conocimiento de lo que ocurre antes de la ansiedad puede comenzar el proceso de desarmar estos factores precipitantes y aprender a responder a los mismos de forma adaptativa y sin ansiedad.*
- Explore las opciones para responder de forma adaptativa a los agentes estresantes, y póngalas en práctica cuando sea posible. *Las nuevas habilidades de afrontamiento se pueden discutir y planificar primero, aunque será mejor incorporarlas a la vida del paciente si se quiere tener la oportunidad de ponerlas en práctica.*
- Enseñe al paciente a reconocer la ansiedad a medida que se produce y a asumir el control de evitar que aumente la ansiedad (técnicas de relajación o respiración, ejercicio, meditación). *Si el paciente puede reconocer la ansiedad en fases tempranas, cuando todavía se puede centrar en la resolución de problemas, puede utilizar diversas técnicas para reducir las respuestas de ansiedad. Las técnicas que se enumeran en el apartado de intervenciones pueden ser todas ellas eficaces. La preferencia del paciente indica cuál se debe utilizar.*

Una intervención eficaz para el alivio de la ansiedad es la relajación progresiva. En el cuadro 11-6 ■ se presentan las orientaciones para ayudar al paciente a realizar un ejercicio de relajación progresiva. Observe que las orientaciones que da el profesional de enfermería al paciente primero tensan y después relajan todos los grupos musculares. La tensión sirve para mostrar el contraste entre tensión y relajación y hace que el paciente tenga más facilidad para determinar cómo se siente el grupo muscular cuando está relajado. El profesional de enfermería guía al paciente durante el ejercicio la primera vez. Después el paciente lo practica él solo. Finalmente, el paciente aprende a utilizar la técnica de relajación cuando se produce una situación estresante para detener la progresión de la ansiedad.

El profesional de enfermería no debe tener el objetivo de aliviar toda la ansiedad. Cierta ansiedad es un mecanismo protector necesario que permite que las personas estén alertas al peligro y aprendan cosas nuevas. Los profesionales de enfermería deben ayudar a los pacientes a conocerse a sí mismos para que puedan aprender nuevas habilidades de afrontamiento y puedan mantener la ansiedad en un nivel manejable.

El profesional de enfermería puede ayudar a los pacientes a reconocer su propia ansiedad describiendo la conducta de los pacientes y conectándola con sentimientos de ansiedad. Por ejemplo, el profesional de enfermería podría decir: «Le he visto paseando de un lado a otro del pasillo (o retorciéndose las manos, o agitándose, etc.). ¿Se sentía usted nervioso o ansioso en ese momento?».

EVALUACIÓN

En la fase de evaluación del proceso de enfermería, el profesional de enfermería revisa si se han producido los resultados deseados para el paciente. ¿Se han producido por completo, de forma parcial o no se han producido? Si no se han producido, ¿por qué no? Tal vez los resultados eran anormalmente elevados para el paciente. Tal vez las intervenciones de enfermería no eran adecuadas o no eran suficientemente frecuentes. Cuando se haya revisado todo el plan de enfermería, se puede volver a aplicar para garantizar que se puedan cumplir los resultados de la asistencia para el paciente.

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Paciente con trastorno de ansiedad generalizada

La Sra. Miedo es una latina de 70 años de edad con demencia leve que vive en un centro asistencial de cuidados crónicos. Se

la ha trasladado a la unidad especializada cuando volvió del hospital para recuperarse de una fractura de cadera. Se le diagnosticó de trastorno de ansiedad generalizada cuando era joven. No ha tenido síntomas de ansiedad grave durante varios años, hasta después de la operación de cadera. El profesional de enfermería de la unidad especializada es Marc.

Valoración. La frecuencia cardíaca de la Sra. M. es 110, la frecuencia respiratoria es 26 y la PA es 158/98. Está orientada en cuanto a persona y lugar y está muy alerta, vigilando con atención a todos los que entran en su habitación. Tiene la piel pálida y fría. Tiene dolor en la zona de la operación. No duerme bien. Cuando el profesional de enfermería intenta educar a la Sra. M. sobre su medicación, no le presta atención. Está inquieta. Tiene siempre las manos ocupadas tirando y jugando con la colcha. Afirma: «No sé qué hacer. Estoy muy asustada. No me deje». Para la ansiedad de la Sra. M. el médico ha prescrito diazepam 5 mg v.o. tres veces al día y una dosis adicional de 2,5 mg a demanda, también tres veces al día.

Diagnóstico. Se identificaron los siguientes diagnósticos de enfermería en la Sra. Miedo:

- Dolor, relacionado con lesión y cirugía en la cadera
- Ansiedad, relacionada con una situación no familiar
- Afrontamiento ineficaz, relacionado con habilidades de afrontamiento inadecuadas en una situación nueva

Resultados esperados. Se identificaron los siguientes resultados para planificar la asistencia de la Sra. Miedo:

- El dolor quirúrgico de la paciente debe permanecer en menos de 3 en una escala de 0 a 10 durante toda la estancia en la unidad especializada.
- La paciente debe tener reducción de los síntomas de ansiedad (los SV deben estar dentro de límites normales, debe afirmar que se siente menos asustada y debe dormir al menos 7 horas por noche) en un plazo de 2 días.
- La paciente debe poder expresar sus sentimientos al personal de enfermería en 1 semana.
- La paciente debe desarrollar y utilizar sus propias estrategias para relajarse en 1 semana.

Planificación y aplicación

- Marc (el profesional de enfermería) se presentó y le preguntó a la Sra. M. si tenía alguna pregunta sobre su asistencia en la unidad especializada. Le dijo que sería su profesional de enfermería y que la atendería.
- Marc dio a la Sra. Miedo el analgésico que había prescrito el médico cada 4 horas a demanda en un régimen regular en lugar de esperar a que lo pidiera. Planificó el régimen de deambulación para que deambulara cuando el

analgésico produjera su efecto máximo (aproximadamente 1 hora después de la dosis oral).

- Marc administró la dosis programada de diazepam y la dosis a demanda 2 horas después el primer día que atendió a la Sra. M. porque su nivel de ansiedad era muy elevado de forma constante.
- Intentó mantener al mínimo los estímulos ambientales. Apagó la TV y encendió la radio cuando ella quería oír música. Cerró las cortinas para evitar que entrara luz brillante en la habitación.
- Marc mantuvo una actitud tranquila y confiada con la Sra. M. Hacía preguntas cortas y su comunicación era concreta y sencilla.
- El profesional de enfermería y el auxiliar de enfermería visitaban a la Sra. M. con toda la frecuencia que podían. Asignó el mismo auxiliar de enfermería para trabajar con ella todos los días.
- Marc ayudó a la paciente con ejercicios de relajación progresiva.

Evaluación. Cuando la Sra. M. tomó el analgésico de forma regular, el dolor se controló muy rápidamente. Necesitaba menos fármacos a medida que pasaba el tiempo.

Llegó a confiar en el personal de la unidad especializada. Llamaba al profesional de enfermería cuando notaba ansiedad. A veces necesitaba diazepam a demanda; otras veces respondía a la tranquilización. Dormía 8 horas todas las noches, después de haber controlado el dolor y de haber empezado a tomar el tratamiento ansiolítico. Tras 4 días ya no necesitaba las dosis a demanda adicionales de diazepam. Su conducta indicaba que se sentía más relajada. Sonreía más, y desapareció la inquietud. Los signos vitales estaban dentro de los límites normales. La ansiedad se controló con la combinación del uso regular de diazepam y las intervenciones de enfermería no farmacológicas. Sin embargo, no podía realizar la técnica de relajación de forma independiente.

Pensamiento crítico en el proceso de enfermería

1. Explique por qué la administración regular del analgésico era mejor que la administración a demanda en la Sra. M. para controlar tanto el dolor como la ansiedad.
2. ¿Cuál es la finalidad de asignar el mismo auxiliar de enfermería a la Sra. M. todos los días?
3. ¿Qué factores podrían impedir que la Sra. M. realizara los ejercicios de relajación de forma independiente? ¿Era realista este resultado para la Sra. M.?

Nota: En el apéndice I puede encontrarse un comentario sobre las preguntas de pensamiento crítico.

Nota: La bibliografía y los recursos de este y el resto de capítulos se han reunido al final del libro.

Revisión del capítulo

TÉRMINOS CLAVE

afrontamiento

ansiedad

compulsiones

crisis de angustia

disfórico

fobia

insomnio

obsesiones

paradójica

PUNTOS clave

- La ansiedad es una experiencia humana universal. Hace que las personas estén alerta al peligro y más abiertas a aprender cosas nuevas. Cuando es tan intensa que afecta a las actividades de la vida diaria, el desempeño de funciones laborales o la calidad de vida, hay un trastorno de ansiedad.
- Los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en EE. UU. y afectan al 25% de la población cada año.
- Muchas personas con trastornos de ansiedad no solicitan ayuda porque no reconocen que tienen un problema psiquiátrico, o tienen miedo al estigma de la enfermedad mental.
- Hay fármacos y terapias eficaces para los trastornos de ansiedad.
- Las respuestas de los pacientes a la ansiedad incluyen cambios fisiológicos, conductuales y cognitivos.
- Un profesional tranquilo y confiado tiene mucha eficacia terapéutica en los pacientes ansiosos.
- Algunas conductas de los pacientes producen frustración, ansiedad e ira en los profesionales de enfermería. Los profesionales de enfermería pueden prevenir estas reacciones si desarrollan introspección sobre cómo reaccionan a la conducta de los pacientes.



EXPLORE MediaLink

Pueden encontrarse recursos interactivos adicionales en la página web complementaria www.prenhall.com/eby. Haga clic en «Chapter 11» y en «Begin» para seleccionar las actividades de este capítulo.

- Audio Glossary
- NCLEX-PN® review
- Case study
- Study online
- Critical thinking questions
- Matching questions
- Weblinks
- Video Case: Dave (Obsessive-Compulsive Disorder)

Protocolo asistencial de pensamiento crítico

Asistencia de un paciente con ansiedad

Área de interés del examen NCLEX-PN®: Integridad psicosocial

Estudio de un caso: Kayla es una paciente estadounidense de origen europeo de 22 años que ha ingresado en la unidad quirúrgica de un hospital general con dolor abdominal. Ayer se le ha realizado una colecistectomía. Ha dicho al profesional de enfermería de noche que piensa que podría morir. Se ha programado su alta para mañana.

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad intensa

RECOPILE DATOS

Subjetivos

Objetivos

¿Informaría usted de estos datos? Sí/No

Si así lo hiciera, ¿a quién? _____

Asistencia de enfermería

¿Cómo lo verificaría? _____

Compare su verificación con el ejemplo proporcionado en el apéndice I.

Datos recopilados

(use todos los correctos)

- SV: T 37,2 °C, P 108, R 32, PA 130/86.
- La paciente está casada.
- Tiene un hijo de 10 meses de edad.
- La paciente pregunta: «¿Voy a morir por esto?».
- Pesa 68,9 kg.
- La piel está fría y diaforética.
- Afirma: «Pienso que se me va a abrir la incisión».
- Las manos de la paciente se están moviendo continuamente, sujetando las sábanas.
- El profesional de enfermería señaló en el informe: la paciente durmió aproximadamente 3 horas anoche.
- La incisión abdominal está bien aproximada, sin exudado.
- Membranas orales secas.
- Los ojos miran por toda la habitación, desplazándose rápidamente de una cosa a otra.
- Refiere que está mareada.

Intervenciones de enfermería

(use todas las correctas, colóquelas en orden de prioridad)

- Animar a la paciente a que hable sobre sus sentimientos.
- Aceptar a la paciente como es.
- Decir a la paciente que está bien, y que debería dejar de preocuparse tanto.
- Reconocer que la paciente está ansiosa.
- Asignar un auxiliar de enfermería para que esté con la paciente 24 horas al día.
- Mantener la comunicación sencilla y concreta.
- Explicar con detalle la fisiopatología de la colecistitis, la intervención de la colecistectomía y el tratamiento analgésico.
- Ofrecer medidas que fomenten el bienestar.
- Estar tranquilo y confiado con la paciente.
- Discutir formas saludables de hablar sobre la ansiedad y de aliviarla.
- Valorar las habilidades de afrontamiento que ha utilizado con éxito la paciente en el pasado.
- Valorar los recursos de la paciente para obtener apoyo.
- Utilizar relajación progresiva para ayudar a la paciente a relajarse.
- Administrar a la paciente el analgésico a demanda para tratar la ansiedad.
- Dar a la paciente un libro para que lo lea para distraerse de sus problemas.

Preparación del examen NCLEX-PN®

CONSEJO PARA PASAR LA PRUEBA

Busque palabras «absolutas». Habitualmente no es correcto responder a las preguntas utilizando palabras como *siempre, nunca, todos, ninguno*, etc. Como los pacientes son individuos, las respuestas correctas habitualmente son más amplias, como: «El profesional de enfermería debería ayudar al paciente a deambular tan pronto como sus signos vitales sean estables», en lugar de «El paciente siempre debe deambular el día de la operación».

- 1** Un paciente expresa su nerviosismo sobre la RM que le van a hacer por la mañana. Está jugueteando con las sábanas. La primera respuesta del profesional de enfermería al paciente debe ser:
 1. Traerle el alprazolam a demanda.
 2. Validar que está ansioso, y pedirle que diga cuál piensa que es el origen del «nerviosismo».
 3. Tranquilizarle de que la RM es una técnica segura y que no tiene nada de qué preocuparse.
 4. Encender la televisión para desviar su atención a otra cosa.
- 2** Una paciente ha ingresado en una unidad psiquiátrica con trastorno de ansiedad generalizada. La paciente dice al profesional de enfermería que sabe que se está muriendo, y que nadie se lo va a decir. Está todo el tiempo andando y retorciéndose las manos. Las intervenciones en esta paciente podrían incluir:
 1. Pasar el brazo del profesional de enfermería alrededor de la paciente y tranquilizarla que está segura.
 2. Llamar a su familia para que venga y camine con ella.
 3. Tranquilizarla de que si se estuviera muriendo la habrían llevado a otra unidad diferente del hospital.
 4. Utilizando un abordaje tranquilo con esta paciente, describir su conducta ansiosa tal y como la ve el profesional de enfermería. Animarla a hablar sobre los sentimientos que tiene.
- 3** Una paciente acaba de tener su primera crisis de angustia. Pregunta al profesional de enfermería si significa que tendrá crisis el resto de su vida. La mejor respuesta del profesional de enfermería sería:
 1. «Es probable que una crisis de angustia esté seguida por una serie de crisis.»
 2. «No me preocuparía por ello si fuera usted. Probablemente se producirá otra crisis.»
 3. «Algunas personas tienen una crisis y nada más.»
 4. «Usted es joven y está sana; simplemente ha sido un episodio aislado.»
- 4** La agorafobia es el miedo a:
 1. Volar.
 2. Espacios abiertos.
 3. Alturas.
 4. Agua.
- 5** Cuando un profesional de enfermería lleva los fármacos a un paciente nuevo de la unidad medicoquirúrgica, este pide al profesional de enfermería que lo vierta sobre una gasa estéril. Cuenta los comprimidos tres veces antes de tomar cualquiera de ellos. Siempre que toma un comprimido cuenta tres veces el resto de los comprimidos antes de tomar el siguiente. Es muy probable que el paciente tenga qué trastorno de ansiedad:
 1. Trastorno de angustia
 2. Trastorno obsesivo-compulsivo
 3. Trastorno de ansiedad generalizada
 4. Trastorno de estrés postraumático
- 6** Se asigna a una estudiante de enfermería al paciente de la habitación 306. Cuando empieza a entrar en la habitación, rompe en un llanto incontrolable. Cuando el profesional de enfermería se acerca para averiguar qué pasa, afirma que su madre murió súbitamente en aquella misma habitación hace 2 meses. Es probable que esta estudiante esté experimentando:
 1. Estrés postraumático.
 2. Crisis de angustia.
 3. Crisis fóbica.
 4. Trastorno de estrés agudo.
- 7** Una parte significativa de la reestructuración cognitiva en el paciente que tiene trastorno de ansiedad es ayudar al paciente a:
 1. Evitar la situación u objeto que produce ansiedad.
 2. Discutir sus pensamientos negativos sobre algunas situaciones y objetos que producen ansiedad.
 3. Sustituir el diálogo interior negativo por un diálogo interior más favorable y positivo.
 4. Aceptar sus pensamientos negativos sobre algunas situaciones y objetos como parte de sus respuestas vitales normales.
- 8** Los fármacos se pueden utilizar junto a las intervenciones conductuales para tratar los trastornos de ansiedad. El profesional de enfermería debe saber que uno de los principales riesgos del uso de los fármacos para la ansiedad es:
 1. Suicidio.
 2. Aumento del riesgo de depresión.
 3. Dependencia y tolerancia a los fármacos.
 4. Aumento de la glucosa sanguínea a lo largo del tiempo.
- 9** Cuando ayuda a una paciente ansiosa a adoptar estrategias de afrontamiento eficaces, un abordaje eficaz del profesional de enfermería sería:
 1. Enseñar a la paciente técnicas de relajación y/o respiración profunda.
 2. Dejar sola a la paciente para que desarrolle su propio plan.
 3. Ofrecer material de lectura sobre estrategias de afrontamiento.
 4. Decir a la paciente lo que el profesional haría en circunstancias similares.
- 10** La ansiedad se puede manifestar con diversas respuestas fisiológicas. Seleccione cuál de las siguientes contribuiría a una valoración global de la ansiedad.
 1. Pupilas contraídas
 2. Piel fría
 3. Aumento de la frecuencia cardíaca
 4. Disminución de la presión arterial
 5. Piloerección («carne de gallina»)

En el apéndice I pueden encontrarse las respuestas a las preguntas de revisión, así como un comentario del plan asistencial y el protocolo asistencial de pensamiento crítico.

Capítulo 12

Abuso y dependencia de sustancias

BREVE sinopsis

Diagnóstico tardío
Abuso y dependencia de
sustancias
Asistencia integral

Diagnóstico dual
Dependencia de sustancias en
profesionales de enfermería

**PLAN ASISTENCIAL
DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:**
Paciente con afrontamiento
ineficaz

**PROTOCOLO ASISTENCIAL
DE PENSAMIENTO CRÍTICO:**
Asistencia de un paciente con
dependencia de sustancias

OBJETIVOS del aprendizaje

Al finalizar la lectura de este capítulo, usted será capaz de:

1. Explicar el abuso de sustancias, la dependencia de sustancias, la tolerancia y el síndrome de abstinencia.
2. Valorar a los pacientes para detectar síntomas de abuso de sustancias.
3. Aplicar el proceso de enfermería a pacientes con problemas de enfermería relacionados con abuso y dependencia de sustancias.
4. Responder adecuadamente cuando un compañero tenga deterioro de su función laboral por abuso de sustancias.



Figura 12-1. ■ Se están sirviendo bebidas alcohólicas caseras en un restaurante de San Petersburgo, Rusia. *Fuente:* AGE Fotostock America, Inc.

Es natural que los animales busquen un estado mental alterado. Los cerdos comen grano fermentado y los elefantes comen fruta fermentada hasta que se emborrachan. Las personas alteran su estado mental viendo películas de terror, yendo a cabalgatas de carnaval, subiendo montañas, corriendo maratones, meditando, relajándose, rezando y en ocasiones tomando sustancias. La figura 12-1 ■ nuestra cómo se sirven bebidas alcohólicas caseras en un restaurante ruso.

Las personas utilizan sustancias por diversos motivos: para alterar sus percepciones, para elevar el estado de ánimo, para aliviar el dolor, el miedo, la ansiedad o el aburrimiento, para mejorar la socialización con sus amigos, o como ayuda en ceremonias religiosas. Aunque no todo consumo de sustancias es problemático, el abuso de sustancias puede destruir las vidas de las personas. El consumo de sustancias se convierte en un problema cuando:

- Interfiere con la capacidad de desempeñar las funciones en el trabajo o en el hogar.
- Hace que una persona esté en peligro.
- Continúa a pesar de sus consecuencias negativas.

El abuso de sustancias es uno de los principales problemas sanitarios en Norteamérica en el siglo XXI. Hasta el 20% de los adultos estadounidenses cumple los criterios diagnósticos de un trastorno relacionado con el alcohol o con otras sustancias (American Psychiatric Association, 2000). Hasta el 8,3% de la población de 12 años o más consume drogas ilegales actualmente (en el último mes). Entre los 12 y los 17 años de edad el 11,6% consume drogas ilegales actualmente (Bailey, 2004). Aproximadamente la mitad del alcohol que se consume en EE. UU. lo consumen bebedores menores de edad y adultos que beben en exceso (Keltner, Schwecke y Bostrom, 2007). La figura 12-2 ■ muestra a una joven bebiendo en exceso en una celebración de las vacaciones de primavera. Lamentablemente, el alcohol es un factor que influye en muchos episodios mortales.



Figura 12-2. ■ Hombre vertiendo tequila en la garganta de una joven en una celebración de las vacaciones de primavera. *Fuente:* AP Wide World Photos.

La figura 12-3 ■ muestra la frecuencia con la que el alcohol influyen en las muertes en EE. UU. Observe que el alcohol está implicado en la mitad de todas las muertes en accidentes de tráfico y en la mitad de todas las muertes debidas a violencia doméstica (figs. 12-4 ■ y 12-5 ■).

Diagnóstico tardío

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

Autocomprobación crítica. ¿Por qué cree usted que los profesionales sanitarios no preguntan a los pacientes sobre el consumo y el abuso de sustancias? ¿Por qué los pacientes no solicitan tratamiento?

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

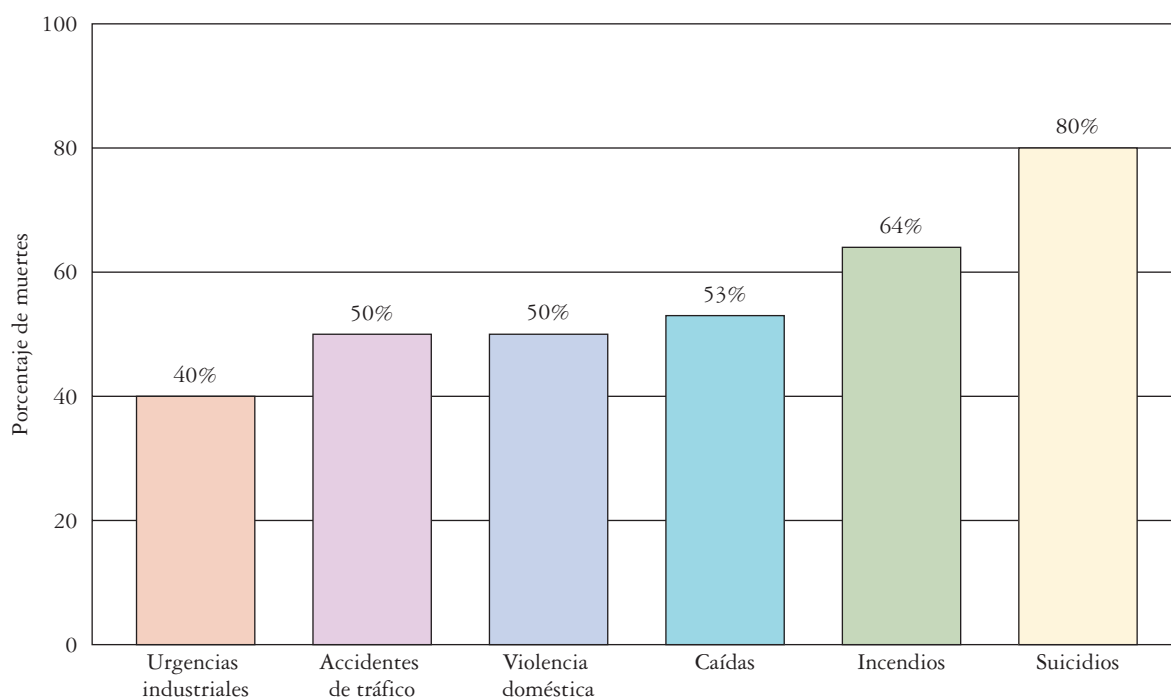


Figura 12-3. ■ Episodios mortales en los que ha influido el alcohol. Fuente: Reproducido con autorización de *Mental Health Nursing, 5/E*, Fontaine and Fletcher, 2003, Prentice Hall.



Figura 12-4. ■ El alcohol está implicado en más de la mitad de todas las muertes en accidentes de tráfico. El riesgo aumenta cuando los conductores son jóvenes. Fuente: Photo Researchers, Inc.



Figura 12-5. ■ El alcohol está implicado en la mitad de las muertes producidas por violencia doméstica. Fuente: Photo Researchers, Inc.

enfermería a identificar a los pacientes con trastornos relacionados con sustancias y propone intervenciones para ayudarles.

Abuso y dependencia de sustancias

Hay dos niveles diferentes de consumo de sustancias:

El **abuso de sustancias** es un patrón maladaptativo de consumo de sustancias a pesar de las consecuencias desfavorables (American Psychiatric Association, 2000). El cuadro 12-1 ■ muestra los criterios diagnósticos del manual escala IV-TR. Las

personas que tienen abuso de sustancias sufren las consecuencias perjudiciales de su uso repetido. La **dependencia de sustancias** es más grave. Incluye tolerancia, síndrome de abstinencia y uso compulsivo (v. cuadro 12-1). Las definiciones del manual DSM-IV-TR se aplican a todas las sustancias que pueden producir abuso y dependencia.

Las sustancias de las que se abusa con más frecuencia son las que modifican rápidamente el estado mental de una persona, ya sea mediante estimulación o mediante depresión del sistema nervioso central (SNC). El manual DSM-IV-TR enumera 11 sustancias de abuso:

CUADRO 12-1

Criterios diagnósticos del manual DSM-IV-TR y términos clave para el abuso y la dependencia de sustancias**Abuso de sustancias:**

Un patrón maladaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más de los ítems siguientes:

1. Imposibilidad de cumplir obligaciones de rol importantes en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., rendimiento bajo en el trabajo, expulsiones de la escuela, descuido de los niños)
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil, accionar una máquina)
3. Problemas legales o interpersonales repetidos
4. Consumo continuado a pesar de tener problemas sociales e interpersonales persistentes producidos por el consumo de la sustancia (discusiones con la esposa acerca de la intoxicación, peleas, problemas en el trabajo)

Dependencia de sustancias:

Un patrón maladaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los ítems siguientes:

1. Tolerancia a la sustancia
2. Síndrome de abstinencia
3. Se consume la sustancia en cantidades mayores o durante períodos más prolongados de lo que inicialmente se pretendía
4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de interrumpir o controlar el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho tiempo para obtener, utilizar y recuperarse de los efectos de la sustancia

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes, que parecen causados por la sustancia

Palabras clave en la dependencia de sustancias**Tolerancia:**

Se define por cualquiera de los siguientes:

- a. Necesidad de aumentar la cantidad de la sustancia para conseguir el mismo efecto
- b. Disminución del efecto con el uso continuo de la misma cantidad de la sustancia

Síndrome de abstinencia:

Debido a la interrupción o la reducción del consumo de una sustancia que ha sido intenso y prolongado:

- a. Se produce un síndrome de abstinencia específico de la sustancia (v. tabla 12-2)
- b. Se toma la misma sustancia u otra relacionada para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
- c. Se produce malestar significativo o deterioro de la actividad social o laboral

Consumo compulsivo de sustancias:

Conducta repetitiva de consumo de sustancias con la finalidad de reducir la angustia. El **consumo compulsivo de sustancias** con frecuencia es indeseado y consume tiempo.

Fuente: Reproducido con autorización de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., Text Revision, copyright 2000, American Psychiatric Association.

- Alcohol
- Opioides
- Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos (fármacos contra la ansiedad)
- Cocaína
- Anfetaminas y drogas similares
- Alucinógenos
- Fenciclidina (PCP) y drogas similares
- Inhalantes
- Cannabis (marihuana)
- Cafeína
- Nicotina

ALCOHOL

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

síntomas progresan hasta habla arrastrada, ataxia (marcha vacilante), estado de ánimo lábil (cambiante), conducta agresiva, habla incoherente, vómitos, coma, depresión respiratoria y muerte. En la tabla 12-1 ■ se muestran las concentraciones de alcohol y los síntomas que producen.

Tolerancia y síndrome de abstinencia

Con el uso continuo el consumidor presenta **tolerancia** (v. cuadro 12-1). Cuando una persona bebe con frecuencia grandes cantidades de alcohol, el SNC se deprime de forma repetida. Para mantener el equilibrio (homeostasis) para la supervivencia, el SNC aumenta su propia estimulación para mantener a la persona consciente y desempeñando sus funciones. Como el SNC de esta persona se ve obligado continuamente a producir una estimulación química excesiva, la persona necesitará más alcohol para alcanzar la intoxicación. Finalmente, después de varios años de dependencia alcohólica, el individuo debe beber casi constantemente para evitar los molestos síntomas de estimulación del SNC.

Cuando un individuo dependiente del alcohol (alcohólico) deja de beber, el mecanismo homeostático que equilibraba los efectos depresores del alcohol tarda en volver a la norma-

TABLA 12-1

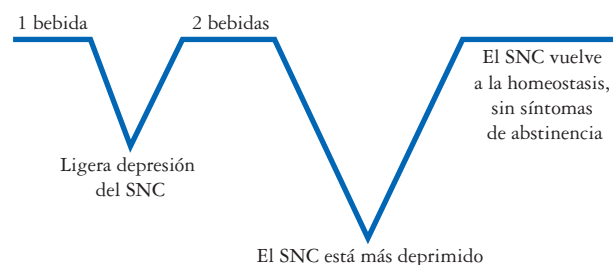
Síntomas de intoxicación alcohólica por la concentración sanguínea de alcohol

CONCENTRACIÓN SANGUÍNEA DE ALCOHOL	SÍNTOMAS
0,5-0,15 g/dl (0,08-0,1 es la concentración que define legalmente la intoxicación en la mayoría de los estados)	Relajación, euforia, disminución de las inhibiciones, deterioro del juicio, estado de ánimo cambiante, disminución de la concentración mental, disminución de la coordinación motora fina
0,15-0,3 g/dl	Habla arrastrada, disminución de la función motora, ataxia, accesos de ira, conducta agresiva
0,3-0,4 g/dl	Habla incoherente, confusión mental, estupor, vómitos, respiración dificultosa; las concentraciones sanguíneas de alcohol por encima de este nivel son potencialmente mortales
0,4-0,5 g/dl	Inconsciencia, coma, muerte
>0,5 g/dl	Depresión respiratoria, muerte

lidad. El SNC sigue estando estimulado, y el individuo sufre síntomas de **síndrome de abstinencia**. Los síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica incluyen elevación de los signos vitales, ansiedad, temblor, diaforesis, habla arrastrada,

trastornos digestivos (vómitos, dolor cólico, diarrea), ataxia, nistagmo, desorientación y, en los casos más graves, alucinaciones, convulsiones y muerte. La figura 12-6 ■ ilustra cómo responde el SNC al consumo crónico de alcohol con toleran-

1. Persona que bebe ocasionalmente cantidades pequeñas



2. La persona bebe cantidades grandes con frecuencia

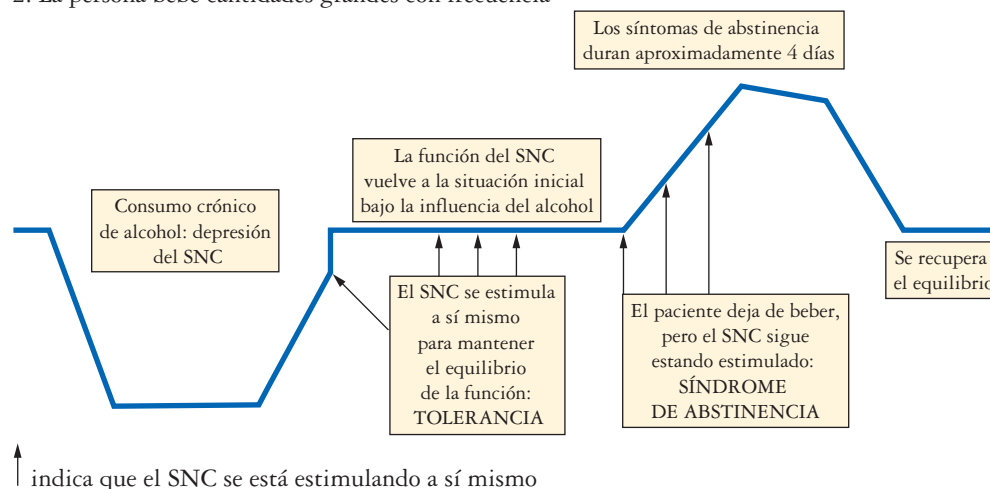


Figura 12-6. ■ Mecanismo del SNC para la aparición de abstinencia alcohólica.

cia y síndrome de abstinencia. **Adicción** se refiere a la dependencia psicológica y física y a la conducta de búsqueda de la droga.

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

ALERTA clínica

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

Observe que los síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica son en general los contrarios a los de intoxicación alcohólica. El individuo toma repetidamente la sustancia depresora del SNC; el SNC se estimula a sí mismo para mantener la homeostasis. Cuando se retira la sustancia, el SNC sigue estando estimulado. El individuo tiene síntomas de estimulación del SNC hasta que finalmente el SNC recupera el equilibrio sin alcohol, y los síntomas desaparecen. El síndrome de abstinencia alcohólica habitualmente dura aproximadamente 4 días. La tabla 12-2 ■ describe los efectos, los síntomas de la sobredosis y los síntomas de abstinencia del alcohol y otros depresores del SNC.

Los individuos dependientes del alcohol (*alcohólicos*) pueden tener muchos episodios de síntomas de abstinencia que tratan con alcohol. La afirmación: «Me siento mal (nervioso, cansado, enfadado, solo, etc.), necesito una bebida», puede ser un dato de síntomas de abstinencia. Los síntomas de abstinencia de sustancias con frecuencia subyacen al deseo de un paciente de salir del hospital frente al consejo médico.

Autocomprobación crítica. Un paciente dice que quiere irse del hospital contra el consejo médico. Si el profesional de enfermería piensa que quiere marcharse para beber alcohol, ¿qué debe hacer el profesional de enfermería?

Patrón de consumo

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

La dependencia del alcohol (alcoholismo) es una enfermedad progresiva. Comienza con el abuso del alcohol. El abuso del alcohol supone beber alcohol aun cuando produz-

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

A medida que el trastorno progresa hasta dependencia alcohólica, la persona necesita cada vez más alcohol para sentir su influencia. Si la persona deja de beber, se producen síntomas de abstinencia. La persona con dependencia del alcohol puede tener episodios de amnesia transitoria (olvidar lo que ocurre cuando están bebidos), ira, agresión, aislamiento social, pérdida de interés en actividades agradables y malnutrición. Los alcohólicos pueden perder el trabajo, la familia y la autoestima. A pesar de todo, siguen negando que el alcohol sea un problema para ellos. Finalmente, los pacientes con dependencia alcohólica no pueden controlar la bebida. No tienen la opción de si beben o no. Se desintegran física y emocionalmente. Todos los sistemas del cuerpo sufren lesiones y efectos potencialmente mortales después de años de dependencia del alcohol. La figura 12-7 ■ muestra estos efectos físicos. La abstinencia del alcohol produce la tortura de una abstinencia potencialmente mortal. En esta fase las personas con frecuencia contemplan el suicidio.

El aparato digestivo es con frecuencia el primero que muestra los efectos del alcoholismo crónico. El alcohol produce gastritis por inflamación del revestimiento gástrico. Lesiona la cubierta mucosa protectora del estómago, lo que permite que el ácido clorhídrico erosione la pared gástrica. Se puede producir hemorragia. Se pueden formar úlceras en el estómago (la figura 12-8 ■ muestra una úlcera gástrica). Los síntomas incluyen molestia gástrica, náuseas, vómitos, deposiciones negras y distensión abdominal. El alcohol produce esofagitis (inflamación del esófago) por irritación del esófago y por la producción de vómitos frecuentes. El síntoma principal es dolor esofágico.

La pancreatitis, aguda o crónica, puede estar producida también por el consumo crónico de alcohol. La pancreatitis crónica produce malnutrición, pérdida de peso y diabetes mellitus. La pancreatitis aguda se produce 1 o 2 días después de un atracón de beber alcohol. Los síntomas incluyen dolor epigástrico intenso y constante, náuseas, vómitos y distensión abdominal.

La hepatitis alcohólica afecta a un hígado ya lesionado. Habitualmente se produce después de un atracón prolongado o de un consumo excesivo de alcohol. El paciente tiene dolor en el cuadrante abdominal superior derecho, ictericia, aumento del tamaño del hígado y el bazo, vómitos, debilidad, astenia intensa y posiblemente *ascitis* (acumulación de líquido en el abdomen debido a un deterioro del retorno venoso a través del hígado). El eritema palmar (fig. 12-9 ■) está producido por la

TABLA 12-2

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

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

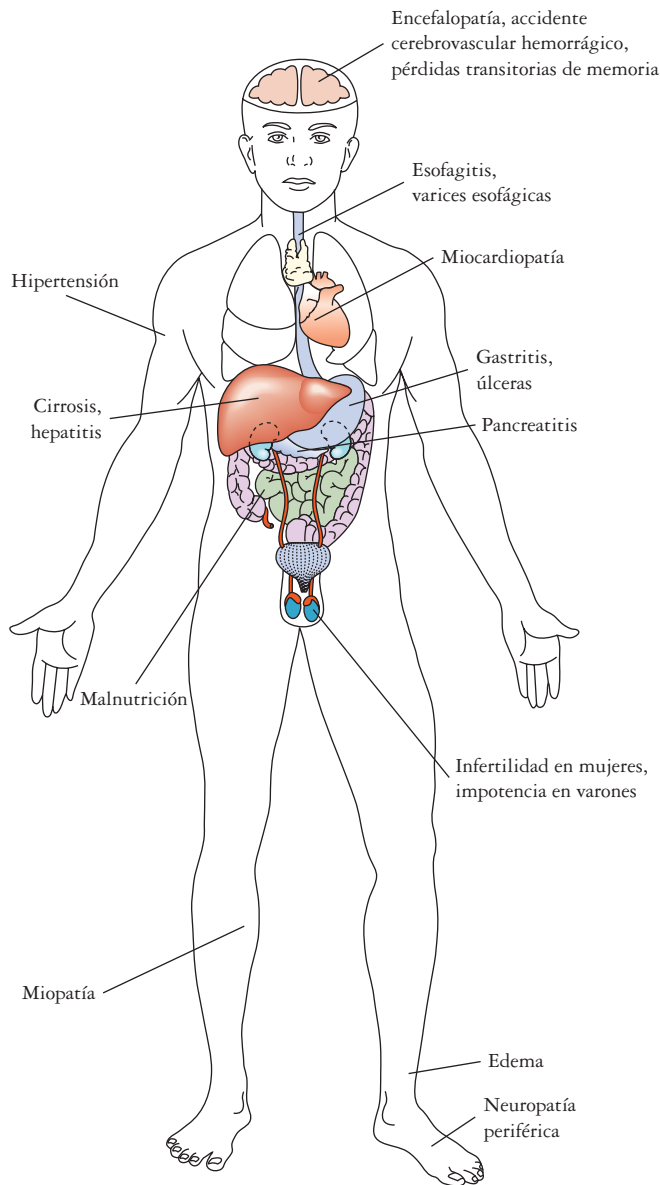


Figura 12-7. ■ Efectos fisiológicos de la dependencia alcohólica.

acumulación de productos químicos que no puede metabolizar el hígado lesionado.

La **cirrosis** hepática es la fase terminal de la hepatopatía alcohólica. En la cirrosis las células hepáticas destruidas son sustituidas por tejido cicatricial, lo que hace que esta enfermedad sea irreversible. La cirrosis produce hipertensión portal, ascitis, *varices esofágicas* (venas varicosas del esófago que se pueden romper y sangrar) y encefalopatía hepática. La figura 12-10 ■ muestra una pieza de cirrosis hepática producida por el alcoholismo.

La encefalopatía hepática está producida por la acumulación de amoníaco (debido a la incapacidad del hígado lesionado de metabolizar las proteínas). Produce alteración de la función mental y avanza hasta la muerte. A medida que

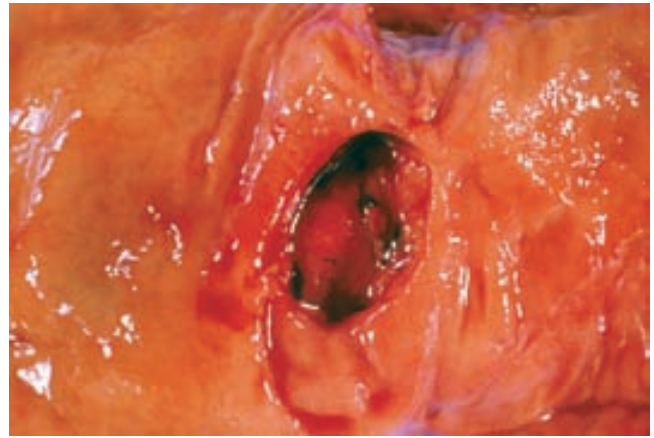


Figura 12-8. ■ El alcohol lesiona la barrera mucosa protectora del revestimiento del estómago, y puede producir o irritar las úlceras gástricas, como en esta muestra. *Fuente:* Photo Researchers, Inc.



Figura 12-9. ■ El eritema palmar (en un varón de 59 años) está producido por la acumulación de productos intermediarios que el hígado es incapaz de metabolizar en la dependencia alcohólica crónica. *Fuente:* Photo Researchers, Inc.

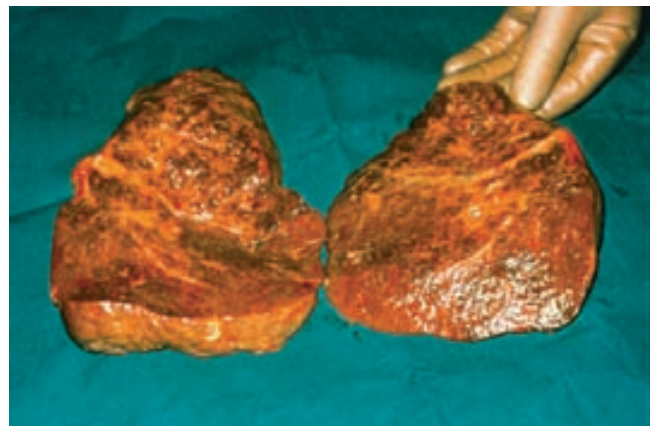


Figura 12-10. ■ Muestra de un hígado con cirrosis debida a dependencia alcohólica crónica. *Fuente:* Photo Researchers, Inc.

aumenta la concentración de amoníaco del paciente, tiene inquietud y agitación y también pérdida de la capacidad de comprender qué es una conducta adecuada. Cuando el hígado está demasiado lesionado para eliminar el amoníaco de la sangre, se administra lactulosa. Reduce la concentración de amoníaco aumentando su excreción a través del intestino (y habitualmente produce diarrea). A medida que disminuye la concentración de amoníaco, mejora la función cognitiva del paciente.

El sistema cardiovascular también está afectado por el consumo crónico de alcohol. Se puede producir miocardiopatía (debilitamiento y aumento del tamaño del corazón), insuficiencia cardíaca y arritmias cardíacas. Hay aumento del riesgo de accidente cerebrovascular hemorrágico. También se puede producir hipertensión (especialmente elevación de la diastólica), taquicardia y edema.

El consumo crónico de alcohol produce también cambios neurológicos. Los episodios de **amnesia transitoria** son un signo temprano de alcoholismo. El individuo afectado sigue estando consciente y parece estar desempeñando normalmente sus funciones, aunque es completamente incapaz de recordar algo que ocurrió mientras estaba intoxicado.

Después de muchos años de abuso del alcohol, una persona puede presentar síndrome de Wernicke y síndrome de Korsakoff, que afectan a todo el sistema nervioso. Estos síndromes habitualmente aparecen juntos y se denominan con frecuencia síndrome de Wernicke-Korsakoff.

ALERTA clínica

El tratamiento temprano de la deficiencia de vitamina B₁ puede prevenir la encefalopatía alcohólica (síndrome de Wernicke) o detener su progresión. El profesional de enfermería debería esperar administrar vitamina B₁ (tiamina) a todos los pacientes con dependencia alcohólica.

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

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

migueos, debilidad muscular, dolor y quemazón musculares, sensibilidad anormal y dolor con el movimiento. Las extremidades están afectadas, especialmente las de las piernas. Debido al dolor extremo, se debe tener cuidado cuando se mueva a estos pacientes.

El aparato reproductor también se ve afectado por el consumo crónico de alcohol. Los hombres pueden llegar a ser impotentes. Las mujeres pueden dejar de tener la menstruación y llegar a ser infértiles. Además, el hijo no nacido de una mujer gestante que abusa del alcohol se puede ver afectado gravemente. El síndrome alcohólico fetal (SAF) produce bajo peso al nacimiento, microcefalia (encéfalo pequeño y circunferencia de la cabeza pequeña), malformaciones faciales y trastornos del desarrollo (retraso mental, distraibilidad y poca coordinación). La figura 12-11 ■ muestra a dos niñas con algunos de los rasgos faciales del SAF: puente nasal plano, labio superior fino y aberturas oculares estrechas. También tienen retraso mental.

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

OTROS DEPRESORES DEL SNC

Otros depresores del SNC son similares al alcohol en sus efectos sobre el SNC, síntomas de intoxicación, efectos de tolerancia y síntomas de abstinencia (v. tabla 12-2).



Figura 12-11. ■ Dos niñas con síndrome alcohólico fetal tienen algunos de los rasgos faciales del trastorno (puente nasal plano, labio superior fino, aberturas oculares estrechas). También tienen retraso mental. Fuente: PhotoEdit Inc.

Opiáceos

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

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

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

Los pacientes que toman opiáceos por dolor persistente e intenso, como el dolor canceroso, se pueden hacer tolerantes a las dosis terapéuticas habituales de los narcóticos. Esto precisará un aumento de las dosis para conseguir el alivio del dolor. Se espera que se produzca esta tolerancia, y el aumento de la dosis es adecuado. Estos pacientes tienen menor riesgo de depresión respiratoria que los pacientes que nunca han tomado narcóticos. Los profesionales de enfermería pueden dudar si administrar o no fármacos opiáceos/narcóticos a los pacientes que los necesitan, por miedo a hacer que los pacientes se hagan adictos. Este miedo no está fundado en realidad. Los pacientes que toman opiáceos para el dolor no tienen probabilidad de presentar dependencia como consecuencia (Morrison, 2000).

Los opiáceos también afectan a la función sexual. Los pacientes que toman opiáceos con frecuencia a dosis elevadas tienen disminución de la libido (impulso sexual) y pueden tener ausencia de orgasmo. Los varones pueden tener alteraciones de la eyulación e impotencia. Las mujeres con frecuencia tienen irregularidad menstrual e infertilidad.

La sobredosis de opiáceos es una urgencia médica. El paciente puede tener pupilas puntiformes, respiración deprimida (lenta y superficial), convulsiones y coma. Se puede producir la muerte por parada respiratoria. El tratamiento de la sobredosis de opiáceos es un fármaco antagonista de los narcóticos, como hidrocloreto de naloxona. Este fármaco compite por los receptores de los opiáceos y bloquea la acción de los narcóticos.

PATRONES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS. Al contrario que el alcohol, los opiáceos están disponibles sólo mediante prescripción o son ilegales en todas las circunstancias (como la heroína). Por tanto, la dependencia de opiáceos se asocia con frecuencia a un antecedente de crímenes cometidos para obtener las drogas o el dinero para comprarlas. Los profesionales sanitarios con dependencia de opiáceos pueden robar los fármacos a sus pacientes o sus empleadores, pueden escribir recetas para ellos mismos o pueden manipular a los médicos para que les hagan recetas.

Aunque la dependencia de opiáceos puede comenzar a cualquier edad, los problemas se observan la mayoría de las veces al final de la segunda década o el comienzo de la tercera (American Psychiatric Association, 2000). La dependencia se produce en un período de varios años, con períodos de **abstinencia** (ausencia completa de consumo de la droga). La **recada** (vuelta al consumo de la droga después de la abstinencia) es muy frecuente. Los varones se afectan con más frecuencia que las mujeres. Los pacientes con dependencia de opiáceos tienen aumento del riesgo de presentar hepatitis B o C, infección por el VIH u otras enfermedades transmitidas por la sangre por el uso de agujas. La mortalidad en las personas dependientes de opiáceos puede ser del 2% al año. La muerte con frecuencia se produce por sobredosis, accidentes o lesiones (American Psychiatric Association, 2000).

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS

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

Sobredosis

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

ALERTA clínica

Muchos de los fármacos psicotrópicos producen depresión del SNC y son peligrosos cuando se toman con alcohol debido a la depresión aditiva del SNC. Los profesionales de enfermería deben enseñar a los pacientes a los que se recetan fármacos psicotrópicos a que eviten por completo el alcohol.

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

ESTIMULANTES DEL SNC: ANFETAMINAS, METANFETAMINAS Y COCAÍNA

La única utilidad clínica de las anfetaminas es en el tratamiento del trastorno de hiperactividad con déficit de atención. La cocaína se utiliza como potente vasoconstrictor tópico en la cirugía en las membranas mucosas de la nasofaringe.

La cocaína es una droga popular por que produce euforia inmediata. La tabla 12-2 describe sus efectos. El ciclo del consumo de la cocaína, que también se aplica a las otras drogas estimulantes, se muestra en la figura 12-12 ■.

Actualmente hay una epidemia internacional de abuso de metanfetamina. En 2005, 10,4 millones de estadounidenses habían probado las metanfetaminas al menos una vez. La metanfetamina implicada en esta epidemia es fabricada fundamentalmente en pequeños laboratorios ilegales en los que su producción pone en peligro al personal de los laboratorios, sus vecinos y el entorno. Es más potente, duradera y perjudicial para el SNC que las sustancias relacionadas anfetaminas (McGuinness, 2006). Su consumo prolongado produce lesión de las terminales de las neuronas del encéfalo en los sistemas serotoninínicos y dopamínicos, y se producen problemas en la memoria, la cognición y el estado de ánimo. La transmisión de patógenos transmitidos por la sangre (como el VIH y la hepatitis) se asocia al consumo de cualquier droga que se utilice por vía intravenosa. Las metanfetaminas se pueden utilizar por vía

oral, intranasal, intravenosa o mediante inhalación (fumar). Los adultos jóvenes de 18 a 25 años de edad son los que mayor probabilidad tienen de haber consumido metanfetamina en el último año. La mejor arma de los profesionales de enfermería para luchar contra la epidemia es dar a los pacientes el conocimiento que necesitan para tener la capacidad de resistir al consumo de metanfetamina (National Institute on Drug Abuse, 2007). La figura 12-13 ■ muestra un póster que se utilizó en una campaña contra el abuso de drogas en el Reino Unido. Muestra el deterioro físico de una mujer después de sólo 4 años de abuso de metanfetamina.

Síndrome de abstinencia

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

ALUCINÓGENOS

Los alucinógenos distorsionan la percepción de la realidad del consumidor. Los alucinógenos más habituales son LSD (dietilamida del ácido lisérgico), mescalina y PCP (fenciclidina). Los efectos sobre el SNC son impredecibles y pueden depender de las expectativas del consumidor. Algunas personas tienen experiencias psicóticas aterradoras. Cuando pacientes con enfermedades mentales toman alucinógenos, el resultado es

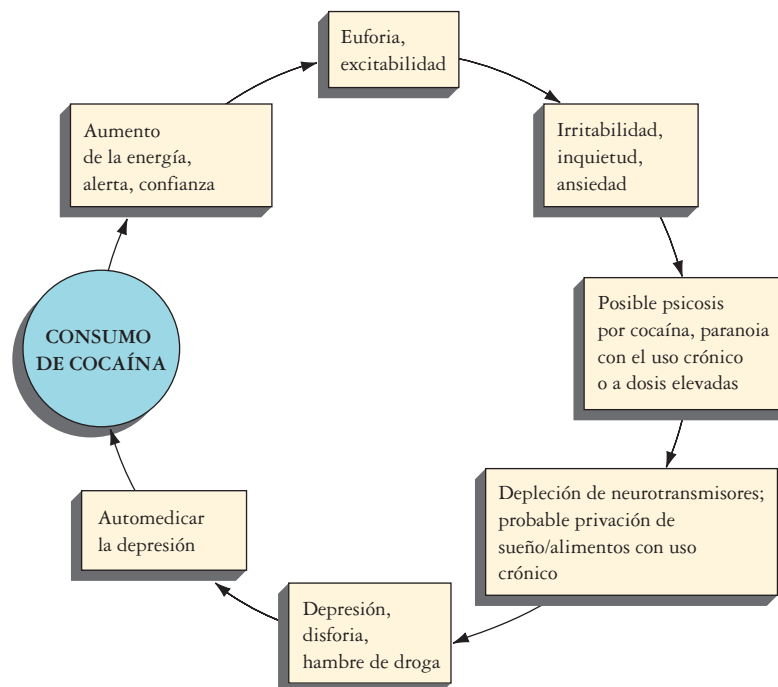


Figura 12-12. ■ Ciclo del consumo de cocaína. Fuente: Reproducido con autorización de Mim Landry, Danya International, Silver Spring, Maryland.



Figura 12-13. ■ Póster utilizado en una campaña antidroga en el Reino Unido. Muestra a una mujer antes y después de 4 años de abuso de metanfetamina. Fuente: The Image Works.

menos predecible. La combinación de esquizofrenia y drogas alucinógenas puede producir alucinaciones que son prolongadas y aterradoras.

Los alucinógenos no producen síndrome de abstinencia. Sin embargo, se pueden producir escenas retrospectivas durante varios meses después de haber consumido la última dosis. Durante las escenas retrospectivas el individuo tiene síntomas similares a los que se asociaron al consumo de la droga. La tabla 12-3 ■ describe los efectos del uso, los síntomas de la sobredosis y los síntomas del síndrome de abstinencia (cuando los tienen) de los alucinógenos y de otras categorías de sustancias de las que se abusa con frecuencia.

Las drogas sintéticas o «de diseño» son cada vez más populares. Por ejemplo, la MDMA, o éxtasis, deriva de la anfetamina y la metanfetamina, por lo que actúa como estimulante y como alucinógeno.

INHALANTES

Habitualmente se abusa de dos tipos de inhalantes: hidrocarburos y nitritos. Los hidrocarburos (disolventes, cola y aerosoles) producen euforia, pérdida de las inhibiciones, alteración de la sensibilidad y alucinaciones. La figura 12-4 ■ muestra algunos de los productos domésticos que se pueden utilizar como fuente de inhalantes hidrocarbonados. Los hidrocarburos pueden producir depresión cardíaca, lesión renal, depresión respiratoria y muerte por arritmias cardíacas, aspiración de vómitos o accidentes durante la intoxicación. Como estos inhalantes están disponibles fácilmente en tiendas (en forma de pintura en aerosol, algunas

colas e incluso gasolina), son la droga de elección para muchos jóvenes que tienen dificultades para comprar alcohol (v. tabla 12-3).

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

CANNABIS

Se piensa que el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) es la sustancia química responsable de los efectos psicoactivos de la marihuana y el hachís. Los efectos del cannabis incluyen euforia, sensación de serenidad y cambios perceptuales de la visión, el oído, el gusto, el tacto o el olfato (v. tabla 12-3).

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

CAFEÍNA Y NICOTINA

Puede ser sorprendente encontrar la cafeína y la nicotina enumeradas como sustancias de abuso. A pesar de todo, estas sustancias se encuadran en el modelo de dependencia definido en el manual DSM-IV-TR. Las dos sustancias producen tolerancia y abstinencia.

La cafeína, que es la droga estimulante más utilizada, es principalmente una sustancia que mejora el rendimiento. Prolonga el tiempo que puede seguir trabajando el consumidor (lo que hace que sea popular en los profesionales de enfermería), mejora la alerta mental y eleva el estado de ánimo. Sin embargo, también aumenta la ansiedad y puede producir insomnio, irritabilidad, diuresis, temblor y taquicardia (v. tabla 12-3).



Figura 12-14. ■ Se pueden utilizar productos domésticos habituales para el abuso de inhalantes. Fuente: PhotoEdit Inc.

TABLA 12-3			
Alucinógenos, inhalantes, cannabis, cafeína y nicotina			
DROGA	EFFECTOS DE SU CONSUMO	SÍNTOMAS DE SOBREDOSIS	SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA
Alucinógenos			
LSD, DMT, mescalina, MDMA (éxtasis)	Alucinaciones y distorsión de las percepciones, distorsiones del tiempo y el espacio, ilusiones, labilidad emocional, temblor, náuseas y vómitos	Angustia (puede ser reacción a la droga, no sobredosis), convulsiones (infrecuentes)	No hay abstinencia, puede tener escenas retrospectivas durante varios meses después de la última dosis
Fenciclidina (PCP)	Percepciones extrañas, desorientación, alucinaciones, agitación, grandiosidad, retraído o agitado o ambos, paranoide, pupilas dilatadas, piel seca y roja	Convulsiones, coma, muerte	No hay abstinencia
Inhalantes y cannabis			
Inhalantes Hidrocarburos: cola, gasolina, aerosoles, disolventes	Hidrocarburos: euforia, deterioro del juicio, nistagmo, ataxia, habla arrastrada, cambios de la percepción, sensación de invulnerabilidad	Hidrocarburos: estupor, coma, depresión cardíaca y arritmias, parada respiratoria, complicaciones renales	Similar al alcohol
Nitritos: nitrito de amilo, óxido nítrico	Nitritos: retrasa la eyaculación o potencia las relaciones sexuales	Nitritos: angustia, hipotensión Ambos: lesión cerebral	
Cannabis Marihuana Hachís	Euforia leve, placer, confianza, grandiosidad, relajación, ojos rojos, sequedad de boca, aumento del apetito	Ninguno	No hay síndrome de abstinencia físico; puede haber deseo compulsivo de consumir la droga
Cafeína y nicotina			
Cafeína	Aumento de la alerta, aumento del pulso, ansiedad, insomnio	Nerviosismo (temblor)	Cefalea, astenia, irritabilidad
Nicotina	Placer, alerta, aumento de la PA y el pulso, disminución del flujo sanguíneo en el músculo cardíaco	Ninguno	Ansiedad, estado de ánimo deprimido, ira, deseo compulsivo de consumir la droga, aumento del apetito

La cantidad y la frecuencia del consumo de cafeína determinan sus efectos y si se produce o no tolerancia y síndrome de abstinencia. Los síntomas de abstinencia incluyen cefalea, astenia, irritabilidad y nerviosismo. La figura 12-15 ■ muestra los orígenes habituales de cafeína y sus dosis. El bebedor de café adulto medio consume 360-450 mg de cafeína al día. Se considera que es excesiva una ingesta de más de 600 mg de cafeína al día (Kneisl, Wilson y Trigoboff, 2004).

La dependencia de la nicotina es la dependencia de sustancias más frecuente en EE. UU. (Centers for Disease Control, 2007). Los síntomas de su consumo incluyen aumento del ren-

dimiento, disminución del apetito, reducción de la ansiedad y aumento de la alerta inicialmente, seguido por relajación. El tabaquismo es especialmente frecuente en personas que consumen alcohol y otras sustancias.

Las consecuencias del tabaquismo también se deben a otras sustancias del tabaco. El cáncer de pulmón, cavidad oral, esófago, páncreas y próstata está aumentado significativamente en fumadores. El riesgo de enfermedad cardiovascular (accidente cerebrovascular, infarto del miocardio y arteriopatía periférica) también aumenta por el tabaco. Son preocupantes los accidentes relacionados con el fuego (fumar en la cama o mientras se bebe

alcohol puede ser mortal). Los síntomas de abstinencia incluyen irritabilidad, intranquilidad, somnolencia, ansiedad, deseo intenso de consumir la droga y aumento transitorio del apetito.

ALERTA clínica

Los pacientes que consumen drogas o alcohol *con frecuencia* tienen riesgo de *síndrome de abstinencia*. Los que han consumido drogas o alcohol *recientemente* tienen riesgo de los *efectos aditivos* cuando se les prescriben fármacos.

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

Asistencia integral

En la fase aguda de la abstinencia alcohólica el tratamiento médico se centra en la seguridad fisiológica. Las prioridades son el tratamiento de los síntomas, la prevención de las convulsiones, la estabilización de los signos vitales y la minimización de los efectos de la estimulación del SNC. En la fase de rehabilitación el tratamiento es de apoyo. Profesionales de enfermería, médicos, terapeutas, trabajadores sociales y otros profesionales colaboran en el equipo sanitario.

Una persona que es dependiente de la heroína o del alcohol será tolerante también a otros depresores del SNC. Este fenómeno de tolerancia a varias drogas de la misma clasificación se

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

Hay varias teorías sobre las causas y el mejor tratamiento de la dependencia química. Básicamente se considera que la dependencia de sustancias es una enfermedad médica crónica y progresiva que se caracteriza por remisiones y recurrencias y finalmente es mortal si no se trata. Su etiología es una combinación de influencias genéticas y culturales (naturaleza y crianza). El cuadro 12-2 ■ presenta alguna información cultural sobre el alcoholismo.

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

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

FASE AGUDA DEL TRATAMIENTO

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

En la fase aguda del tratamiento se utilizan fármacos para ofrecer una abstinencia segura de los fármacos depresores del SNC y del alcohol. La abstinencia alcohólica habitualmente se trata con un ansiolítico benzodiazepínico. Este fármaco se administra en una dosis decreciente a lo largo de varios días para tratar los síntomas de abstinencia del SNC. Los pacientes que abusan del alcohol reciben vitamina B₁ (tiamina) para prevenir la encefalopatía alcohólica (síndrome de Wernicke-Korsakoff).

Existe la suposición peligrosa de que permitir que los pacientes tengan una abstinencia atroz «les enseñará una lección» sobre por qué deben dejar de beber alcohol o de utilizar drogas. De hecho, la abstinencia hace que una persona tenga un deseo irreprimible de la droga y esté preocupada por la sustancia. No hay justificación ética para permitir que los pacientes sufran innecesariamente. La abstinencia del alcohol y de los barbituratos puede ser potencialmente mortal.



Figura 12-15. ■ Fuentes frecuentes de cafeína, con dosis.

CUADRO 12-2 CONSIDERACIONES CULTURALES
Aspectos culturales del alcoholismo

Estadounidenses de origen asiático: Como grupo tienen menor probabilidad de solicitar tratamiento por alcoholismo que la población general. Los varones tienden a beber más alcohol que las mujeres.

Estadounidenses de origen filipino: El 50% de las mujeres estadounidenses de origen filipino se abstiene totalmente del consumo de alcohol. De los varones, el 80% toma alcohol. El consumo importante es casi exclusivamente una actividad masculina.

Estadounidenses de origen japonés: Menor incidencia de consumo de alcohol que en la población general. Las bajas tasas de alcoholismo descritas se pueden deber a factores como los siguientes: las personas afectadas son protegidas por su familia, sólo solicitan tratamiento en fases tardías de la enfermedad, solicitan tratamiento de personas distintas a los profesionales sanitarios.

Nativos de Alaska (nativos de las Aleutianas, esquimales e indígenas): Los atracones de bebida se han asociado al estrés de la aculturación. El alcoholismo es frecuente, especialmente en varones. El suicidio también es frecuente. Alcohólicos Anónimos y otros programas establecidos por los caucásicos han tenido relativamente poco éxito en este grupo. Son más eficaces programas relevantes desde el punto de vista cultural.

Estadounidenses de origen europeo: El alcoholismo es un importante problema de salud pública. La negación es un mecanismo de afrontamiento frecuente. Este grupo depende más que otros grupos del sistema sanitario para el tratamiento. El 4% de las mujeres beben mucho.

Estadounidenses de origen irlandés: En Irlanda los adolescentes beben menos alcohol que los estadounidenses, pero los adultos tanto irlandeses como estadounidenses de origen irlandés tienen una elevada incidencia de alcoholismo y problemas sociales

asociados a la bebida. Las personas afectadas refieren la necesidad de tranquilización y escapar de cargas intolerables como motivos para beber alcohol.

Estadounidenses de origen judío: Hay una creencia común en este grupo de que los alcohólicos son hombres sin hogar y desaliñados. No se reconoce que el hábito de beber de forma habitual y la conducta problemática sean alcoholismo. Las conductas que caracterizan al alcohólico (negación, aislamiento y culpa) son intensas en los alcohólicos judíos debido al mito de la sobriedad judía.

Estadounidenses de origen mexicano: El rol masculino se puede asociar a la capacidad de beber grandes cantidades de alcohol. Este grupo tiene aumento de la tasa de mortalidad por enfermedades relacionadas con el consumo crónico de alcohol en comparación con los alcohólicos de otros grupos. Los estadounidenses de origen mexicano tienen menores tasas de consumo de drogas que la población general.

Estadounidenses de origen ruso: La tasa de alcoholismo está aumentando en Rusia, especialmente en adolescentes y mujeres. La incidencia disminuye cuando las personas emigran desde Rusia a EE. UU.

Afroamericanos: El alcoholismo es un problema importante. Contribuye a una reducción de la esperanza de vida. La incidencia se relaciona con el desempleo. Se cita la evasión de los problemas como motivo habitual para beber. En estudios que controlaron la edad y la situación socioeconómica, más afroamericanos se abstienen y generalmente consumen menos alcohol que los estadounidenses de origen europeo. Un mayor porcentaje de mujeres de esta cultura bebe más que la población general. Este grupo es el que menos probabilidad tiene de solicitar tratamiento por problemas de bebida.

Este artículo se publicó en *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*, 4/E, J. N. Giger and R. E. Davidhizar, "Transcultural Assessment Model," © 2004, Mosby.

FASE DE RECUPERACIÓN

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

Psicofarmacología

Los fármacos utilizados en la fase de recuperación tienen la finalidad de prevenir las recaídas. Se puede prescribir disulfiram para disuadir a los pacientes de que beban alcohol. Produce una reacción incómoda e intensa cuando el paciente bebe (enrojecimiento, cefalea pulsátil, náuseas y vómito).

Se utiliza la metadona, un opiáceo sintético, como sustituto de la heroína. Se prescribe una dosis oral regular, que habitualmente se dispensa en una consulta de metadona. Los pacientes que toman metadona se hacen dependientes físicamente de la misma (y tendrán síntomas de abstinencia si se interrumpe).

El objetivo es prevenir los riesgos del consumo de drogas por vía intravenosa y las peligrosas conductas asociadas a obtener la heroína (prostitución, robos, asaltos, etc.). La metadona ha salvado las vidas de muchos antiguos consumidores de heroína. Muchos pacientes tratados con metadona llevan vidas productivas.

La naltrexona es un antagonista opiáceo que se utiliza para tratar la sobredosis de opiáceos. Bloquea los efectos de cualquier opiáceo que haya utilizado el paciente. Se ha encontrado que reduce los deseos compulsivos de consumir alcohol en pacientes abstinentes (Deglin y Vallerand, 2007).

La clonidina es un fármaco antihipertensivo que a veces se da a los pacientes con dependencia de opiáceos para prevenir algunos de los síntomas de la abstinencia. Los profesionales de enfermería deben tomar la presión arterial del paciente antes de cada dosis y suspender el fármaco (y notificarlo al médico) si el paciente está hipotenso.

Terapia cognitiva-conductual

Otros abordajes terapéuticos incluyen la terapia cognitiva-conductual, en la que se ayuda al paciente a alterar el pensamiento y las conductas asociados a la adicción. También se utiliza terapia familiar, en la que se aconseja a toda la familia que vea la combinación de conductas familiares poco saludables que contribuyen a la adicción identificada del paciente.

Las tareas de la rehabilitación/recuperación son:

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

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

Grupos de apoyo

Muchos pacientes con abuso y dependencia de sustancias responden bien al tratamiento. El programa terapéutico más

popular es Alcohólicos Anónimos (AA). Es un programa de autoayuda para alcohólicos que se basa en los 12 pasos, de donde recibe el nombre de «Programa de los 12 pasos». El cuadro 12-3 ■ muestra los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos. La propia organización AA es sólo para alcohólicos. Otros programas de 12 pasos se basan en sus principios. En todos estos grupos anónimos, personas con problemas similares comparten experiencias, fuerza y esperanza. Los grupos ofrecen la sensación de comunidad y de apoyo incondicional.

Hay miles de grupos de AA. Derive a los pacientes a su listín telefónico local o a información telefónica para encontrar Alcohólicos Anónimos. Hay reuniones de AA para grupos de interés especial, como pacientes con diagnóstico dual, no fumadores, mujeres, lesbianas o personas que quieren centrarse en los aspectos religiosos de la recuperación. Otros programas de 12 pasos incluyen Comedores Compulsivos Anónimos (Overeaters Anonymous), Narcóticos Anónimos (Narcotics Anonymous) y Cocainómanos Anónimos (Cocaine Anonymous).

Al-anon es un grupo para los familiares, especialmente cónyuges, de los alcohólicos. Ala-teen es un grupo similar para hijos adolescentes de alcohólicos. La dependencia de sustancias es claramente una enfermedad familiar; estos grupos han ayudado a muchos familiares.

CUADRO 12-3

Los doce pasos de Alcohólicos Anónimos

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que un poder superior podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Fuente: Alcoholics Anonymous World Services (1952).

Diagnóstico dual

El término **diagnóstico dual** se refiere a los pacientes que tienen tanto un trastorno por consumo de sustancias como una enfermedad mental grave. Hasta el 51% de los pacientes con enfermedades mentales graves también tiene trastornos por consumo de sustancias (El-Mallakh, 1998). Estas personas tienen dos enfermedades crónicas distintas, y tienen mayor deterioro funcional que la población general de personas con dependencia de sustancias. Se debe tratar de forma conjunta el trastorno mental y el trastorno por consumo de sustancias. La figura 12-16 ■ muestra la frecuencia de trastornos por consumo de sustancias en pacientes con diversos trastornos mentales.

Muchos pacientes automedican sus síntomas psiquiátricos con alcohol o drogas. Piense en los síntomas de los principales trastornos mentales. Muchos pacientes con enfermedades mentales graves tienen impulsividad, juicio inadecuado y dificultad para prever las consecuencias de su conducta. Ahora piense en las sustancias de abuso. A corto plazo ayudan a las personas a olvidar sus problemas y hacen que se sientan mejor. Sólo posteriormente se harán realidad las consecuencias completas de pérdida de trabajo, familia, amigos, salud e incluso la vida. Para una persona que vive el momento, el abuso de sustancias puede parecer lógico. Puede parecer que es una forma eficaz de resolver los problemas. Para las personas que no pueden planificar más allá del día actual, la resolución de problemas tiene un significado diferente.

Debido al riesgo elevado de abuso y dependencia de sustancias en pacientes con enfermedades mentales, los profesionales de enfermería deben incluir una valoración del antecedente de

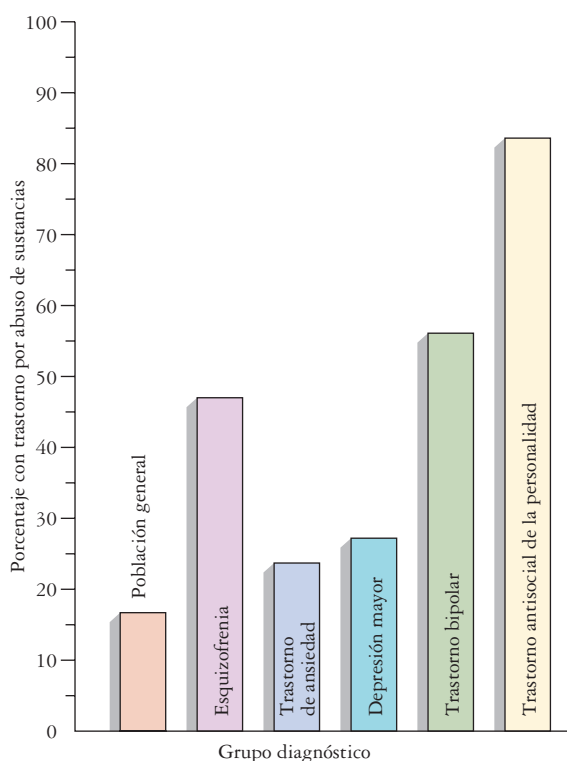


Figura 12-16. ■ Tasas de prevalencia a lo largo de toda la vida de trastorno por abuso de sustancias en pacientes con trastornos mentales. Fuente: *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing* by Kneisl/Wilson/Trigoboff©, Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, NJ.

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

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

Los pacientes con diagnósticos duales se pueden beneficiar del tratamiento de la dependencia de sustancias que se organiza especialmente para ellos. Los pacientes con trastornos del pensamiento pueden no encajar socialmente con otros miembros de los grupos de terapia o pueden tener problemas diferentes. Por ejemplo, la esquizofrenia dificulta que los pacientes tomen la iniciativa. Los pacientes con esquizofrenia pueden tener más problema para rechazar las ofertas de alcohol o de drogas que una persona media. Se han organizado grupos espe-

ciales de AA para pacientes con diagnóstico dual para satisfacer las necesidades de pacientes con diagnóstico dual.

Dependencia de sustancias en profesionales de enfermería

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

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

Cuando los profesionales de enfermería conocen la dependencia de sustancias, pueden reconocerla más pronto en sus compañeros y en ellos mismos. Los signos de **deterioro del ejercicio de la enfermería** (ejercicio de la enfermería bajo la influencia de tóxicos) incluyen cambios de la conducta del profesional de enfermería (cambios del estado de ánimo, irritabilidad, pérdida de memoria, aislamiento de los compañeros, conducta inadecuada). Se puede ver afectado el rendimiento laboral (múltiples errores de medicación, incumplimiento de plazos, historias clínicas descuidadas, falta de atención al detalle, absentismo, juicio inadecuado, participación como voluntario para administrar narcóticos a los pacientes de otros profesionales de enfermería, dispendio excesivo de narcóticos, quejas de los pacientes de que los analgésicos no son eficaces, falsificación de los envases de fármacos, ir al baño después de la administración de narcóticos). El hecho de que el consumo de drogas produce errores en la práctica es irónico, porque al contrario que otras personas que abusan de drogas los profesionales de enfermería con frecuencia empiezan a tomar drogas para seguir trabajando cuando están cansados (fig. 12-17 ■). El profesional de enfermería también puede tener signos de consumo o síndrome de abstinencia de drogas (alcohol en el aliento, uso intenso de pastillas de menta para el aliento y perfume, ojos rojos, ataxia, inquietud, ansiedad, habla arrastrada, hiperactividad, temblor, secreción nasal, problemas familiares que interfieren con el trabajo).



Figura 12-17. ■ Al contrario que otras personas que abusan de drogas, los profesionales de enfermería tienden a comenzar el uso de drogas cuando empiezan a sentirse agotados, para mejorar su capacidad de trabajar más y más tiempo. Fuente: Phototake NYC.

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

En la situación aguda, su deber como profesional de enfermería es proteger a sus pacientes de un profesional de enfermería cuya actuación está deteriorada. En el cuadro general de la asistencia de los compañeros en la profesión, su deber es ayudar a sus compañeros a recibir tratamiento. La intervención para alcanzar cada uno de estos resultados es la misma: dígaselo a un supervisor (no sólo al profesional de enfermería a cargo de la unidad de ese día), para que los pacientes estén seguros y se pueda tratar al profesional de enfermería. Un profesional de enfermería que está tan avanzado en la dependencia de sustancias que está bajo la influencia de sustancias del trabajo no podrá dejar de utilizarlas simplemente porque usted le diga que debe hacerlo. Necesita tratamiento. Este no es momento de practicar la negación.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

La negación en pacientes dependientes del alcohol se ha estudiado en un proyecto de investigación. Estos pacientes se negaron a sí mismos que tuvieran problemas con el alcohol durante años después de que se produjeran los problemas. Posteriormente, durante años después de que reconocieron el problema, siguieron negando ante los demás que existía. Tendieron a posponer la

búsqueda de tratamiento hasta que tenían problemas de salud crónicos y graves (Simpson y Tucker, 2002). Esta investigación tiene implicaciones para los profesionales de enfermería. Si los profesionales de enfermería valoraran a todos los pacientes para detectar problemas de consumo de sustancias, se puede identificar a estos pacientes antes de que soliciten ayuda por sí mismos. Algunos de estos pacientes pueden responder positivamente al consejo del profesional de enfermería de buscar tratamiento por dependencia de sustancias. La confirmación del abuso de sustancias por los profesionales sanitarios puede ser una herramienta poderosa en la batalla contra la negación.

Es importante valorar la historia de consumo de sustancias de todos los pacientes. El profesional de enfermería puede notificar al médico el consumo reciente o el consumo frecuente para que se puedan tomar medidas adecuadas para ajustar las dosis de fármacos que afectan al SNC. En el cuadro 12-4 ■ se enumeran preguntas para la valoración de enfermería. Observe que la valoración del consumo de sustancias no pregunta: «¿Bebe usted?». Como el consumo de alcohol y drogas se asocia a importantes actitudes negativas por la sociedad y a culpa por los consumidores, es muy probable que el paciente piense que la respuesta correcta es «No». Las personas utilizan la negación para afrontar los problemas de abuso de sustancias, y con frecuencia mienten o infraestiman su consumo. El profesional de enfermería debe tener una actitud no crítica y debe aceptar a los pacientes como personas, independientemente de que consuman o no drogas.

Un signo físico del consumo de sustancias que afectan al SNC es el tamaño de las pupilas. En general, los depresores del SNC tienden a contraer las pupilas y los estimulantes del SNC tienden a dilatarlas (en la figura 12-18 ■ se muestra una pupila dilatada). Sin embargo, tenga cuidado con este hallazgo. Muchos fármacos de venta con receta también pueden producir cambios pupilares, de la misma forma que la luz de la

CUADRO 12-4

Valoración para detectar consumo de sustancias

Esta es una valoración de cribado. Estaría indicada una valoración más meticulosa en un contexto de tratamiento de abuso de sustancias.

- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
- ¿Con qué frecuencia bebe alcohol?
- ¿Aproximadamente cuánto bebe?
- ¿Qué tipo de drogas o fármacos utiliza que no se hayan prescrito?
- ¿Cuál es su método de consumo (oral, fumar, inhalación, inyección)?
- ¿En qué circunstancias bebe o consume sustancias?
O: ¿Qué le lleva a beber o a consumir drogas? (¿Piensa usted que es por relajación, diversión, algo relacionado con sus amigos, para pasar el día, cuando está triste, solo, frustrado o enfadado)?
- ¿Ha tenido algún problema por la bebida o por el consumo de drogas (social, laboral o legal)?
- ¿Cuándo fue la última vez que consumió alcohol o cualquier droga, qué era y cuánto?

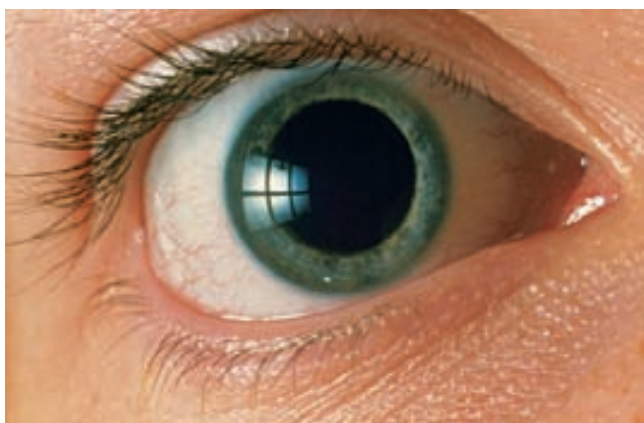


Figura 12-18. ■ El tamaño pupilar es un signo del consumo de drogas que afectan al SNC. La dilatación pupilar es un signo del consumo de estimulantes del SNC. Los depresores del SNC producen contracción pupilar. Sin embargo, tenga cuidado, porque otras cosas pueden afectar también al tamaño pupilar. *Fuente:* Photo Researchers, Inc.

habitación. El tamaño de las pupilas es uno de los muchos síntomas y signos que se deben tener en consideración.

Observe la pregunta de la valoración que pregunta en qué circunstancias bebe alcohol o consume drogas el paciente. Esta pregunta intenta determinar la finalidad que tiene la sustancia para esta persona. Los pacientes consumen sustancias por diversos motivos. El conocimiento de los motivos aumenta la capacidad del profesional de enfermería de ayudar al paciente a encontrar otras opciones para el afrontamiento o el entretenimiento.

Una herramienta de cribado general para determinar si un paciente tiene o no problemas con el alcohol es el cuestionario CAGE (Ewing, 1984). Es una herramienta sencilla que identifica qué pacientes necesitan una valoración adicional.

Es necesario un estudio adicional si el paciente responde «sí» a una de las siguientes preguntas:

- ¿Alguna vez ha pensado que debería reducir (*cut down*) el consumo de alcohol?
- ¿La gente le molesta (*annoy*) cuando le critica por beber?
- ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable (*guilty*) por beber?
- ¿Alguna vez una bebida ha sido lo primero que ha tomado por la mañana para tranquilizar los nervios o librarse de una resaca (*eye-opener*)?

De forma similar, el profesional de enfermería puede realizar preguntas directas sobre el consumo de tabaco. El cuadro 12-5 ■ muestran las cinco «A» para la valoración y la intervención con los pacientes que fuman (Gordon, Williams y Lapin, 2001). Simplemente tener una conversación con el médico o con el profesional de enfermería sobre el abandono del tabaco o del consumo de otra sustancia ayuda a muchas personas a empezar el proceso del abandono. Los profesionales de enfermería pueden ser una fuerza poderosa para un cambio de conducta saludable. ¡Utilice su poder!

CUADRO 12-5

Cinco «A» para la valoración y la intervención en pacientes fumadores

Este plan se debe utilizar en todas las visitas a la consulta o al hospital:

- **Preguntar** (*ask*) al paciente sobre el consumo de tabaco.
- **Aconsejar** al paciente que lo abandone.
- **Valorar** (*assess*) la voluntad del paciente de realizar un intento de abandono.
- **Ayudar** al paciente a hacer un intento de abandono.
- **Organizar** (*arrange*) contactos de seguimiento para prevenir las recaídas.

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

Las intervenciones de enfermería en los pacientes con trastornos por consumo de sustancias con frecuencia se relacionan con tres diagnósticos de enfermería: alteración de la protección, conocimientos deficientes y afrontamiento ineficaz. Otros diagnósticos de enfermería que se aplican con frecuencia a los pacientes con trastornos por consumo de sustancias son:

- Trastorno de los procesos familiares
- Autoestima baja crónica
- Impotencia
- Miedo
- Negación ineficaz
- Desequilibrio nutricional: por defecto
- Riesgo de lesión
- Trastorno del patrón del sueño
- Aislamiento social
- Sufrimiento espiritual
- Trastornos de la percepción sensorial
- Riesgo de violencia

Alteración de la protección relacionada con la abstinencia alcohólica

- Tome los signos vitales con frecuencia, al menos cada 4 horas. Si están elevados (T, P, R relacionado con abstinencia alcohólica, y la PA puede estar alterada), administrar las benzodiacepinas prescritas según las órdenes del médico. *Las benzodiacepinas permiten tratar y prevenir los síntomas de la abstinencia alcohólica equilibrando la estimulación del SNC con un efecto depresor hasta que el SNC del paciente pueda volver a la homeostasis sin alcohol.*
- Valore para detectar otros síntomas de abstinencia (ansiedad, agitación, sudoración, náuseas, vómitos, temblor y ataxia). *Trate con benzodiacepinas a demanda como antes. Si la abstinencia es tan intensa que el paciente tiene alucinaciones o convulsiones, llame inmediatamente al médico. Estos son síntomas de abstinencia potencialmente mortal.*

- Si el paciente tiene náuseas, no le obligue a tomar líquidos. Ofrezcale cantidades pequeñas de líquidos con frecuencia. Ofrezca alimentos ricos en calorías. *Valore para detectar deshidratación. Los pacientes con síndrome de abstinencia tienen riesgo de alteraciones hídricas y electrolíticas. También tienen riesgo de nutrición inadecuada. Es más fácil que el paciente con náuseas tome alimentos y líquidos en cantidades pequeñas que en comidas grandes.*
- Ayude al paciente con las actividades de la vida diaria. *Los pacientes con síndrome de abstinencia probablemente estén débiles y posiblemente demasiado cansados para realizar las AVD de forma autónoma.*
- Mantenga un entorno con bajo nivel de estimulación para el paciente. *Los pacientes con síndrome de abstinencia tienen estimulación del SNC. Se sentirán más cómodos y tendrán menos probabilidad de tener una convulsión si están en una habitación tranquila con luces bajas.*
- Anime a los pacientes a que expresen sus sentimientos. *Los pacientes con dependencia alcohólica con frecuencia tienen dificultad para comprender sus propios sentimientos. Expresarlos puede iniciar el proceso de cambio de conducta.*

Conocimientos deficientes relacionados con falta de información sobre el abuso de sustancias

- Valore lo que saben los pacientes y lo que deben aprender. Enséñeles sobre el proceso de abuso y dependencia de drogas y cómo las personas utilizan drogas para afrontar los problemas, por entretenimiento y por tener compañía. *Cuando las personas saben qué es el problema desde el punto de vista fisiológico y realista, pueden empezar a hacer algo sobre ello.*
- Analice con el paciente las consecuencias del consumo de sustancias. *Como muchas personas niegan la gravedad del problema, los profesionales de enfermería deben ser honrados sobre las consecuencias (pérdida de trabajo, divorcio, problemas familiares, enfermedad de todos los sistemas corporales, etc.). Las personas tienen mayor probabilidad de cambiar de conducta cuando comprenden las consecuencias y deciden cambiar.*

Afrontamiento ineficaz relacionado con habilidades escasas para la resolución de problemas

- Ayude a planificar nuevas estrategias de afrontamiento saludable para sustituir el consumo de sustancias. *El paciente puede tener que conocer nuevas personas para hacer nuevos amigos si todos sus viejos amigos sólo se reúnen para beber o consumir drogas. Las personas necesitan alternativas al consumo de sustancias cuando tienen demasiada hambre o están demasiado enfadadas, solas o cansadas. (HALT es un acrónimo en inglés de los sentimientos que llevan a la recaída en el consumo de sustancias; corresponde a las palabras inglesas hungry, angry, lonely y tired.)*
- Ayude a realizar una lista de actividades recreativas divertidas. *Los pacientes pueden incluso no saber qué hacer para divertirse. Asegúrese de que la lista es realista y de que incluya*

las preferencias del paciente (algunas ideas son dar un paseo, llamar por teléfono a un amigo, oír música, hacer deporte, senderismo, ciclismo, trabajar en el exterior, lectura, servicio comunitario, actividades espirituales, ballet, carpintería, pintura y apreciar la naturaleza).

- Ayude a los pacientes a identificar sus recursos para las diversas necesidades y las situaciones estresantes (p. ej., quién le podría ayudar a hacer la compra en la tienda o a ir a la consulta del médico, quién le puede ayudar a atender al gato si el paciente está en el hospital, o quién le puede ayudar a reponer una receta de un fármaco). Su promotor de Alcohólicos Anónimos puede ser la persona a la que puede llamar si le apetece volver a beber, o si quiere hablar sobre lo difícil que es la vida. *Una lista práctica como esta puede ser a lo que acuda el paciente en lugar de beber cuando tenga un problema y no pueda pensar en lo que puede hacer.*

Las siguientes estrategias para ayudar a las personas a dejar de fumar pueden ser útiles también en personas que consumen otras sustancias.

Las cinco «R» para los fumadores que actualmente no quieren dejar de fumar son:

- Aportar información motivacional que sea **relevante** desde el punto de vista personal para el paciente.
- Discutir los **riesgos** asociados al tabaco y las **recompensas** del abandono, como las mejoras del desempeño de funciones y la seguridad en uno mismo.
- Preguntar al paciente sobre los **obstáculos** (roadblocks) o barreras al abandono.
- **Repetir** estrategias motivacionales en todas las consultas porque la mayoría de los fumadores necesitan hacer intentos repetidos para abandonarlo para tener éxito (Gordon y cols., 2001).

EVALUACIÓN

Mire los resultados y evalúe si se han cumplido para evaluar si las intervenciones de enfermería en los pacientes con trastornos por consumo de sustancias son eficaces. Los resultados deseados incluyen:

- El paciente debe desarrollar un plan con alternativas saludables al consumo de sustancias para el afrontamiento.
- Los pacientes deben identificar recursos para obtener ayuda cuando la necesiten (familia, amigos, Alcohólicos Anónimos, agencias de servicios sociales).
- El paciente debe identificar los factores de riesgo de recaída y debe hacer planes para la prevención de las recaídas.
- El paciente debe identificar y manifestar verbalmente sus sentimientos.
- El paciente debe asumir la responsabilidad por su propia conducta.

- El paciente debe utilizar el apoyo de sus iguales para mantener la sobriedad.

CONSIDERACIONES AL ALTA

Cuando los pacientes con trastornos por consumo de sustancias son dados de alta del hospital, debe haber un seguimiento de los problemas con el consumo de sustancias. Se pueden beneficiar de una lista por escrito de números de teléfono con recursos de asesoramiento, tratamiento del abuso de drogas o Alcohólicos Anónimos. Pueden necesitar la derivación al departamento de servicios sociales para recibir ayuda con la planificación del alta. El trabajador social puede obtener una derivación para el tratamiento de forma ambulatoria.

Si se va a dar de alta a un paciente con antecedentes de consumo de sustancias con tratamiento psicotrópico, sedantes, narcóticos u otros fármacos que pudieran interactuar con drogas, se deben discutir los posibles riesgos con el médico. Cuando no se espera que una persona se abstenga de consumir sustancias, el médico debe tenerlo en consideración cuando prescriba fármacos para su uso en el domicilio.

Recuerde a los pacientes que ellos tienen control de su propia conducta. Dé a los pacientes recursos para que tengan apoyo ambulatorio. Una promesa de «nunca consumirlo de nuevo» no hará que la persona tenga éxito. Entregue también una lista de recursos para las familias. Consulte la página web complementaria para ver una lista de recursos para los pacientes y sus familias.

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Paciente con afrontamiento ineficaz

La policía ha traído al hospital a un latino de 27 años de edad con una fractura en una pierna. Tenía una intoxicación aguda y gritaba que había una máquina en su cuerpo. Los diagnósticos médicos son fractura de tibia, abuso de alcohol y exacerbación de esquizofrenia. El paciente vive solo y no tiene trabajo.

Valoración. El profesional de enfermería realizó una valoración para detectar consumo de sustancias y encontró que el paciente consume alcohol la mayoría de los días. Últimamente ha bebido más, porque tiene la televisión estropeada. No puede pensar en nada que le guste hacer. El paciente afirma: «Únicamente no tengo miedo cuando estoy bebido». Los signos vitales son T 37,2 °C, P 100, R 18, PA 120/80. Se le ha prescrito risperidona. Dice: «Dejé de tomar la medicina porque no la necesito». Colabora con la toma de los fármacos en el hospital.

Diagnóstico

- Afrontamiento ineficaz

Resultados esperados. El paciente debe:

- Cumplir la toma del fármaco antipsicótico.
- Discutir sus sentimientos sobre el alcohol y la dependencia del alcohol.
- Enumerar tres recursos para obtener ayuda cuando la necesite.
- Planificar tres posibles alternativas a beber alcohol cuando se sienta aburrido o tenga miedo.
- Contactar con Alcohólicos Anónimos mientras esté en el hospital para organizar la asistencia a una reunión el día que le den de alta.

Planificación y aplicación. El profesional de enfermería aplicará las siguientes intervenciones:

- Pasar tiempo hablando con el paciente en todos los turnos. *Este paciente tiene dificultad para relacionarse con otras personas debido a su trastorno mental. Se puede beneficiar del interés personal de los miembros del personal. También se puede beneficiar del modelo de rol positivo de cómo establecer relaciones sociales adecuadamente. La expresión de sus sentimientos sobre el consumo de alcohol es el comienzo de la recuperación del abuso de alcohol.*
- Discutir con el paciente las consecuencias de beber alcohol. *El paciente puede tener una exacerbación de su trastorno mental (esquizofrenia) debido al consumo de alcohol y a no tomar los fármacos. Si comprende los efectos negativos del alcohol sobre su vida, le ayudará a decidir dejar de beber.*
- Ayudar al paciente a hacer una lista de personas que le puedan ayudar en diversas situaciones cotidianas (reponer las recetas del tratamiento, llevarle en coche a una reunión de AA, estar disponible para hablar por teléfono si está solo). *La lista por escrito estará disponible para ayudarle a recordar sus recursos cuando tenga riesgo de recaída. La utilización de los recursos de la lista (en lugar de beber por miedo o por frustración) es un método de afrontamiento positivo.*
- Ayudar al paciente a hacer una lista de alternativas a la bebida. Estas actividades deben ser cosas que el paciente esté de acuerdo en hacer. Pueden incluir ir a dar un paseo, ver la TV en el salón social de su edificio de apartamentos, ir a la biblioteca, jugar a un juego, oír música, hacer ejercicio, dibujar, darse una ducha, etc. *El paciente con dependencia del alcohol puede tener dificultad para pensar en alternativas a la bebida. La lista será un recordatorio de alternativas realistas.*
- Mostrar al paciente cómo encontrar el número de teléfono del grupo local de Alcohólicos Anónimos en el listín telefónico y animar al paciente a que se ponga en contacto con ellos. *Los pacientes con esquizofrenia con frecuencia tienen dificultad con la motivación y para tomar iniciativas. Este paciente tiene más probabilidad de participar en un grupo si se le ayuda a unirse.*
- Ayudar al paciente a hacer una lista de cosas que le gustaría hacer. El profesional de enfermería puede hacer

sugerencias, aunque el paciente debe elegir las cosas agradables. *Los pacientes con esquizofrenia pueden tener dificultad para identificar actividades divertidas. Esta lista hará que el paciente tenga mayor facilidad para pensar en algo que hacer cuando de forma independiente elija sus actividades. Estas actividades agradables también se convertirán en alternativas a la bebida.*

Evaluación. Se dio de alta al paciente después de 7 días en el hospital. Los síntomas de la psicosis (ideas delirantes sobre una máquina en su cuerpo) desaparecieron después de 5 días de reiniciar el tratamiento con risperidona. Los resultados se cumplieron parcialmente. No discutió sus sentimientos sobre el alcohol. El trabajador social del hospital derivó al paciente a la consulta de salud mental de su condado, donde está en un grupo de AA para pacientes con diagnóstico dual. La consulta tiene un programa de socialización en el que el paciente puede conocer a otras personas. Ve la TV en el salón. Toma

el fármaco y no ha vuelto a tomar alcohol desde que salió del hospital hace 3 semanas.

Pensamiento crítico en el proceso de enfermería

1. ¿Cuáles son las situaciones que harían que este paciente tuviera máximo riesgo de recurrencia para volver a beber de nuevo?
2. ¿Qué función tenía el alcohol en la vida de este hombre?
3. ¿Cuáles son los retos adicionales para este paciente debido a que tiene diagnóstico dual (en comparación con otros pacientes con dependencia del alcohol)?

Nota: En el apéndice I puede encontrarse un comentario sobre las preguntas de pensamiento crítico.

Nota: La bibliografía y los recursos de este y el resto de capítulos se han reunido al final del libro.

Revisión del capítulo

TÉRMINOS CLAVE

abstinencia

abuso de sustancias

adicción

amnesia transitoria

consumo compulsivo de sustancias

dependencia de sustancias

desintoxicación

deterioro del ejercicio de la enfermería

diagnóstico dual

fabulación

intoxicación

negación

recaída

síndrome de abstinencia

tolerancia

tolerancia cruzada

PUNTOS clave

- El abuso de sustancias es un patrón maladaptativo de consumo de sustancias a pesar de los resultados adversos. La dependencia de sustancias incluye mantener el uso de la sustancia a pesar de problemas significativos relacionados con la sustancia, como tolerancia, síndrome de abstinencia y consumo compulsivo.
- Los trastornos por consumo de sustancias afectan al 20% de los adultos de EE. UU., aunque la mayoría de estas personas no está diagnosticada.
- Los pacientes utilizan la negación sobre el consumo de sustancias y también lo hacen los profesionales sanitarios.
- El manual DSM-IV-TR enumera 11 sustancias de abuso: alcohol; opioides; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; cocaína; anfetaminas y drogas similares; alucinógenos; fenciclidina (PCP) y drogas similares; inhalantes; cannabis; cafeína, y nicotina.
- La combinación de fármacos psicotrópicos y alcohol o drogas puede producir aumento de la depresión del SNC.
- Los profesionales de enfermería deben valorar el antecedente de consumo de sustancias de todos los pacientes cuando ingresen.
- El alcoholismo afecta a toda la familia.
- Cuando hay un diagnóstico dual (una persona tiene un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias), se deben tratar conjuntamente los dos trastornos.
- Cuando se produce abuso y dependencia de sustancias en otros profesionales de enfermería y profesionales sanitarios, la primera responsabilidad del profesional de enfermería es la seguridad del paciente y la segunda es solicitar ayuda para el compañero.

- El objetivo del tratamiento del consumo de sustancias es la abstinencia del consumo de sustancias y el desarrollo de habilidades para sustituir el consumo de sustancias con la finalidad de afrontamiento, disfrute o compañía.
- Los pacientes con dependencia de sustancias necesitan la derivación a servicios sociales para recibir ayuda y seguimiento después del alta.
- Muchas personas responden bien al tratamiento de los trastornos relacionados con sustancias: mantenga viva la esperanza.



EXPLORE MediaLink

Pueden encontrarse recursos interactivos adicionales en la página web complementaria www.prenhall.com/eby. Haga clic en «Chapter 12» y en «Begin» para seleccionar las actividades de este capítulo.

- Audio Glossary
- NCLEX-PN® review
- Case study
- Study online
- Critical thinking questions
- Matching questions
- Weblinks
- Video Case: Chris (Alcoholism)

Protocolo asistencial de pensamiento crítico

Asistencia de un paciente con dependencia de sustancias

Área de interés del examen NCLEX-PN®: Integridad psicosocial

Estudio de un caso: El paciente es un varón estadounidense de origen europeo de 41 años de edad con alcoholismo y trastorno depresivo mayor. Ha ingresado en una unidad psiquiátrica general. Ingresó hace 5 días después de que su hija le visitara en su apartamento y le encontrara tumbado en la cama e intoxicado. Dijo: «Déjame solo. Todo el mundo estará mejor sin mí». Hacía varios días que no comía y había varias botellas de *whisky* vacías al lado de su cama. Está delgado y tiene peso insuficiente para su altura. Se le han prescrito fármacos para su depresión, pero no los ha tomado desde que se acabó la receta hace 3 semanas. Tuvo síntomas de abstinencia alcohólica los cuatro primeros días del ingreso. Ahora se siente mejor y los signos vitales están estables.

Diagnóstico de enfermería: Afrontamiento ineficaz

RECOPILE DATOS

Subjetivos

Objetivos

¿Informaría usted de estos datos? Sí/No

Si así lo hiciera, ¿a quién? _____

Asistencia de enfermería

¿Cómo lo verificaría? _____

Compare su verificación con el ejemplo proporcionado en el apéndice I.

Datos recopilados

(use todos los correctos)

- El paciente afirma: «Beber me ayuda a olvidar mis problemas».
- Prefiere estar tumbado en la cama, aunque se levanta a hacer las AVD cuando se le anima a ello.
- Come el 90-100% del alimento de las bandejas de comida.
- Ha ganado 1,8 kg desde el ingreso.
- Toma todos los fármacos que se le dan en el hospital.
- Cuando le visita su hija, la responde con frases breves.
- Afirma: «¿Qué otra cosa puedo hacer aparte de beber? Es lo único que sé hacer».
- Afirma: «Puedo dejarlo cuando quiera. Simplemente no quiero dejarlo».
- Su afecto está embotado y triste.
- Está orientado en cuanto a persona y lugar. Conoce el año y el mes, pero no la fecha.
- Afirma: «Tal vez pueda ir hoy a casa. Puedo cuidar de mí mismo».

Intervenciones de enfermería

(use todas las correctas, colóquelas en orden de prioridad)

- Discutir las consecuencias del alcoholismo del paciente cuando pueda.
- Pasar al menos 3 horas al día explicando todos los detalles del alcoholismo, las teorías de la enfermedad y los posibles tratamientos.
- Ayudarle a elaborar una lista de los recursos para obtener ayuda.
- Ayudarle a elaborar una lista de cosas más saludables que puede hacer cuando le apetezca beber, para prevenir las recaídas.
- Permitir que el paciente pase la mayor parte del tiempo en la cama.
- Animar al paciente a que pase tiempo en la sala de estar de la unidad, en la que podrá estar con otras personas.
- Preguntar por qué quiere irse a casa.
- Reforzar la educación a su nivel sobre sus trastornos y sus fármacos.
- Pasar tiempo con el paciente en todos los turnos. Hablar con él o sentarse a su lado.
- Presionar al paciente para que hable mucho sobre sus problemas con la bebida y la depresión.
- Preguntar al paciente si tiene alguna pregunta sobre sus fármacos. En caso positivo, darle explicaciones sencillas.
- Animar al paciente a que tome el antidepresivo.
- Preguntar al paciente si ha tenido algún efecto colateral por el fármaco antidepresivo.

Preparación del examen NCLEX-PN®

CONSEJO PARA PASAR LA PRUEBA

Practique la conducta durante el examen como la que utilizará en el examen NCLEX-PN®. Cuando responda una pregunta del examen NCLEX-PN®, no podrá volver a ninguna pregunta después de que la haya respondido. Mientras esté en la escuela de enfermería, practique la toma de la decisión sobre la respuesta correcta sin volver atrás. Si tiene el hábito de volver para cambiar las respuestas más adelante, el examen NCLEX-PN® será más estresante para usted.

- 1** Un paciente que tiene dependencia del alcohol ingresa en el hospital con una lesión dolorosa. ¿Qué podría esperar el profesional de enfermería cuando planifique el tratamiento del dolor de este paciente?
 1. Necesitará más narcóticos, porque es tolerante a los depresores del SNC.
 2. Intentará manipular al personal para obtener drogas.
 3. No colaborará con la asistencia de enfermería.
 4. Estará mejor si se le dan las menores cantidades de narcóticos posibles.
- 2** Un paciente alcohólico ingresa en el hospital por fractura de húmero. ¿Qué fármaco esperaría el profesional de enfermería administrar a este paciente para prevenir la encefalopatía alcohólica?
 1. Meperidina
 2. Diacepam
 3. Vitamina B₁
 4. Fenitoína
- 3** Un paciente con esquizofrenia también está diagnosticado de abuso del alcohol. ¿Qué hace que sea más difícil que este paciente deje de beber alcohol que el paciente medio?
 1. La esquizofrenia hace que el paciente tenga dificultad para relacionarse con otras personas para obtener ayuda para dejar de beber.
 2. No responderá al tratamiento del alcoholismo.
 3. No entenderá la educación que le pueda ofrecer el profesional de enfermería sobre el alcoholismo.
 4. Los pacientes con esquizofrenia prefieren beber alcohol a tomar los fármacos psicotrópicos.
- 4** A un paciente ambulatorio se le acaba de prescribir un ansiolítico. ¿Cuál de los siguientes aspectos se *debe* incluir en el plan educativo?
 1. Tome el fármaco cada 4 horas.
 2. Evite el alcohol mientras tome el fármaco.
 3. El fármaco puede producir insomnio.
 4. Evite conducir mientras tome este fármaco.
- 5** El recuento de narcóticos ha sido incorrecto varias veces últimamente. Un profesional de enfermería particular se presta voluntario con frecuencia para administrar los analgésicos a los pacientes de otros profesionales de enfermería. Hoy tiene habla arrastrada cuando sale del baño. ¿Qué debe hacer el profesional de enfermería?
 1. Enfrentarse al personal de enfermería con la sospecha de que consume narcóticos en el trabajo.
 2. Esperar hasta que el profesional de enfermería tenga pupilas puntiformes para confirmar el consumo de narcóticos.
 3. Notificar al profesional de enfermería a cargo que es un profesional de enfermería con deterioro.
 4. Notificar al supervisor de enfermería las observaciones del profesional de enfermería.
- 6** El diagnóstico de enfermería de un paciente con dependencia de sustancias es afrontamiento ineficaz relacionado con habilidades inadecuadas para la resolución de problemas. Seleccione la mejor intervención de enfermería para este paciente.
 1. Explicar los síntomas y signos del síndrome de abstinencia alcohólico.
 2. Ayudar al paciente a enumerar alternativas positivas al consumo de sustancias.
 3. Enseñar al paciente los efectos adversos de sus fármacos.
 4. Enseñar al paciente a no beber nunca más alcohol.
- 7** Se sospecha que un paciente tiene abuso de sustancias con metanfetaminas. ¿Cuáles de los siguientes síntomas/signos podrían indicar un problema con estas drogas?
 1. Depresión
 2. Lesiones cutáneas
 3. Aumento de peso
 4. Incontinencia
- 8** ¿Qué pregunta ayudaría al profesional de enfermería a determinar el significado del consumo de sustancias para el paciente individual?
 1. «¿Por qué es usted alcohólico?»
 2. «¿Con qué frecuencia consume usted drogas y alcohol?»
 3. «¿Qué síntomas tiene usted cuando consume drogas?»
 4. «¿Qué circunstancias le llevan a beber alcohol o consumir drogas?»
- 9** Un profesional de enfermería está atendiendo a un paciente con insuficiencia hepática aguda por cirrosis alcohólica. El profesional de enfermería sabe que debe estar alerta para detectar síntomas y signos de:
 1. Neumonía.
 2. Encefalitis.
 3. Hemorragia digestiva.
 4. Insuficiencia cardíaca congestiva.
- 10** El profesional de enfermería está atendiendo a un paciente ingresado a través del SU después de un accidente de tráfico. La familia advierte al profesional de enfermería que el paciente ha sido alcohólico durante años. ¿Qué síntomas del paciente indicarían al profesional de enfermería que el paciente está empezando a tener síndrome de abstinencia alcohólica? (Seleccione todo lo que proceda.)
 1. Aspecto deprimido
 2. Irritabilidad
 3. Hipotensión
 4. Elevación del pulso y de las respiraciones
 5. Confusión

En el apéndice I pueden encontrarse las respuestas a las preguntas de revisión, así como un comentario del plan asistencial y el protocolo asistencial de pensamiento crítico.

¡Aprenda de sí mismo!

CAPÍTULO 8 Esquizofrenia

Es difícil introducirse en el mundo desorganizado del paciente con esquizofrenia. Intente los dos ejercicios siguientes para poder echar un vistazo a ese mundo. El primero demuestra síntomas positivos; el segundo, síntomas organizados.

- Escriba un poema que describa lo que piensa que se parecería a tener alucinaciones o ideas delirantes.
- Practique la asociación laxa conectando las siguientes palabras en frases que podría utilizar un paciente esquizofrénico: casa, flores, agua, paseo, vuelo, movimiento, películas, oscuro, ciervo, amigo.

CAPÍTULO 9 Trastornos del estado de ánimo

Todo el mundo se ha sentido feliz y triste. En ocasiones usted probablemente se haya sentido muy feliz y muy triste. Como ha sentido esas emociones, tiene más facilidad para ponerse en el lugar de una persona que tiene depresión o manía que para imaginarse el mundo de la esquizofrenia. Intente los dos ejercicios siguientes para echar un vistazo a la depresión y la manía clínicas.

- Recuerde cuando se sentía muy mal. Imagine lo que sería sentirse 10 veces peor que eso. Después imagine que no pudiera haber ningún final a la tristeza. Describa sus sentimientos después de este ejercicio. Pensar en este incidente probablemente reduzca su estado de ánimo. Después de esto haga un ejercicio más alegre.
- Describa en detalle un momento en el que fue muy feliz. Imagine a qué se parecería estar 10 veces mejor que aquello. Imagine cómo afectaría a su vida vivir con este «subidón» continuo. ¿Querría que acabara alguna vez? Describa sus sentimientos después de este ejercicio.

CAPÍTULO 10 Trastornos de la personalidad

Recuerde que esto es simplemente para divertirse. Imagine la situación siguiente, y después elija cómo podría responder a la misma una persona con cada uno de los trastornos de la personalidad.

Situación: Acaba de recibir una factura de teléfono que muestra cientos de dólares de llamadas de larga distancia que no son tuyas. Mire las respuestas siguientes, y vea si puede identificar el trastorno de la personalidad:

1. Pone la factura en una cesta con otras facturas que nunca ha pagado.
2. Grita, llora y llama a sus amigos para hablarles de la factura de teléfono.
3. Llama a la compañía telefónica y les dice que está conspirando con otras compañías de servicios para llevarle a la bancarrota.
4. Llama a la compañía telefónica y les dice que sus empleados son «incompetentes» y exige hablar con su «buen amigo» el director general.

5. Llama a su mejor amiga y le pregunta qué puede hacer.
6. Destroza la oficina de la compañía telefónica.
7. Llama a la compañía de teléfono cada 15 minutos, exigiendo que se corrija ahora la factura inexacta.
8. Sabe que es un error; usted no tiene teléfono.
9. Está seguro que eso significa que está a punto de recibir una inmensa herencia.
10. Se culpa a sí mismo por tener un teléfono y permitir que una empresa se aproveche de usted.

Preguntas al cuestionario

1. Por evitación	6. Antisocial
2. Histriónico	7. Obsesivo-compulsivo
3. Paranoide	8. Esquizoide
4. Narcisista	9. Esquizotípico
5. Dependiente	10. Límite

CAPÍTULO 11 Trastornos de ansiedad

Considere esta situación que produce ansiedad. Decida cuál de las siguientes estrategias de afrontamiento utilizaría usted.

Elecciones de estrategia de afrontamiento

- A. Resolución activa de problemas, adaptativa
- B. Resolución activa de problemas, maladaptativa
- C. Retirada, adaptativa
- D. Retirada, maladaptativa
- E. Compromiso, adaptativo
- F. Compromiso, maladaptativo

Situación

Le han pedido que participe en una presentación del grupo para su clase de enfermería. Realizar la investigación y escribirla es divertido para usted. Sin embargo, está muy nervioso cuando está delante de un grupo. Tiene miedo a que los demás estudiantes se rían de su ansiedad. Usted podría:

- A. Llamar el día de la presentación para decir que está enfermo.
- B. Consultar con el asesor escolar para discutir las formas de afrontar la ansiedad social antes de la presentación.
- C. Decir al instructor que está pagando sus clases para que le enseñen, no para enseñar usted. Niéguese a participar.
- D. Decir a los demás estudiantes que está muy nervioso. Ofrezcase a hacer el montaje, sujetar los pósteres y limpiar.
- E. Proponer que usted hará toda la investigación y escribirá el texto y que los demás estudiantes representen lo que usted ha escrito.
- F. Está de acuerdo en formar parte del equipo realizando la investigación y la escritura del texto si los demás estudiantes hacen la presentación real, y después no hacer lo que ha acordado.

(Por cierto, A es retirada maladaptativa; B es resolución activa de problemas adaptativa; C es resolución activa de problemas maladaptativa; D es retirada adaptativa; E es compromiso adaptativo, y F es compromiso maladaptativo.)

CAPÍTULO 12 Abuso y dependencia de sustancias

Cuando lea la siguiente lista de palabras, rodee con un círculo las que producen una respuesta emocional (positiva o negativa).

Beber	Alcohólico	Bebedor
Drogadicto	Consumidor	Beodo
Porrero	Pastillero	Botellón
Borracho	Yonqui	Camello
Medicamentos	Adicto a las anfetaminas	Cocainómano
Quimioterapia	Drogas	

¿Cómo ha aprendido estas respuestas? ¿Podrían sus sentimientos sobre el consumo de sustancias afectar a la asistencia de sus pacientes?

Asistencia de enfermería de pacientes con trastornos relacionados con el desarrollo

UNIDAD III



- Capítulo 13** **Trastornos durante la infancia y la adolescencia**
- Capítulo 14** **Trastornos de la conducta alimentaria**
- Capítulo 15** **Demencia y trastornos cognitivos**

Capítulo 13

Trastornos durante la infancia y la adolescencia

BREVE sinopsis

Efecto de los trastornos mentales sobre el desarrollo

Trastornos mentales en niños y adolescentes

Trastornos generalizados del desarrollo

Trastornos por déficit de atención y conducta perturbadora

Trastornos de ansiedad

Trastornos de la eliminación

Depresión, psicosis y suicidio

Autoconcepto

PLAN ASISTENCIAL
DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:
Paciente con TDAH

PROTOCOLO ASISTENCIAL
DE PENSAMIENTO CRÍTICO:
Asistencia de un paciente con incumplimiento del tratamiento

OBJETIVOS del aprendizaje

Al finalizar la lectura de este capítulo, usted será capaz de:

1. Explicar la relación entre el nivel de desarrollo y la respuesta del paciente a la enfermedad.
2. Incluir diversas estrategias educativas para la educación sanitaria de pacientes con trastornos del aprendizaje.
3. Proporcionar directrices a los padres de los pacientes con trastornos por déficit de atención y conducta perturbadora.
4. Proporcionar intervenciones de enfermería para fomentar la autoestima de los pacientes.
5. Aplicar el proceso de enfermería a pacientes con trastornos diagnosticados en la infancia y la adolescencia.

Independientemente de que estén sanos o no, los niños son diferentes de los adultos. Son inmaduros física y mentalmente. Perciben el mundo y sus experiencias de una forma diferente. Por estos motivos, responden a los trastornos mentales de forma diferente a los adultos. Aun cuando tengan el mismo diagnóstico, como depresión, el profesional de enfermería puede observar en niños conductas diferentes a los síntomas del adulto.

Los trastornos mentales se deben a una interacción entre la genética con la que nace un niño y las experiencias vitales y los agentes estresantes que experimenta el niño. Los niños que experimentan dificultades y maltrato tienen mayor probabilidad de crecer con trastornos mentales. Por supuesto, no todos los niños que sufren agentes estresantes psicosociales y desventajas presentan trastornos mentales. Muchos niños crecen hasta transformarse en adultos con buen nivel de ajuste a pesar de muchos factores de riesgo en su entorno y su experiencia. ¿Qué hace que estos niños sean inmunes a los agentes estresantes que cambian a otras personas? No se conoce por completo el mecanismo de su **resiliencia** (flexibilidad en una situación estresante mental o físicamente y capacidad de volver a la normalidad). Tal vez una relación de apoyo con un miembro de la comunidad protege al niño. Tal vez un entorno positivo fomenta la resiliencia en un niño con predisposición genética e impide el trastorno. Por ejemplo, un niño con la predisposición genética al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede vivir en una familia estable y predecible y puede tener síntomas mínimos de TDAH. Otro niño con una genética similar que vive en un entorno caótico tendrá todos los síntomas de trastorno (Keltner, Schewecke y Bostrom, 2007). La figura 13-1 ■ muestra un modelo interactivo de la enfermedad mental infantil.

Efecto de los trastornos mentales sobre el desarrollo

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

Sabemos que los niños se desarrollan de acuerdo con un patrón predecible (¿recuerda las fases del desarrollo de Erikson?). Los trastornos médicos o mentales crónicos pueden afectar al desarrollo de los niños.

Los trastornos mentales hacen que los niños tengan más dificultad para alcanzar las tareas del desarrollo. Cuando una niña tiene depresión, si está en la fase del desarrollo de laboriosidad frente a inferioridad puede no ser capaz de participar en actividades de grupo con sus iguales o de realizar los proyectos escolares. Estas dos tareas forman parte de su tarea del desarrollo de laboriosidad. El profesional de enfermería que conoce el desarrollo humano puede evaluar a los pacientes para determinar su capacidad de conseguir sus tareas de desarrollo individuales. El profesional de enfermería puede ofrecer intervenciones adecuadas para fomentar el desarrollo. En el caso del niño en edad escolar con depresión, el profesional de enfermería puede fomentar su participación en actividades de grupo y crear oportunidades de proyectos sencillos y completos para fomentar el desarrollo del niño. La figura 13-2 ■ muestra un niño de primer curso realizando una actividad de fomento del desarrollo adecuada para su edad en una escuela para niños discapacitados. Está representando el papel de un pulpo a la vez que aprende la letra «P».

Un trastorno mental que comienza en la infancia puede afectar al desarrollo del individuo a lo largo de toda su vida. Por ejemplo, una persona que empieza a tener trastorno depresivo mayor durante la adolescencia puede no ser capaz de alcanzar la tarea del desarrollo de identidad frente a confusión de roles. Sin intervención puede tener siempre confusión de roles y puede no cumplir la tarea del desarrollo de la adolescencia. Puede tener dificultad para definir las prioridades personales y para elegir una dirección en su vida. Como el paciente se estaba desarrollando normalmente antes del inicio de la depresión, probablemente haya conseguido las tareas de desarrollo anteriores de confianza, autonomía, iniciativa y laboriosidad.

Predisposición genética

- Deficiencias metabólicas
- Alteraciones del sistema nervioso

Interacción entre
genotipo y experiencia

Experiencia vital

- Lesión/enfermedad
- Exposición a tóxicos
- Privación/abandono
- Maltrato/rechazo
- Otros agentes estresantes importantes (p. ej., muerte de un progenitor)

Enfermedad
mental infantil

Figura 13-1. ■ Modelo interactivo de las enfermedades mentales infantiles. Fuente: *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing* by Kneisl/Wilson/Trigoboff, © Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, NJ.



Figura 13-2. ■ Este niño está realizando una actividad que favorece su desarrollo. Está representando el papel de un pulpo a la vez que aprende la letra «P». Fuente: Will Hart.

CUADRO 13-1

LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

Fomento del desarrollo del paciente

- ✓ **Conozca las tareas del desarrollo de la infancia y la adolescencia** (confianza, autonomía, iniciativa, laboriosidad e identidad) y dé oportunidades para que los pacientes las alcancen.
- ✓ **Suministre experiencias normalizadoras.**
 - Proporcione actividades adecuadas para la edad en el contexto terapéutico.
 - Dé a los niños oportunidades de elegir sus actividades de juego.
 - Refuerce una conducta adecuada para la edad.
 - Dé oportunidad de interacción con sus iguales.
 - Adapte el entorno para que sea saludable y agradable y para que conduzca a una interacción normal con los demás.
- ✓ **Fomente las habilidades de afrontamiento.**
 - Toma de decisiones
 - Reducción del estrés
 - Resolución de problemas

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

Las intervenciones para el fomento del desarrollo se centran en normalizar las experiencias, adaptar el entorno y fomentar las habilidades de afrontamiento del paciente (Hockenberry, 2005). El cuadro 13-1 ■ propone algunas formas de fomentar el desarrollo del niño mientras el niño está en tratamiento.

Trastornos mentales en niños y adolescentes

RETRASO MENTAL

El retraso mental se caracteriza por una función intelectual significativamente inferior a la media, que comienza antes de que el niño tenga 18 años de edad. Se acompaña de deterioro de la actividad adaptativa, que es la capacidad del individuo de afrontar las demandas de la vida cotidiana. Las demandas de la vida cotidiana incluyen comunicación, autocuidado, relaciones, vida en el hogar, uso de los recursos comunitarios, autonomía, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio y mantenimiento de la salud y la

seguridad. El retraso mental puede variar en grado desde leve a profundo (American Psychiatric Association [APA], 2000). Los niños con retraso mental raras veces reciben tratamiento en contextos psiquiátricos salvo que también tengan trastornos psiquiátricos.

El retraso mental se puede deber a distintas causas. En muchas personas afectadas se desconoce la etiología. Las principales causas de retraso mental se enumeran en el cuadro 13-2 ■.

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

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

Los niños y adolescentes con trastornos del aprendizaje pueden sentirse desmoralizados y tener baja autoestima. Pueden tener dificultad con las habilidades sociales. La tasa de abandono escolar de los niños afectados por trastornos del aprendizaje es próxima al 40%. Los adultos con trastornos del aprendizaje pueden tener dificultad con el empleo o con el ajuste social (APA, 2000). La detección e intervención tempranas de los niños afectados les ofrecen mejor pronóstico en cuanto a aprendizaje, autoestima y desempeño de sus funciones de adultos.

Varios factores pueden producir trastornos del aprendizaje. Estos factores incluyen predisposición genética, antecedente

CUADRO 13-2

Causas principales de retraso mental

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

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

de lesión perinatal y trastorno neurológico. En muchas personas afectadas la causa del trastorno del aprendizaje no está clara.

Trastorno de la lectura

El más frecuente de los trastornos del aprendizaje es el trastorno de la lectura, también conocido como **dislexia**. La característica fundamental del trastorno de la lectura es la disminución de la exactitud, la velocidad o la comprensión de la lectura. En este trastorno el rendimiento de la lectura es mucho menor de lo esperado en relación con la edad, la inteligencia y el nivel educativo del individuo. El trastorno de la lectura interfiere significativamente con el éxito académico del individuo afectado y con todas las actividades que precisen habilidades de lectura. Si el paciente tiene un déficit sensitivo (como disminución de la audición o de la visión), este diagnóstico no es adecuado, salvo que el individuo tenga una dificultad con la lectura mayor de lo que cabría esperar debido a su déficit (APA, 2000).

Cuando las personas con este trastorno leen en voz alta, su lectura con frecuencia contiene sustituciones, distorsiones u omisiones. La lectura tanto oral como silenciosa es lenta y contiene errores de comprensión (APA, 2000). Se diagnostica trastorno de la lectura con más frecuencia a los varones. Sin embargo, los procedimientos para derivar a los estudiantes para el diagnóstico de trastorno de la lectura pueden estar sesgados para encontrar más varones. Los estudiantes varones que tienen problemas con la lectura tienen mayor probabilidad de tener problemas de conducta que las pacientes mujeres. Observe las letras invertidas de la figura 13-3 ■ escritas por este niño de cuarto curso con dislexia.

Trastorno de las matemáticas

Las personas con trastorno de las matemáticas tienen una capacidad matemática significativamente menor de lo que cabe esperar para su edad, inteligencia y nivel educativo. La alteración de las matemáticas interfiere notablemente con su rendimiento académico y con actividades de la vida diaria que precisan habilidades de matemáticas. Si hay un defecto sensitivo, las dificultades en matemáticas son mayores de lo que habitualmente se asociaría al defecto sensitivo (APA, 2000). El niño que se muestra en la figura 13-4 ■ tiene un nivel de capacidad matemática menor de lo esperado para su edad, aunque tiene un desempeño normal de las funciones en otras áreas.

En el trastorno de las matemáticas pueden estar alteradas varias habilidades relacionadas. Las habilidades lingüísticas (del lenguaje) incluyen el conocimiento o la denominación de términos matemáticos, operaciones o conceptos y la decodificación de problemas escritos en símbolos matemáticos. Las habilidades perceptuales incluyen reconocimiento o lectura de símbolos numéricos y agrupamiento de objetos en grupos. Se pueden afectar las habilidades de atención, como copiar correctamente números o figuras, recordar sumar

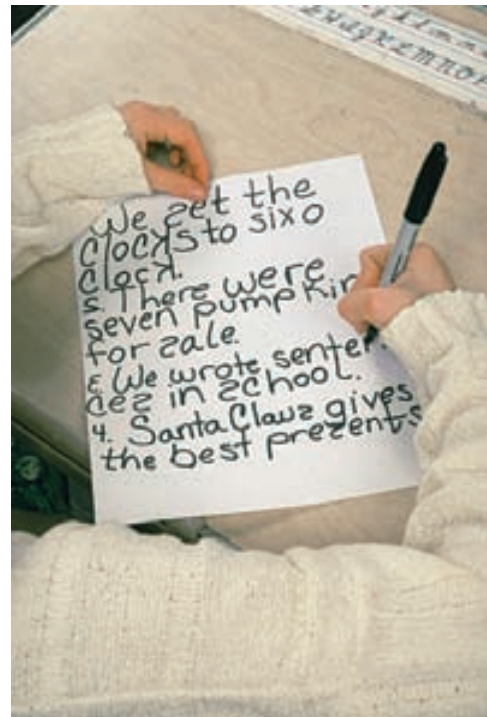


Figura 13-3. ■ Observe las letras invertidas escritas por este niño que tiene dislexia o trastorno de la escritura. Fuente: Will Hart.

números «arrastrados» y observar signos de operaciones. Finalmente, están alteradas las habilidades matemáticas. Las habilidades matemáticas incluyen seguir secuencias de pasos matemáticos, contar objetos y aprender tablas de multiplicación (APA, 2000).

Se puede diagnosticar el trastorno de matemáticas ya a los 5 años. Puede no ser evidente hasta el quinto curso o incluso después. La edad a la que las expectativas en matemáticas se hacen inalcanzables depende de las expectativas del colegio y de las habilidades del niño. Algunos niños con trastorno de las matemáticas y CI (cociente intelectual) especialmente elevado



Figura 13-4. ■ Este niño con trastorno de las matemáticas tiene una actividad normal en otras áreas. Fuente: Ellen Senisi.

pueden satisfacer las expectativas de matemáticas del colegio utilizando otras habilidades para la resolución de problemas en los primeros cursos.

Trastorno de la expresión escrita

Los niños con este trastorno tienen habilidades de escritura menores de las esperadas para su edad, inteligencia y nivel educativo. El trastorno de la expresión escrita interfiere significativamente con el rendimiento académico o con las actividades de la vida diaria que precisen habilidades de lectura. Como en los trastornos de la lectura y de las matemáticas, si las personas afectadas tienen un defecto sensitivo, su trastorno de la escritura debe ser mayor de lo que cabría esperar debido a su defecto sensitivo solo (APA, 2000).

El trastorno de la expresión escrita generalmente produce errores gramaticales y de puntuación, organización inadecuada de los párrafos, múltiples errores de deletreo y mala caligrafía. Este diagnóstico no se utiliza simplemente para los errores de deletreo y para la mala caligrafía. El diagnóstico habitualmente ya es evidente en el segundo curso (APA, 2000).

Trastorno del desarrollo de la coordinación

En el trastorno del desarrollo de la coordinación hay un marcado deterioro del desarrollo de la coordinación motora. Cuando los niños aprenden a correr, sujetar los cubiertos, sujetarse la ropa o jugar a juegos, tienen una coordinación significativamente menor que otros niños de la misma edad. El deterioro es suficientemente significativo como para interferir con el rendimiento académico o con las actividades de la vida diaria. El deterioro de la coordinación se expresa de forma diferente en niños de diferentes edades. Un niño de 8 meses de edad puede tener dificultad para gatear o sentarse, mientras que un niño de 8 años puede tener problemas para tirar una pelota o atarse los cordones de los zapatos. El deterioro de la coordinación se puede resolver o puede per-

sistir hasta la adolescencia o la edad adulta. Este diagnóstico no se realiza si el niño tiene un trastorno médico general como parálisis cerebral o una alteración neurológica (APA, 2000).

Consideraciones de enfermería

La educación o la información de los pacientes y sus familias es una función importante de los profesionales de enfermería. Los profesionales de enfermería con frecuencia ignoran el diagnóstico de discapacidad del aprendizaje y pierden la oportunidad de comunicarse claramente y de enseñar en el contexto sanitario de forma eficaz a niños que tienen necesidades especiales (Selekmán, 2002).

El tipo de trastorno de aprendizaje que tiene el niño indica el abordaje terapéutico. El conocimiento de los puntos fuertes y las dificultades del aprendizaje concretos del niño individual contribuye a que la educación sea eficaz. El mejor abordaje educativo depende del tipo de discapacidad (Hockenberry, 2005).

Los profesionales de enfermería deben adaptar la educación para satisfacer las necesidades de aprendizaje individuales de cada paciente. Esto es cierto cuando un paciente anciano tiene afasia debido a un ACV o cuando un niño tiene discapacidad del aprendizaje. En el cuadro 13-3 ■ se muestran orientaciones para ofrecer información a niños con trastornos del aprendizaje.

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

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

Trastorno del lenguaje expresivo

El trastorno del lenguaje expresivo es un deterioro de la comunicación verbal o mediante lenguaje de signos. Las

CUADRO 13-3 LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

Niños con trastornos del aprendizaje y la comunicación

- ✓ Cuando un niño ingresa en el hospital o en la clínica, el profesional de enfermería debe preguntar si el niño tiene algún problema de aprendizaje o de comunicación. Si la respuesta es sí, averigüe el tipo de defecto que tiene el niño. *Se pueden utilizar las estrategias que funcionan mejor para el niño en la escuela y en su casa para la educación de información relacionada con la salud* (Selekmán, 2002).
- ✓ Entregue imágenes y diagramas a los niños con defecto de la percepción auditiva. *Estos niños parecen incapaces de seguir las direcciones o de comprender volúmenes de información verbal. Los diagramas, imágenes, demostraciones y listas escritas son mejores que las*

estrategias de educación verbal en niños con defecto de la percepción auditiva.

- ✓ Ofrezca demostraciones y entable discusiones con los niños con defecto de la percepción visual. *Estos niños tienen dificultad con la lectura, poner números en el orden correcto para los problemas matemáticos o juzgar las distancias. Pueden percibir las letras y números fuera de su orden previsto. Pueden aprender mejor de demostraciones, discusiones y un abordaje verbal.*
- ✓ Ofrezca herramientas a los niños con poca coordinación. *Los niños con defecto de la coordinación se pueden beneficiar del uso de un procesador de textos informático para sustituir a su caligrafía ilegible. Se les puede incluir en actividades físicas que no precisen una gran coordinación. Póngales en situaciones en las que puedan participar y tener éxito.*

alteraciones interfieren con el rendimiento académico o laboral o con la comunicación social. Las alteraciones pueden incluir vocabulario escaso, disminución de la cantidad del habla, dificultad para adquirir nuevas palabras, errores para encontrar palabras o errores de vocabulario, frases cortas, estructura gramatical simplificada, variedades escasas de estructura gramatical o de las frases, omisión de partes críticas de las frases, orden anormal de las palabras y desarrollo lento del lenguaje. La comprensión del lenguaje habitualmente está dentro de límites normales. La mayoría de los niños con este trastorno mejora mucho con el paso del tiempo. Aparece con más frecuencia en niños con antecedentes familiares de trastornos de la comunicación o del aprendizaje (APA, 2000).

Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo

Los niños con este trastorno tienen deterioro del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo. Las dificultades del lenguaje interfieren con el rendimiento escolar o laboral y con la comunicación social. Los pacientes con este trastorno tienen el deterioro del lenguaje expresivo que ya se ha descrito, y además tienen alteraciones de la recepción, como dificultad para comprender palabras, frases o algunos tipos de palabras (p. ej., palabras espaciales, como arriba, dentro o a la izquierda). Puede parecer que el niño afectado no oye, no presta atención o está confundido. El niño puede seguir las instrucciones incorrectamente, o puede no seguirlas en absoluto, y puede dar respuestas inadecuadas a las preguntas. El niño puede tener también dificultad para procesar otros sonidos (APA, 2000). La figura 13-5 ■ muestra un niño que tiene un trastorno de la recepción auditiva que aprende mejor cuando se utilizan imágenes que cuando se realiza enseñanza verbal.

Puede ser difícil ayudar a niños inmigrantes que tienen dificultades de la comunicación. El cuadro 13-4 ■ ofrece informa-



Figura 13-5. ■ Un niño con trastorno del lenguaje receptivo aprende mejor cuando se utilizan imágenes que cuando se realiza enseñanza verbal. Fuente: Will Hart.

CUADRO 13-4 CONSIDERACIONES CULTURALES

El idioma cuando se evalúan los trastornos de la comunicación

Se debe tener cuidado cuando se valore a niños inmigrantes o niños que hablen inglés como idioma no nativo para detectar trastornos de la comunicación. Se debe valorar a los niños en su idioma nativo para asegurarse de que cualquier alteración se debe a la recepción o emisión de mensajes lingüísticos y no a una adquisición inadecuada de un nuevo idioma.

ción sobre el diagnóstico de los trastornos de la comunicación en hablantes de inglés no nativos.

Trastorno fonológico

El trastorno fonológico supone la imposibilidad de utilizar los sonidos del habla que cabe esperar para la edad y el idioma del niño. Puede incluir errores en la producción de sonidos o en la organización de los sonidos para producir palabras, la omisión de sonidos (como las consonantes finales de las palabras), o la sustitución de un sonido por otro (como decir *t* cuando la palabra tiene una *k*). Para justificar este diagnóstico, el trastorno del habla debe ser suficientemente grave como para interferir con el rendimiento escolar o laboral o con la comunicación social (APA, 2000). Este trastorno puede ser leve o grave, dependiendo de factores individuales. Con frecuencia se resuelve espontáneamente.

Tartamudeo

El tartamudeo es un trastorno de la fluidez normal y del patrón del habla que no es adecuada para la edad de un individuo. Incluye repeticiones frecuentes o prolongaciones de sonidos o sílabas. También puede incluir pausas en el habla, palabras producidas con un exceso de tensión física, palabras interrumpidas (pausas dentro de una palabra) o sustituciones de palabras para evitar una palabra problemática. La mayoría de las personas con tartamudeo se recuperan, habitualmente antes de los 16 años. Algunas siguen tartamudeando en la edad adulta. Están afectados más varones que mujeres, y el trastorno se da en familias, lo que indica una conexión genética (APA, 2000).

Trastornos generalizados del desarrollo

Existen varios trastornos generalizados del desarrollo, como el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno de Asperger. Estos trastornos están caracterizados por deterioro grave de varias áreas del desarrollo, como habilidades de comunicación, habilidades de interacción social o presencia de conductas, intereses y actividades estereotipados. Estos trastornos habitualmente se manifiestan

durante la lactancia y con frecuencia están asociados a retraso mental (APA, 2000).

TRASTORNO AUTISTA

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

1. **Deterioro de la interacción social** (imposibilidad de desarrollar relaciones con sus iguales, ausencia de contacto ocular o de otras conductas interactivas no verbales, no busca compartir el disfrute con los demás o ausencia de respuestas sociales)
2. **Deterioro de la comunicación** (retraso o ausencia de lenguaje, lenguaje estereotipado, repetición de las palabras que dicen los demás o ausencia de juego imaginativo)
3. **Conducta estereotipada** (inflexibilidad, preocupación por intereses extraños, como los horarios de autobús, cumplimiento estricto de rutinas no funcionales o manierismos repetitivos, como agitar las manos o golpearse la cabeza (APA, 2000)).

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

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

Consideraciones de enfermería

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

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

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

Los pacientes con autismo deben tener habitaciones privadas para reducir los estímulos excesivos y el estrés.

- Animar a los padres a que le visiten en el hospital y le traigan objetos familiares. El niño puede ser capaz de relacionarse con un objeto familiar de su casa.
- Comunicarse de forma breve y concreta con estos niños. En lugar de decir: «Haz el favor de venir aquí y siéntate en esta bonita silla azul», pruebe: «Siéntate en esta silla».
- Mantener un programa predecible. Permitir que la familia repita las rutinas de su domicilio cuando sea posible. Las rutinas familiares son importantes. Podría ser útil llevar un pijama determinado, colocar los objetos en determinadas posiciones exactas, tomar algunos alimentos preparados de una manera determinada o beber de una taza específica. Si el niño desea cosas extrañas aunque inofensivas, como colocar objetos en una disposición extraña, el profesional de enfermería podría reducir el estrés permitiéndole que lo hiciera.

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

- Impulsando las interacciones sociales.
- Fomentando el desarrollo de habilidades del lenguaje. La figura 13-6 ■ muestra a una niña comunicándose con un niño sin expresión verbal que tiene autismo, utilizando sus hojas de símbolos e imágenes.



Figura 13-6. ■ Una niña intenta comunicarse con un niño con autismo que no tiene expresión verbal utilizando sus hojas de símbolos e imágenes. Fuente: Ellen Senisi.

- Favoreciendo el desarrollo del autocontrol, incluyendo el retraso de la gratificación y el control de los impulsos.
- Ofreciendo oportunidades para el desarrollo de las habilidades psicomotoras (mediante el juego y las actividades de la vida diaria).

TRASTORNO DE ASPERGER

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

- **Deterioro grave de las interacciones sociales** (deterioro de las conductas no verbales, imposibilidad de desarrollar relaciones con sus iguales, ausencia de disfrute compartido o de intereses con otros, o ausencia de sentimientos compartidos)
- **Conductas repetitivas y estereotipadas** (cumplimiento rígido de rutinas no funcionales, manierismos repetitivos, como agitar las manos o balancearse, o preocupación intensa por un área de interés, como los números o la música, excluyendo todo lo demás)
- **Deterioro significativo del desempeño de funciones sociales, escolares u ocupacionales** (APA, 2000)

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

TRASTORNO DE RETT

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

tintivo. El trastorno persiste durante toda la vida, y la pérdida de habilidades es progresiva. Se asocia a retraso mental grave o profundo (APA, 2000).

TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL

Al igual que el trastorno autista y el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil es más frecuente en varones. En este trastorno el niño tendrá regresión de múltiples áreas del desempeño de funciones después de un período de al menos 2 años de desarrollo normal. La mayoría de los casos se identifica entre los 2 y los 4 años de edad. El niño afectado tendrá una pérdida significativa de las habilidades en al menos dos de las áreas siguientes: lenguaje, habilidades sociales, control intestinal o vesical, juego y habilidades motoras. Habitualmente se pierden habilidades en todas las áreas. Los niños con trastorno desintegrativo infantil tienen los mismos defectos de las habilidades sociales y de comunicación que los que tienen trastorno autista (APA, 2000).

Autocomprobación crítica. Los niños con trastornos generalizados del desarrollo tienen mayor riesgo de maltrato y abandono que otros niños. ¿Por qué piensa que ocurre esto?

Trastornos por déficit de atención y conducta perturbadora

Hay tres trastornos de la conducta relativamente frecuentes en este grupo: trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. Los trastornos de conducta perturbadora aparecen en niños de todos los niveles socioeconómicos.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

El TDAH es un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad, que es suficientemente grave y frecuente para producir un deterioro del rendimiento académico, laboral o social (APA, 2000). El cuadro 13-5 ■ ofrece los criterios para el diagnóstico del manual DSM-IV-TR. En el pasado se culpaba del TDAH a una mala crianza o a que los niños no intentaban comportarse en el colegio. Actualmente se sabe que es una alteración significativa del encéfalo.

Hay datos de que el TDAH tiene potentes influencias de factores genéticos, como indican estudios de recurrencia en familias. En familias de niños con TDAH está afectado el 25% de los familiares próximos, mientras que la prevalencia de TDAH de la población general es de aproximadamente el 5% (National Institute of Mental Health [NIMH], 2006a). La familia, la escuela y los iguales también influyen mucho en la magnitud del deterioro de los niños afectados. Estudios actua-

CUADRO 13-5**Criterios diagnósticos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)**

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

Hiperactividad

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

Impulsividad

- a. A menudo precipita respuestas antes de que se hayan completado las preguntas
 - b. Tiene dificultades para esperar
 - c. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros
- B. Los síntomas están presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Los síntomas no están presentes sólo en la escuela.
- D. Debe existir un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.

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

les sobre TDAH se están centrando en la genética, el desarrollo del encéfalo y alteraciones de la estructura y la función del encéfalo, especialmente de los neurotransmisores del encéfalo (APA, 2000; McCracken, 2000).

El diagnóstico de TDAH es cada vez más frecuente en niñas. Este aumento se debe a un diagnóstico más exacto y no a un aumento real de la incidencia de TDAH en niñas. Como no se las diagnosticaba, con frecuencia no se trataba a las niñas con TDAH. Las niñas con TDAH tienen menos probabilidad de tener conducta perturbadora en el colegio, por lo que no tenían tanta probabilidad de ser diagnosticadas de TDAH como los niños.

Las tres características fundamentales del TDAH son falta de atención, hiperactividad e impulsividad (v. cuadro 13-5). La falta de atención puede hacer que las relaciones sociales y el rendimiento académico sean más difíciles. Los niños afectados pueden no ser capaces de escuchar a los demás, seguir instrucciones o jugar de forma cooperativa. Tienen dificultad para realizar las tareas del colegio que precisan una concentración prolongada.

La hiperactividad hace que el colegio sea más difícil. La mayoría de los contextos escolares precisa que los niños se sienten callados en un pupitre durante períodos prolongados. Los niños con TDAH se pueden levantar y caminar por el aula en momentos inadecuados. Pueden perturbar la clase golpeando lapiceros, moviéndose en los asientos, balanceando las piernas

o haciendo otros ruidos. La figura 13-7 ■ muestra cómo se sentía un niño de 5 años de edad con TDAH después de sentarse callado en clase.

Los niños impulsivos pueden interrumpir a los demás y pueden no ser capaces de compartir ni de esperar su turno. La impulsividad incluso puede poner al niño en peligro. El niño impulsivo puede no considerar las consecuencias de correr por la calle, montar en bicicleta sobre el raíl del tren o subirse a la copa de un árbol. En figura 13-8 ■ se puede ver a una



Figura 13-7. ■ Este dibujo lo realizó un niño de 5 años de edad con TDAH después de que se le pidiera que se sentara quieto. Fuente: Por cortesía de Rob Perry.

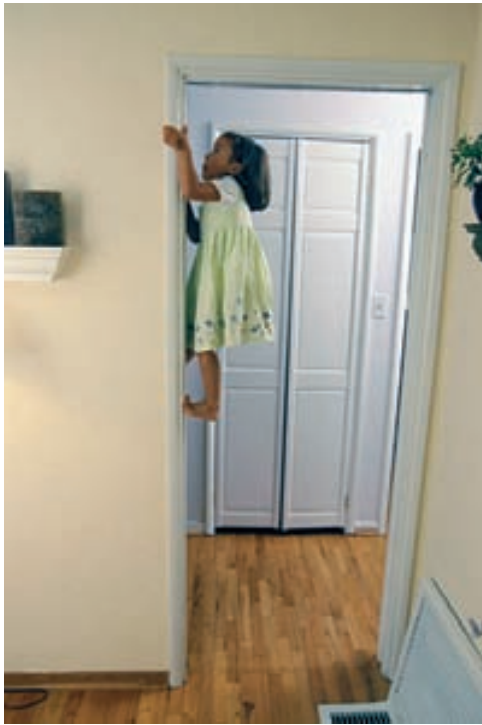


Figura 13-8. ■ Una niña de 3 años de edad con TDAH sube por el marco de la puerta sin preocuparse por su seguridad. Fuente: PhotoEdit Inc.

niña de 3 años de edad con TDAH que está trepando por el marco de la puerta.

Los niños con TDAH con frecuencia tienen dificultad para formar relaciones con sus iguales y para tener buen rendimiento en el colegio. Los profesores y sus iguales perciben que los niños con TDAH son más agresivos, más mandones y menos agradables (McCracken, 2000). Estos niños pueden ser rechazados por sus iguales, y los profesores les pueden tratar con severidad. Los niños afectados, sus familias, sus iguales y sus profesores se pueden sentir enfadados, frustrados o desesperanzados.

El TDAH habitualmente se diagnostica cuando el niño comienza el colegio, aunque muchos padres refieren problemas a una edad mucho más temprana. Las conductas asociadas al TDAH (impulsividad, atención escasa y aumento de la actividad física) están presentes en niños normales. El trastorno sólo se diagnostica cuando la gravedad y la frecuencia de estos hallazgos quedan fuera del intervalo normal. Véanse los criterios diagnósticos en el cuadro 13-5.

Casi la mitad de los niños a los que se deriva a consultas para TDAH también tienen trastorno negativista desafiante o trastorno disocial. Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y los trastornos del aprendizaje también tienen mayor probabilidad de aparecer en pacientes con TDAH que en la población general (APA, 2000).

Algunas personas afectadas tienen disminución de la gravedad de los síntomas, especialmente la hiperactividad moto-

ra, al final de la adolescencia o el comienzo de la edad adulta. La mayoría sigue teniendo algunos síntomas de aumento de actividad, falta de atención e impulsividad de adultos. La mayoría de los adultos elaboran métodos de afrontamiento de los síntomas.

TDAH en adultos

Muchos niños que tienen TDAH seguirán teniendo síntomas cuando sean adultos. Con frecuencia los adultos con TDAH desconocen que tienen el trastorno. Pueden pensar que no se pueden organizar, mantener un trabajo o mantener una cita. Las tareas cotidianas de la vida diaria, como levantarse por la mañana, llegar a trabajar a tiempo y ser productivo en el trabajo pueden ser retos importantes (NIMH, 2006a).

El diagnóstico de TDAH en la edad adulta precisa que el adulto también haya estado afectado en la infancia (el TDAH no comienza en la edad adulta, aunque se puede reconocer por primera vez en una persona cuando es adulta). Un diagnóstico correcto de TDAH puede aportar un sentimiento de alivio a las personas que han tenido dificultad en el colegio y el trabajo durante años, y a las que se puede haber culpado de no haber prestado atención o de no haberlo intentado lo suficiente. El tratamiento del TDAH en adultos, como en niños, habitualmente comienza con un fármaco estimulante; los antidepresivos son un tratamiento farmacológico de segunda línea. La educación y la psicoterapia también son importantes en adultos (NIMH, 2006a).

Asistencia integral

El TDAH es un problema crónico que no es curable de forma específica. El tratamiento se centra en el manejo de los síntomas. El objetivo del tratamiento es manejar la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad para permitir que el niño se desarrolle normalmente y tenga éxito en el colegio. La figura 13-9 ■ muestra niños en una situación de un aula en



Figura 13-9. ■ ¿Puede usted decir cuál de estos estudiantes TDAH? Fuente: Aurora & Quanta Productions Inc.

CUADRO 13-6 LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA**Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con fundamentos**

- ✓ **Establezca una relación terapéutica profesional de enfermería-paciente.** *La confianza facilita la comunicación profesional de enfermería-paciente y es el fundamento de todas las intervenciones de enfermería.*
 - ✓ **Valore la conducta problemática para detectar su frecuencia y gravedad** (rabietas, accidentes, comportamiento impulsivo, etc.). *La valoración inicial proporciona la situación basal para que el profesional de enfermería sepa dónde empezó el paciente y si el paciente hace progresos.*
 - ✓ **Explique la conducta esperada.** *El niño con TDAH puede tener dificultad para comprender los datos sociales y no verbales habituales que regulan la conducta. El niño tiene más probabilidad de cumplir las expectativas que entiende claramente. Muchos padres tienen expectativas poco realistas sobre la conducta de sus hijos.*
 - ✓ **Dé retroalimentación positiva de la conducta adecuada.** *La terapia conductual se basa en la idea de que la conducta con refuerzo positivo tiene mayor probabilidad de persistir. La retroalimentación positiva (alabanza, privilegios) reforzará la conducta deseada.*
 - ✓ **Anime a los niños con TDAH a discutir sus sentimientos, especialmente los sentimientos asociados a la conducta que es problemática.** *La discusión de los sentimientos favorece la introspección (conocimiento de uno mismo). La introspección puede ayudar al niño a reconocer lo que le lleva a la conducta antes de actuar. La manifestación verbal de los sentimientos en lugar de una conducta impulsiva es un objetivo del tratamiento.*
 - ✓ **Ayude al niño a considerar conductas alternativas** (cuando te apetezca hablar cuando está hablando la profesora, puedes decirte a ti mismo: «Esperaré hasta que haya acabado»). *La terapia conductual se basa en el aprendizaje de nuevas formas de pensar sobre los problemas. Una buena forma de desarrollar nuevos métodos de*
- afrontamiento es combinar abordajes cognitivos y conductuales: planificar una nueva conducta, probarla y, si funciona, convertirla en una costumbre.*
 - ✓ **Mantenga los objetivos y las instrucciones sencillos y realistas.** *Es probable que los objetivos poco realistas produzcan más frustración y sensación de fracaso. Los niños con TDAH tienen dificultad para comprender instrucciones complicadas.*
 - ✓ **Si el niño tiene dificultad para acabar las tareas, comience ayudándole a finalizar las tareas, después pase a animarle, y finalmente espere que el niño finalice las tareas independientemente.** *Los niños con TDAH con frecuencia no tienen la experiencia de finalizar con éxito tareas complejas. Desempeñarán mejor su actividad si se les dan expectativas progresivas que aumenten a medida que aumenta su capacidad de concentrarse.*
 - ✓ **Divida las tareas complejas en partes más pequeñas.** *Es más probable que se finalicen con éxito tareas más pequeñas, lo que fomenta la sensación de logro.*
 - ✓ **Planifique pausas en las tareas grandes en las que el niño pueda estar activo.** *El niño puede ser capaz de finalizar una tarea grande con éxito si se le dan oportunidades de utilizar su exceso de energía. El objetivo es que el niño finalice la tarea y experimente el éxito.*
 - ✓ **Proporcione retroalimentación y consecuencias relacionadas con la conducta del niño lo antes posible después de que se haya producido la conducta.** *El niño tiene más probabilidad de ser capaz de conectar la conducta con las consecuencias si se producen próximas en el tiempo. La retroalimentación positiva es especialmente importante, porque los niños con TDAH probablemente reciben mucha retroalimentación negativa. Un refuerzo sincero y positivo puede ayudar a mejorar la autoestima.*
 - ✓ **Suministre un entorno con bajo nivel de estimulación.** *Los niños con TDAH se distraen fácilmente por los estímulos ambientales. Su capacidad de concentrarse es máxima cuando los estímulos externos están en el mínimo.*

la que se reconoce claramente a los niños que tienen TDAH. Muchas curas mágicas descritas prometen tratar el trastorno con cosas como vitaminas o dietas pobres en azúcar o en aditivos. El enfermero debe informar a la familia de que la mayoría de estas promesas no son válidas (McCracken, 2000).

Muchos niños responden bien al tratamiento. Los mejores resultados se obtienen con una combinación de detección y tratamiento tempranos, fármacos e intervenciones psicosociales. El cuadro 13-6 ■ presenta intervenciones de enfermería en niños con TDAH, incluyendo su fundamento.

FÁRMACOS. Los fármacos han ayudado a muchos niños y adolescentes con TDAH a aumentar su capacidad de concentrarse y reducir su hiperactividad y su impulsividad. Los fármacos ofrecen al niño la capacidad de responder a otras formas

de tratamiento. El fármaco que se prescribe con más frecuencia para los síntomas de TDAH es el metilfenidato. El mecanismo de acción de los fármacos estimulantes en el TDAH es potenciar la acción de la dopamina y la norepinefrina del encéfalo. El metilfenidato es eficaz en el 70-80% de los niños con TDAH (Stahl, 2005).

Se ha planteado la preocupación de que administrar estimulantes a los niños podría aumentar su riesgo de abusar de drogas en la adolescencia. Biederman (2003) encontró que es cierto lo contrario. Se encontró que los adolescentes con TDAH a los que no se trataba con estimulantes tenían un riesgo tres a cuatro veces mayor de tener trastorno por consumo de sustancias que aquellos a los que se trataba con estimulantes para el TDAH. El motivo puede ser que los niños no tratados tienen mayor probabilidad de encontrar métodos de afrontamiento

TABLA 13-1

Fármacos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad

ESTIMULANTES	EFECTOS COLATERALES	CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA
Sulfato de anfetamina Dextroanfetamina Metilfenidato Metilfenidato de liberación sostenida Metilfenidato de acción prolongada Metadato de liberación prolongada	Pérdida de apetito (anorexia), pérdida de peso, insomnio, retraso del crecimiento Depresión si se interrumpe súbitamente; reduce la producción de saliva, lo que favorece la pérdida de piezas dentales	Valorar para detectar disminución del apetito, pérdida de peso o retraso del crecimiento; dar con las comidas; la supresión del apetito es más intensa en las primeras semanas de tratamiento; administrar la última dosis antes de las 6 horas previas a acostarse para prevenir el insomnio; no interrumpir estos fármacos súbitamente; enseñar al paciente la importancia de una buena higiene oral y aclararse la boca con agua con frecuencia; no beber zumo de cítricos en la hora siguiente a tomar estos fármacos. Valore la PA.
Pemolina	Lesión hepática; interacciones: la cafeína y la efedrina de los anticatarras aumentan el efecto estimulante; el ácido ascórbico aumenta la eliminación de la anfetamina y la dextroanfetamina	Se deben realizar pruebas de función hepática en pacientes que tomen pemolina. Debido a su posible hepatotoxicidad, no se debe utilizar la pemolina como tratamiento de primera línea del TDAH.
Atomoxetina no estimulante	Síntomas digestivos (estreñimiento, náuseas), disminución del apetito, pérdida de peso, dermatitis, sequedad de boca.	Se puede tomar con o sin alimentos. Los adultos pueden tener disminución de la libido.

to maladaptativos cuando no se trata eficazmente su trastorno. Otra hipótesis es que pueden buscar las drogas como forma de automedicación.

Los efectos adversos más frecuentes de los estimulantes son insomnio y pérdida de apetito. El insomnio se puede prevenir administrando el fármaco al menos 6 horas antes de acostarse y teniendo la misma hora de acostarse todas las noches para reforzar el ritmo **circadiano** (día/noche) del niño. La tabla 13-1 ■ aporta información sobre los fármacos que se utilizan para tratar el TDAH.

La pérdida de apetito (anorexia) es más intensa durante las primeras semanas de tratamiento, aunque persiste más tiempo en muchos niños. El apetito del niño es mínimo cuando se alcanza la máxima concentración del fármaco. El profesional de enfermería puede enseñar a la familia a dar las comidas cuando el fármaco esté en su concentración mínima. Un desayuno grande y un tentempié grande después de la cena ayudarían a garantizar una nutrición adecuada. Si se prescribe el fármaco 3 veces al día, se debe administrar con las comidas. Los profesionales de enfermería deben valorar el crecimiento de los niños que toman fármacos estimulantes por TDAH. Si hay retraso de la velocidad de crecimiento, el motivo puede ser una nutrición inadecuada por falta de apetito.

Actualmente se dispone del primer fármaco no estimulante para el TDAH. La atomoxetina es un inhibidor del transportador de la norepinefrina (TNE). Actúa inhibiendo específicamente el transporte de la norepinefrina en el sistema nervioso

central. Se ha observado que mejora la atención y reduce la hiperactividad. No existe la posibilidad de abuso de atomoxetina, porque no se une a los receptores asociados al abuso y no produce refuerzo de la misma forma que los fármacos estimulantes (Gutman y Spollen, 2002).

TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL. La terapia cognitiva-conductual se utiliza combinada con fármacos para tratar el TDAH. Los aspectos de esta terapia son enseñar a los niños habilidades de afrontamiento, formación en habilidades sociales y educación de los padres. La educación de los padres ayuda a los padres a responder de forma productiva a su hijo con TDAH.

Para diseñar nuevas habilidades de afrontamiento, el terapeuta se centra en el pensamiento defectuoso del niño sobre los acontecimientos y la interpretación de la conducta de los demás. Los niños con trastornos de conducta con frecuencia perciben que los demás son exigentes o amenazantes, cuando no había tal intención. En la terapia se discuten las posibles interpretaciones de la conducta de otras personas. En el desempeño de roles el niño prueba nuevas formas de afrontar acontecimientos estresantes. También se anima al niño a que discuta y examine las consecuencias de su propia conducta.

La formación en habilidades sociales incluye enseñar a los niños cómo se sienten otras personas en respuesta a su conducta. Cuando los niños actúan impulsivamente, probablemente no tienen en consideración la reacción de los demás. Con frecuencia la conducta de los niños con TDAH provoca respues-

CUADRO 13-7**Propuestas para la formación de los padres de hijos con TDAH**

- Establezca límites claros de conducta
- Dé refuerzo positivo por la conducta deseada
- Pruebe el tiempo fuera como castigo por la conducta indeseada
- Proporcione retroalimentación tan pronto como sea posible después de la conducta del niño (positiva o negativa)
- Utilice un abordaje homogéneo para los progenitores
- Mantenga instrucciones sencillas (diga: «Ponte los calcetines» en lugar de: «Ponte los calcetines después de peinarte el pelo y cepillarte los dientes»)
- Pida al niño que repita las instrucciones para asegurarse de que el niño entiende lo que debe hacer
- Establezca objetivos realistas a corto plazo para la conducta («Vamos a ir a tomar helado si haces las tareas sin discusiones durante 2 días», en lugar de «Iremos a Disneylandia si te portas bien en la escuela todos los días de este año»)

tas negativas por parte de los demás. Cuando los niños comprenden las consecuencias de su conducta sobre los demás, pueden estar motivados para cambiarla. Cuando prueben nuevas conductas que respetan los sentimientos de los demás, probablemente reciban refuerzo positivo. El desempeño de roles, la discusión y el refuerzo positivo de la conducta deseada son herramientas útiles.

Los niños con TDAH son un reto para los padres. Los padres frustrados con frecuencia responden con castigos a la conducta perturbadora, no centrada o impulsiva. Debido a sus múltiples experiencias negativas en casa y en el colegio, los niños con TDAH con frecuencia sienten que son «malos» o «estúpidos». En la formación de los padres se enseña a los padres la naturaleza del TDAH y se les enseñan nuevas formas para responder a la conducta de sus hijos. El cuadro 13-7 ■ ofrece algunas propuestas para la formación de los padres.

Los sistemas de puntos son un abordaje conductual para fomentar la conducta positiva. En esta técnica se identifica y explica claramente al niño la conducta deseada (podría ser hacer los deberes, higiene personal, guardar turno, etc.). Podría haber una lista de conductas diana. Siempre que el niño realice una conducta diana se le entrega una prenda o se le dan puntos. El niño guarda estos puntos y puede intercambiarlos o «canjearlos» por pequeñas recompensas como pegatinas, jugar a su juego favorito o ir a jugar al parque. La elección de una recompensa que motive al niño para modificar su conducta es un aspecto importante de este abordaje terapéutico. También es importante establecer el sistema de modo que posibilite que el niño tenga éxito y recompensar al niño con frecuencia. La mejora de la autoestima y la sensación de logro acompañan a la experiencia repetida del éxito.

TRASTORNO DISOCIAL

El trastorno disocial es un patrón repetitivo y persistente de conducta en la que se violan los derechos básicos de los demás o reglas sociales importantes. Hay cuatro tipos de conducta en el trastorno disocial:

- Conducta agresiva que produce lesiones físicas a otras personas o animales, o que produce amenazas
- Conducta no agresiva que produce pérdida o daños de las propiedades
- Engaño o robo
- Violaciones graves de las reglas

Para aplicar el diagnóstico de trastorno disocial se deben haber producido tres o más de estas conductas en los 12 meses previos y la conducta debe producir un deterioro significativo del desempeño de funciones sociales, académicas o laborales. El patrón de la conducta habitualmente está presente en diversas situaciones, como el colegio, el hogar y la comunidad (APA, 2000).

Los niños con trastorno disocial pueden tener una conducta amenazante o intimidatoria. Pueden comenzar con frecuencia peleas físicas. Si tienen afectación grave, podrían utilizar un arma, que puede producir daños graves. Pueden manifestar crueldad física con personas o animales. La violencia física puede adoptar la forma de agresión o violación. La destrucción deliberada de la propiedad ajena puede incluir incendios y vandalismo. Los niños y adolescentes con trastorno disocial pueden romper las promesas, evitar las deudas u obligaciones o robar cosas a los demás con o sin enfrentamiento con la víctima. Pueden quedarse hasta tarde por la noche o pasar toda la noche fuera de casa a pesar de las reglas parentales.

Hay dos tipos de trastorno disocial. El tipo de inicio durante la infancia se define por la aparición de al menos una de las conductas del trastorno disocial antes de los 10 años de edad. Los niños con este tipo de trastorno con frecuencia son agresivos, tienen alteración de las relaciones con sus iguales y probablemente tengan también TDAH. Estas personas tienen mayor probabilidad de presentar trastorno antisocial de la conducta cuando sean adultos que los niños con trastorno de inicio en la adolescencia. Consulte el capítulo 10 si quiere ver más información sobre el trastorno antisocial de la personalidad.

El tipo de inicio durante la adolescencia se define por la ausencia de trastorno disocial antes de los 10 años de edad. Estas personas tienen menor probabilidad de ser agresivas, tienen más relaciones normales con sus iguales y tienen menor probabilidad de tener trastorno antisocial de la personalidad cuando sean adultos. El pronóstico a largo plazo de los pacientes con el tipo de inicio en la adolescencia es mejor.

En ambos casos, una persona puede tener síntomas leves, moderados o graves. En la forma leve, una persona afectada

puede tener problemas de conducta que producen unos perjuicios relativamente leves a los demás (como mentiras, absentismo escolar y quedarse fuera sin permiso después del anochecer). Una persona con afectación moderada puede robar sin enfrentarse a la víctima o realizar actos de vandalismo. La persona con afectación grave tendrá una conducta que produce un perjuicio considerable a los demás, como violación, uso de armas, crueldad física o robo con enfrentamiento a la víctima (APA, 2000).

El trastorno disocial es más frecuente en varones. También hay diferencias de sexo en el tipo de conductas. Los varones tienen mayor probabilidad de ser agresivos y de tener problemas de disciplina escolar. Las mujeres con el trastorno tienen mayor propensión a las mentiras, el absentismo escolar, escapar de casa por la noche, consumir sustancias y prostitución. En la mayoría de los casos el trastorno disocial se resuelve en la edad adulta (APA, 2000).

Muchas personas con trastorno disocial perciben que la conducta de otros es amenazante (aun cuando la otra persona no pretenda ser amenazante). Perciben que su propia agresión es una respuesta adecuada. Los niños con trastorno disocial con frecuencia tampoco sienten empatía por los demás. La terapia cognitiva-conductual es un buen abordaje para estos errores cognitivos y se realiza de una forma muy similar al tratamiento que se utiliza en el TDAH.

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

La conducta negativista desafiante es frecuente y normal en niños. Las tareas del desarrollo del niño en edad preescolar o del adolescente pueden hacer que la conducta de los niños durante estas fases del desarrollo parezca especialmente contraria a los deseos de los padres. Un preescolar que con frecuencia dice «¡No!» o una adolescente que está en desacuerdo con sus padres son ejemplos de conducta normal. El trastorno negativista desafiante no se diagnostica salvo que un niño tenga un patrón de conducta negativa, hostil y desafiante que dura al menos 6 meses. Para hacer este diagnóstico deben estar presentes cuatro o más de las conductas siguientes (APA, 2000). El niño con frecuencia hace lo siguiente:

- Tiene accesos de cólera
- Discute con los adultos
- Desafía activamente o se niega a cumplir las peticiones o reglas de los adultos
- Molesta deliberadamente a los demás
- Culpa a los demás de sus errores o su conducta inadecuada
- Se siente molestado fácilmente por los demás
- Está enfadado y resentido
- Es rencoroso o vengativo

Las personas afectadas con frecuencia perciben que su propia conducta está justificada por las exigencias poco razonables de los demás o por la situación que piensan que

ha producido su conducta. Los varones tienen más conducta de enfrentamiento que las mujeres con el trastorno. El trastorno negativista desafiante es más frecuente en varones antes de la pubertad y aproximadamente igual en varones y mujeres después de la pubertad. El trastorno habitualmente se hace evidente hacia los 8 años de edad y tiene un inicio gradual. Las conductas perturbadoras en ese trastorno son menos graves que en el trastorno disocial y habitualmente no incluyen agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad ni un patrón de robo o mentiras (APA, 2000).

Trastornos de ansiedad

Se espera que haya cierta ansiedad durante la infancia y la adolescencia. La ansiedad se convierte en un problema cuando interfiere con el desempeño de las funciones normales o con la capacidad del niño de alcanzar los objetivos del desarrollo. Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales que se diagnostican con más frecuencia en la infancia y la adolescencia.

TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

La ansiedad por separación es una ansiedad excesiva por la separación del hogar o de las figuras parentales. La ansiedad es más intensa de lo que cabría esperar para el nivel de desarrollo del niño. Dura más de 4 semanas, comienza antes de los 18 años de edad y produce un sufrimiento significativo o un deterioro de las funciones sociales, escolares o de otro tipo (APA, 2000).

Las características diagnósticas del manual DSM-IV-TR incluyen las siguientes:

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

Se produce trastorno de ansiedad por separación en aproximadamente el 4% de los niños y adolescentes jóvenes. Puede



Figura 13-10. ■ Este niño tiene ansiedad por separación. Fuente: PhotoEdit Inc.

aparecer después de algún agente estresante vital, como la muerte de un familiar o una mascota, una enfermedad, la inmigración o la mudanza a un nuevo vecindario. Típicamente hay períodos de exacerbación en los que el trastorno es más intenso, y remisiones en las que no es problemático (APA, 2000). En la figura 13-10 ■ se muestra un niño con ansiedad por separación.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno de estrés posttraumático (STEP) afecta a los niños de forma diferente a los adultos. Consulte el capítulo 11 para ver una descripción más exhaustiva del STEP. Aunque los adultos tienden a revivir el episodio extremadamente traumático, los niños tienden a reaccionar con conductas de ansiedad interiorizada.

Los niños en edad escolar con STEP pueden tener algunas de las siguientes conductas: ansiedad por separación, incluir de forma repetida el acontecimiento traumático en el juego, irritabilidad, rabietas, dificultad para dormir y sensación de miedo por el futuro.

Los profesionales de enfermería pueden ayudar a los niños con ansiedad incapacitante ayudándoles a hablar o a superar sus ansiedades mediante el juego. Muchos niños experimentan regresión con la ansiedad intensa. La **regresión** es la pérdida de habilidades o del desarrollo que previamente se había alcanzado. Por ejemplo, después de sufrir un desastre natural, un niño que utilizaba de forma autónoma el inodoro puede empezar a orinarse en la cama. El niño puede actuar como si

fuera menor de lo que realmente es. El profesional de enfermería debe aceptar la regresión y dar al niño el apoyo emocional que precisa para recuperar el progreso del desarrollo. El personal de enfermería puede tener que satisfacer las necesidades físicas y psicosociales más básicas del niño mientras el niño tiene ansiedad grave o pánico. Los profesionales de enfermería también deben ayudar a los niños a tener experiencias positivas, tomar decisiones y hacer elecciones y aumentar su sensación de competencia para mejorar su autoestima y esperanza en el futuro.

Los niños pueden expresar sus sentimientos con dibujos o mediante el juego. La figura 13-11 ■ muestra un dibujo de una familia por una niña de 6 años de edad e interpreta sus posibles significados.

Trastornos de la eliminación

ENURESIS

La **enuresis** es la emisión repetida de orina en la cama o en la ropa (involuntaria o intencionada), que se produce al menos dos veces a la semana durante al menos 3 meses. Produce

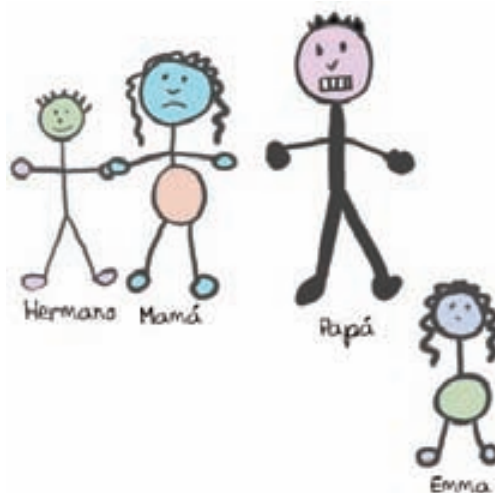


Figura 13-11. ■ Dibujo familiar de Emma, una niña de 6 años de edad. El dibujo de Emma tiene varias características distintivas. Se ha colocado alejada del resto de la familia, lo que indica sentimientos de aislamiento, rechazo o tal vez miedo. Las líneas gruesas alrededor del cuerpo de su padre pueden indicar que le ve como agresivo o enfadado. Esta interpretación se confirma por la boca del padre, que parece estar abierta como si estuviera gritando o mostrando los dientes. Su hermano parece feliz, y la boca de su madre dirigida hacia abajo parece un poco triste. El dibujo de Emma de sí misma es bastante pequeño, en contraste con los otros de su familia (especialmente su hermano, que en realidad es más joven y más pequeño que Emma). Su pequeñez podría indicar cierta inseguridad, autoestima baja o tal vez un deseo de retirarse del mundo y de que no se den cuenta de ella. También le faltan la boca y las manos. Esto podría implicar una sensación de inadecuación o de impotencia para actuar o hablar. Fuente: *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing* by Kneis/Wilson/Trigoboff, © Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, NJ.

malestar significativo o deterioro del desempeño de funciones sociales, escolares o de otras áreas. La enuresis únicamente se diagnostica en niños mayores de 5 años, cuando habitualmente ya se ha establecido el control voluntario de la vejiga (APA, 2000).

La mayoría de los niños que tienen enuresis no tienen ningún trastorno mental. Se produce en el 5-10% de los niños de 5 años de edad, el 3-5% de los niños de 10 años de edad y aproximadamente el 1% de las personas mayores de 15 años. Aproximadamente el 75% de los niños con enuresis tienen un familiar biológico en primer grado (progenitor o hermano) con el trastorno. La figura 13-12 ■ muestra un niño con enuresis.

Se deben descartar las causas físicas de incontinencia antes de hacer el diagnóstico de enuresis. La diabetes no tratada, una infección urinaria y trastornos neurológicos pueden producir incontinencia.

Un niño debe tener un volumen vesical de 300-350 ml para aguantar la orina por la noche. Para valorar la capacidad de la vejiga el profesional de enfermería puede indicar al niño que orine en un recipiente graduado después de aguantar la orina lo más posible (Hockenberry, 2005).

Las técnicas terapéuticas en la enuresis incluyen las siguientes:

- Evitar los líquidos después de la cena
- Entrenamiento de la vejiga
- Despertar al niño por la noche para orinar (la enuresis nocturna habitualmente se produce en el primer tercio de la noche)



Figura 13-12. ■ Se deben investigar las causas físicas de la incontinencia antes de hacer el diagnóstico de enuresis. Fuente: Phototake NYC.

- Administrar fármacos que inhiben la micción o la contracción de la vejiga
- Crear una respuesta condicionada para despertar al niño con un dispositivo eléctrico cuando esté orinando
- Educar al niño y a sus progenitores sobre la enuresis y el plan terapéutico
- Ofrecer apoyo y estímulo constantes al niño y a sus padres (Hockenberry, 2005).

ENCOPRESIS

La **encopresis** es la eliminación voluntaria o involuntaria de heces en lugares inadecuados. Habitualmente es involuntaria. Se diagnostica encopresis cuando un niño de al menos 4 años de edad ha eliminado heces en lugares inadecuados al menos una vez al mes durante al menos 3 meses. Cuando la eliminación de heces es involuntaria, con frecuencia se debe a estreñimiento, impactación y retención de heces, seguido por desbordamiento. El estreñimiento puede deberse a motivos psicológicos, como miedo a la defecación en un lugar particular, ansiedad o conducta negativista que lleva a evitar la defecación (APA, 2000).

La encopresis afecta al desempeño de funciones escolares y sociales del niño. Produce mucho sufrimiento a la familia. Debido al estigma y la vergüenza asociados a este trastorno, la familia o los cuidadores pueden sentir que son los únicos que tienen un problema como este.

El personal de enfermería debe educar al niño y a sus padres o cuidadores sobre la encopresis. El primer tema que se debe enseñar es la función intestinal. Los padres con frecuencia se sorprenden de saber que cuando un niño tiene estreñimiento avanzado la fuga de heces no está bajo el control del niño. Puede ayudar a las familias saber que otras familias también se enfrentan a la encopresis. El tratamiento de la encopresis debe comenzar con el diagnóstico de la causa del problema, seguido por un plan terapéutico. Los abordajes terapéuticos incluyen cambios de la dieta, resolución de la impactación fecal, prevención del estreñimiento futuro y terapia conductual.

Depresión, psicosis y suicidio

DEPRESIÓN INFANTIL

La depresión es un problema importante en niños y adolescentes. Sin embargo, como los síntomas de la depresión se pueden superponer a la conducta normal de niños y adolescentes, es difícil diagnosticar la depresión.

Algunos síntomas de la depresión en niños y adolescentes son similares a los de los adultos, como tristeza, desesperanza, sentimiento de indefensión, retraimiento social, anhedonia (pérdida de sentimientos placenteros) y pensamientos suicidas. Los niños con frecuencia tienen dificultad para expresar sus pensamientos y sentimientos con palabras, por lo que tienen mayor probabilidad de manifestar con actos sus sentimientos

y preocupaciones. En comparación con los adultos, los niños tienen con más frecuencia síntomas somáticos (físicos). Podrían estar irritables y agresivos, o dependientes y «pegajosos». Su rendimiento escolar disminuirá. El niño deprimido pasará más tiempo en actividades solitarias.

Los adolescentes con depresión tienen más probabilidad de tener retraso psicomotor (movimiento lento, pérdida de energía) e hipersomnio (somnolencia excesiva). También es probable que estén irritables y posiblemente incluso agresivos. Su rendimiento escolar o laboral disminuirá. Se describe la experiencia de un adolescente en sus propias palabras en el cuadro 13-8 ■.

Las complicaciones de la depresión en adolescentes y niños incluyen fracaso escolar, abuso de sustancias, promiscuidad sexual, fuga, conducta agresiva y suicidio. Aunque los síntomas de la depresión en pacientes jóvenes son diferentes, los tratamientos eficaces son similares a los que se utilizan en adultos. Los fármacos antidepresivos son muy eficaces, especialmente cuando se combinan con terapia cognitiva-conductual.

TRASTORNOS PSICÓTICOS

La psicosis (pérdida de contacto con la realidad) es un síntoma que puede acompañar a varios trastornos mentales, como trastorno bipolar, depresión grave, angustia y esquizofrenia. Aunque el inicio de la esquizofrenia habitualmente se produce al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta, ocasionalmente comienza en la infancia.

Los síntomas de la esquizofrenia comienzan gradualmente y varían según el nivel de desarrollo del niño. La alteración básica es una pérdida de contacto con la realidad. La esquizofrenia en niños produce alteraciones de la cognición, la percepción, el lenguaje y la vida emocional del niño. Las alteraciones más frecuentes son alteración del lenguaje, deterioro de las frases interpersonales y afecto (expresión no verbal de la emoción) anormal.

CUADRO 13-8

Comprobación de la realidad sobre la depresión de los adolescentes

Un adolescente con depresión dijo:

«Es difícil describir lo mal que me sentía. Mi madre pensaba que estaba siendo perezoso, pero cuando miro retrospectivamente aquel momento no podía salir de la cama para ir a clase. Suspendí todas las asignaturas. El asesor escolar pensaba que me aplicaba poco porque habitualmente era buen estudiante. Estaba enfadado, pero no sé por qué. Tenía muchas pesadillas. Ni siquiera quería ver a mis amigos. Cuando mi madre por fin me convenció para ir al médico, era demasiado tarde para graduarme en el instituto. Afortunadamente el médico reconoció mi depresión, ¡y el antidepresivo! Me gradué en el instituto comunitario y ya he vuelto a ser yo mismo».

El tratamiento incluye fármacos antipsicóticos e intervenciones psicosociales, como formación en habilidades sociales. Los niños con esquizofrenia con frecuencia responden bien a los nuevos antipsicóticos atípicos. Consulte más detalles en el capítulo 8.

SUICIDIO

El suicidio es la tercera causa principal de muerte en niños y adolescentes de 10 a 24 años de edad. Como en la población general, los jóvenes tienen mayor probabilidad de utilizar armas de fuego, asfixia o intoxicación como método de suicidio (NIMH, 2006).

ALERTA clínica

Los profesionales de enfermería deben participar en la educación comunitaria sobre la seguridad de las armas de fuego. Algunas familias piensan que si educan a sus hijos sobre la seguridad de las armas de fuego, estarán seguros aunque tengan acceso a armas cargadas en su domicilio. Se debe enseñar a la comunidad el uso de candados para guardar las armas de fuego.

Todos sabemos que la adolescencia es una época de cambios importantes y de emociones intensas. Los adolescentes tienen sentimientos fuertes. Pueden no haber desarrollado todavía habilidades maduras de resolución de problemas. La conducta impulsiva es característica de los niños. Cuando se combina con habilidades de afrontamiento inadecuadas, la conducta impulsiva puede llevar al suicidio.

Muchos adolescentes piensan en el suicidio. El suicidio puede parecer un alivio del sufrimiento, un escape de la humillación, un método para ganar compasión o una forma de vengarse de quienes les han hecho daño. Los niños pueden pensar en el suicidio como una forma de castigar a los demás. Un niño podría decir: «Lo lamentarán cuando esté muerto».

El abordaje de enfermería del suicidio tiene tres partes:

1. Reconocer los signos de alerta
2. Responder a las necesidades del paciente
3. Prevenir el suicidio

Valore a todos los niños con síntomas de depresión para detectar tendencias suicidas. Haga la pregunta directamente: «¿Estás pensando en hacerte daño o matarte?» Es una pregunta difícil, pero puede establecer una gran diferencia. La mayoría de las personas responden con sinceridad. Nunca se deben ignorar los intentos o amenazas de suicidio. Los intentos fallidos de suicidio pueden parecer «peticiones de ayuda» o «llamadas de atención». Si un niño o adolescente se siente descontrolado y necesita atención, y tiene tan pocas habilidades de resolución de problemas que intenta suicidarse, esta persona verdaderamente necesita ayuda inmediatamente (NIMH, 2006b).

Una persona que tiene un plan y un método para llevarlo a cabo es la que más peligro tiene. Si un niño dice que va a saltar de una montaña pero no hay montañas en su área, no tiene tanta probabilidad de consumar el suicidio como una niña que dice que se va a pegar un tiro con el arma de su padre, y el padre sí tiene un arma. Sin embargo, está justificada una evaluación psiquiátrica de los dos niños.

Los adolescentes tienen cuatro factores de riesgo de suicidio (Russell y Joyner, 2001):

- Depresión
- Desesperanza
- Abuso de sustancias
- Suicidio (o intento de suicidio) reciente de un familiar o un amigo próximo

Los adolescentes de minorías sexuales tienen una probabilidad de consumar el suicidio el doble que la de otras personas de su misma edad. Esto puede ser porque los adolescentes homosexuales masculinos y femeninos, bisexuales y transexuales tienen mayor probabilidad de tener los cuatro factores de riesgo.

Los profesionales de enfermería pueden ser los primeros profesionales que discutan con los adolescentes los problemas de la orientación sexual. En el rol de enfermería profesional, el profesional de enfermería puede actuar como persona de apoyo para estos adolescentes. Los profesionales de enfermería pueden ayudar a este grupo con educación en las escuelas y la comunidad. También es importante la educación del grupo de iguales. Los adolescentes homosexuales masculinos y femeninos podrán satisfacer mejor sus necesidades del desarrollo en un grupo de iguales de una comunidad tolerantes y solidarios. Los grupos de apoyo para estudiantes con problemas similares pueden ser útiles. Los profesionales de enfermería pueden ofrecer la educación y la derivación a asesoramiento y terapia de grupo que necesitan las familias para aceptar, criar y apoyar a sus hijos.

El suicidio en adolescentes que toman antidepresivos ha aparecido recientemente en las noticias. Hemos sabido que los niños y adolescentes que toman antidepresivos ISRS para tratar la depresión tienen mayor probabilidad de suicidarse que la población general de personas de su edad.

Esta situación da la oportunidad de que los profesionales de enfermería y los pacientes aprendan a interpretar las estadísticas de las noticias. Antes de reaccionar a estas noticias con miedo y antes de cambiar las noticias o hacer que la U.S. Food and Drug Administration modifique su advertencia en los prospectos de los ISRS para que incluyan una advertencia adicional con recuadro negro, las personas deben conocer la historia completa. Los profesionales de enfermería deben ir a fuentes fiables (la literatura de enfermería y médica) para averiguar si se han considerado todas las variables que pudieran haber producido el suicidio. Algunos datos importantes en este caso incluyen los siguientes:

- Los pacientes con depresión tienen riesgo elevado de suicidarse.
- El riesgo de suicidio es máximo desde 1 mes antes del tratamiento hasta 1 mes después del tratamiento; posteriormente el riesgo disminuye de forma continua.
- Los patrones de intento de suicidio son los mismos en personas jóvenes con depresión que inician el tratamiento con fármacos o con psicoterapia (Simon y Savarino, 2007).
- Las tasas de suicidio de adolescentes con depresión no tratados con fármacos son mayores que las de los que sí son tratados.
- En los condados de EE. UU. en los que los antidepresivos ISRS se prescriben con más frecuencia, las tasas de suicidio son menores que en los condados en los que los ISRS se prescriben menos (NIMH, 2006).

Un análisis de la información de la literatura profesional fiable muestra que el suicidio se produce cuando los pacientes jóvenes están deprimidos, independientemente de que tomen o no fármacos, y si toman antidepresivos el riesgo de suicidio disminuye. Una implicación importante para los profesionales de enfermería y las familias es que se debe valorar con frecuencia a los pacientes jóvenes para detectar la ideación (pensamiento) suicida, especialmente en el primer mes después del inicio del tratamiento, porque los fármacos tardan ese tiempo en ser eficaces. Si el fármaco no es eficaz, se debe comunicar al médico, para que se pueda prescribir un fármaco diferente (Simon y Savarino, 2007).

Autoconcepto

El autoconcepto tiene tres partes (Driever, 1976):

- Imagen corporal
- Identidad personal
- Autoestima

La **imagen corporal** es la forma en la que se siente una persona en relación con su cuerpo físico. Los rasgos físicos, la salud o la enfermedad, la función física, la sexualidad y la forma en la que las demás personas responden al individuo afectan a la imagen corporal del individuo.

La **identidad personal** está formada por los valores del individuo, la lucha por la constancia y las expectativas del propio. Las personas tienen un sentido más sólido de la identidad personal cuando han elegido valores que piensan que son importantes y cuando actúan de una forma compatible con estos valores. La actuación de acuerdo con los propios valores es la integridad. Las personas tienden a actuar de forma compatible con sus expectativas de sí mismos, aun cuando tengan expectativas bajas o negativas.

La **autoestima** es la cantidad de consideración positiva o respeto que tienen las personas por sí mismas. La capacidad de una persona de adaptarse a los retos de la vida depende en

CUADRO 13-9

Síntomas y signos de la autoestima baja

- Conversación negativa sobre el propio yo
- Le disgusta su propio cuerpo o su aspecto
- Culpa o vergüenza persistentes
- Sentimientos de inutilidad
- Sentimientos de impotencia
- Pasividad
- Timidez
- Escasa atención a la higiene personal

parte de tener autoestima. La autoestima también se relaciona mucho con la forma en la que otras personas importantes responden a un individuo. El cuadro 13-9 ■ muestra los síntomas de la autoestima baja.

Los padres, los profesionales de enfermería y otras personas que trabajan con niños pueden fomentar la autoestima en las áreas siguientes (Townsend, 2006):

- **Amor incondicional.** Los niños necesitan saber que su familia y sus amigos les aman y aceptan tal y como son.
- **Sentido de la supervivencia.** La autoestima mejora cuando las personas aprenden de sus fracasos y cuando reconocen que siguen sobreviviendo y son más fuertes por la experiencia.
- **Sentido de la competencia.** Todo el mundo necesita sentirse capacitado para algo. Saber que uno está dando lo mejor de sí mismo incrementa la autoestima.
- **Objetivos realistas.** La imposibilidad de conseguir los objetivos puede socavar la autoestima. Una persona con objetivos poco realistas está condenada al fracaso. Mantenga los objetivos al alcance del niño.
- **Sentido de la responsabilidad.** Una autoestima positiva se debe a la asignación de responsabilidades que un niño puede alcanzar, especialmente cuando los demás valoran la contribución del niño.
- **Orientación de la realidad.** Hay límites sobre lo que pueden hacer las personas. Los niños deben tener un equilibrio saludable entre lo que pueden poseer y alcanzar y lo que está fuera de su control.

Las intervenciones de enfermería para promover la autoestima se presentan en el siguiente apartado, «Asistencia de enfermería».

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

Los profesionales de enfermería pueden establecer una diferencia positiva en las vidas de niños y adolescentes con trastornos emocionales y de la conducta. Las familias de estos niños también se pueden beneficiar de las intervenciones de enfermería.

VALORACIÓN

Los profesionales de enfermería obtienen hallazgos de valoración sobre niños con problemas emocionales y de conducta mediante la valoración del estado mental, la observación de la conducta, los antecedentes familiares, los antecedentes sociales (clase socioeconómica y situación vital) y la información de la escuela. Los niños plantean un reto para la valoración. Los niños pequeños con frecuencia no pueden explicar sus sentimientos con palabras. Probablemente los niños manifiesten sus sentimientos con su conducta, lo que hace que la observación de la conducta sea una parte importante de la valoración. Aunque las opiniones de los padres y otros familiares son importantes, los profesionales de enfermería también se deben basar en sus propias observaciones directas de sus pacientes infantiles en relación con los hallazgos de la valoración.

Una valoración exhaustiva del estado mental no es una parte sistemática de la valoración pediátrica. Sin embargo, es una parte importante de la valoración de enfermería en el contexto psiquiátrico, o en un niño que tiene problemas de conducta, del estado de ánimo o de las emociones. La tabla 13-2 ■ propone algunos datos que se deben recopilar para la valoración del estado mental de niños y adolescentes con problemas emocionales y de conducta.

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

Una vez que se han identificado los diagnósticos de enfermería, se debe planificar la asistencia para tratar todos los diagnósticos de modo que se satisfagan las necesidades individuales de la persona. Algunos diagnósticos de enfermería que son frecuentes en niños y adolescentes con problemas emocionales y de la conducta son:

- Autoestima baja crónica
- Afrontamiento ineficaz
- Ansiedad
- Impotencia
- Deterioro de la comunicación verbal
- Riesgo de violencia: autodirigida o dirigida a los demás
- Deterioro de la interacción social

Autoestima baja crónica

El profesional de enfermería puede entrar en contacto con pacientes con autoestima baja en cualquier contexto de enfermería (consulte los síntomas y signos en el cuadro 13-9). Aunque se tarda tiempo en desarrollar y modificar la autoestima, los profesionales de enfermería pueden ayudar a los niños y sus familias a comenzar este proceso. Algunos resultados para los niños con autoestima baja son que el niño:

- Demostrará un aumento de la sensación de competencia.
- Hará afirmaciones positivas sobre el propio yo.

TABLA 13-2

Valoración del estado mental de niños y adolescentes con problemas emocionales y conductuales

VALORACIÓN	PREGUNTAS/HALLAZGOS	FUNDAMENTO
Aspecto	¿El niño tiene una higiene personal adecuada? ¿Cómo está vestido? ¿Sus ropas son adecuadas para el tiempo y adecuadas para la situación? (Probablemente un traje de baño no sería adecuado en el colegio.)	El aspecto puede indicar si los cuidadores adultos están dando cuidados adecuados, o si un niño tiene autoestima baja.
Conducta	¿El nivel de actividad del niño es aproximadamente lo que podría esperar de un niño de su edad? ¿El niño actúa con agresividad? ¿El niño tiene conductas repetitivas extrañas? ¿Ha habido un cambio súbito de la conducta del niño?	La hiperactividad o la conducta impulsiva persistentes pueden indicar TDAH. La agresividad se asocia a los trastornos que cursan con conducta perturbadora. El autismo puede producir una conducta repetitiva poco habitual, como retorcerse las manos o golpear la cabeza. Las enfermedades, el maltrato, el miedo, el abuso de sustancias y el trauma pueden producir cambios súbitos de conducta.
Socialización	¿El niño juega bien con los demás? ¿Puede compartir y esperar su turno? ¿Se muestra tímido con extraños y cómodo con su familia?	Los trastornos que cursan con conducta perturbadora dificultan que un niño colabore. El TDAH puede hacer que el niño sea demasiado impulsivo para esperar su turno. Normalmente los niños son tímidos en relación con los extraños después de los primeros 6 meses de edad. Los niños con trastornos de apego no se sienten más cómodos con sus familias que con los extraños.
Pensamiento	¿Cuáles son los temas sobre los que habla el niño y que el profesional de enfermería no haya propuesto primero? ¿Puede el niño resolver problemas, leer, tomar decisiones a un nivel adecuado para su edad? ¿El niño comprende la situación? ¿El niño oye voces (alucinaciones)?	El habla es lo más próximo que podemos llegar al conocimiento de lo que está pensando una persona. La capacidad cognitiva (pensamiento) afecta a la capacidad del niño de aprender, colaborar con la asistencia y tener éxito en el colegio. Las alucinaciones pueden estar producidas por esquizofrenia.
Habla	¿Es la velocidad del habla anormalmente lenta o rápida? ¿Cuál es el primer idioma del niño? ¿El habla del niño responde a lo que dicen otras personas, o es extraño, repitiendo las palabras que dicen los demás (ecolalia)?	El habla rápida puede estar producida por ansiedad, agitación o hiperactividad. La depresión puede producir habla lenta. La comunicación (la valoración del profesional de enfermería) será menos exacta en idioma no nativo. El autismo puede producir ecolalia.
Estado de ánimo	¿El niño parece triste, retraído y se mueve lentamente? ¿Está irritable y se enfada con facilidad? ¿Está excesivamente excitado? ¿Piensa en herirse a sí mismo o a los demás?	Un niño con depresión puede estar irritable y ansioso. Si un adolescente parece estar siempre triste y lento, perdiendo el interés en sus aficiones habituales, puede estar deprimido. La única forma en la que el profesional de enfermería sabe si un paciente está pensando en herirse a sí mismo o a los demás es preguntándole.

- Demostrará un aumento de la responsabilidad.
- Probará nuevas experiencias.

El profesional de enfermería puede fomentar el desarrollo de la autoestima de un niño con estas intervenciones:

- Dar oportunidades al niño para que participe en actividades adecuadas en relación con su desarrollo en las que pueda tener éxito. *El éxito fomenta una sensación de competencia en la actividad. La autoestima mejora por el sentido repetido del logro.*
- Mantener unos objetivos realistas. *El niño tiene mayor probabilidad de alcanzar objetivos realistas y es probable que fracase con objetivos que no sean alcanzables.*
- Si el niño no alcanza el objetivo, discutir el motivo y aprender de la experiencia. Mostrar que sigue respetando al niño como persona. *El niño puede aprender que nadie gana siempre, pero que siempre se puede aprender una lección que nos hará más fuertes para el próximo reto. El respeto a las personas se basa no sólo en el éxito, sino también en el esfuerzo genuino.*
- Enseñar al niño a evitar el diálogo interior negativo (como «no puedo hacer esto» o «soy estúpido»). *El diálogo interior negativo perpetúa la autoestima baja.*
- Animar al niño a que piense cosas positivas sobre sí mismo. Estas ideas positivas («soy inteligente», «soy muy trabajador») se pueden escribir y leer varias veces al día.

Las afirmaciones positivas fomentan el cambio a un diálogo interior positivo y a una autoestima positiva.

- Realizar modelado de rol hablando y actuar con autoestima positiva. *Los niños con frecuencia repiten la conducta de sus modelos de rol. El modelado de rol es una forma de aprender conductas y valores.*
- Dar al niño retroalimentación sincera. Evitar la adulación y los cumplidos poco sinceros. *La falta de sinceridad socava la confianza en la relación profesional de enfermería-paciente y no fomenta la autoestima.*
- Demostrar respeto por las decisiones responsables del niño. *El respeto de un adulto es un refuerzo poderoso.*
- Demostrar que se valora la contribución o participación del niño («Muchas gracias por limpiar la mesa. Ha quedado bien»). *El sentimiento de ser apreciado y valorado es un refuerzo poderoso para la conducta. El refuerzo positivo aumenta la probabilidad de que el niño repita la conducta.*
- Ofrecer oportunidades de experiencias de riesgo bajo (jugar un juego sencillo o salir a pasear con un grupo de niños). *La autoestima baja hace que los niños tengan dificultad para intentar algo que les podría hacer sentirse avergonzados.*

Realice intervenciones individualizadas

Independientemente de cuál sea el trastorno, los niños y adolescentes tienen mayor probabilidad de conseguir resultados positivos de las intervenciones de enfermería cuando el profesional de enfermería incluye los siguientes aspectos:

- Antes de realizar las intervenciones de enfermería, saber cuáles son los resultados hacia los que se dirige.
- Hacer que los objetivos sean realistas.
- Incluir al paciente y a su familia o cuidadores en la planificación y aplicación de los objetivos.
- Alterar lo menos posible el estilo de vida del paciente y de su familia. (p. ej., no programe fármacos, citas o tratamientos en el domicilio por la mañana si la madre trabaja por la noche y duerme por el día.)
- Centrarse en los puntos fuertes del niño, no sólo en sus dificultades.
- Ser flexible. Especialmente cuando están implicados niños, la flexibilidad y la creatividad son los pilares de la enfermería. Si un abordaje no funciona, pensar en otro nuevo.
- Mantener viva la esperanza para el niño y la familia.

EVALUACIÓN

El profesional de enfermería debe evaluar si se han cumplido los objetivos establecidos en la fase de planificación. Algunas preguntas que se puede plantear el profesional de enfermería son:

- ¿El niño está interactuando de forma apropiada para su edad y aceptable socialmente?

- ¿El niño expresa afirmaciones positivas sobre su propio yo?
- ¿El niño es capaz de expresar sentimientos de ansiedad?
- ¿El niño puede afirmar y utilizar estrategias para impedir que aumente la ansiedad?
- ¿Puede el niño conocer y manifestar elecciones que están disponibles y bajo su control?
- ¿El niño se ha producido daños a sí mismo o a los demás?
- ¿Puede el niño enumerar alternativas a la conducta violenta?
- ¿Está el niño estableciendo una relación de confianza con el profesional de enfermería?

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Paciente con TDAH

Mohammed Said es un estudiante de sexto curso de 12 años de edad que ha ingresado en el servicio de urgencias con una crisis de asma. Hace 5 años se le diagnosticó trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Su respiración responde bien a salbutamol nebulizado. La madre de Mohammed le llevó al hospital. Ella y su marido han llevado a Mohammed al servicio de urgencias por tratamiento de rescate del asma seis veces en el último año. En todos los ingresos se le ha realizado educación sobre cómo utilizar los inhaladores.

Valoración

- La frecuencia respiratoria ha bajado de 40 a 22.
- Frecuencia cardíaca 110.
- La Sra. Sid dice: «¡Si utilizaras los inhaladores como tienes que hacerlo, no estaríamos aquí ahora! Estoy harta de esto».
- Mohammed afirma: «Todo lo hago mal».

El profesional de enfermería encontró que ni Mohammed ni su madre conocían la diferencia entre los dos inhaladores (beclometasona y salbutamol). Su madre le da el inhalador de salbutamol siempre que tiene sibilancias intensas. Para valorar su conocimiento, el profesional de enfermería pidió a Mohammed que le demostrara cómo utiliza los inhaladores. Puso el inhalador en los labios y lo puso dos veces sin prestar atención a si estaba inspirando o espirando. Dijo: «Probablemente lo estoy haciendo mal».

Diagnóstico. Se identifican los siguientes diagnósticos de enfermería para Mohammed:

- Conocimiento deficiente del uso de los inhaladores, relacionado con educación ineficaz
- Autoestima baja, relacionada con comentarios parentales negativos y falta de refuerzo positivo

Resultados esperados. Mohammed:

- Demostrará el uso correcto de un inhalador antiasmático.
- Describirá con palabras sencillas cuándo debe utilizar cada uno de sus inhaladores.
- Identificará al menos tres puntos positivos sobre sí mismo.
- Aceptará un cumplido por el profesional de enfermería cuando pueda demostrar la técnica correcta.

Planificación y aplicación. El profesional de enfermería sabe por la historia de Mohammed que tiene TDAH, pero no sabe nada sobre su capacidad de aprendizaje, excepto que está en el curso correcto para su edad y que se le ha enseñado a utilizar un inhalador antiasmático muchas veces sin que haya aprendido.

Planifica la elaboración de un plan educativo breve para Mohammed que sea compatible con su mejor estilo de aprendizaje. Para determinar el mejor abordaje necesita más información. El profesional de enfermería pregunta a la madre (con Mohammed delante): «¿Qué tal le va a Mohammed en el colegio? He visto que tiene TDAH». La madre responde: «Siempre se mete en problemas por no prestar atención; tiene dislexia, por lo que va a un programa de lectura especial. No le gusta escucharme a mí ni a su profesor». El profesional de enfermería pregunta a Mohammed: «¿Cómo quieres aprender sobre estos inhaladores? ¿Cuál es tu forma favorita de aprender en el colegio?» Mohammed se levanta, pasea por la habitación y dice: «No recuerdo lo que dice el profesor. Me gustan más las ciencias porque podemos ver las imágenes en el libro de laboratorio, y hacer los experimentos».

De acuerdo con lo anterior, el profesional de enfermería:

- Enseñará a Mohammed a utilizar el inhalador antiasmático mediante la demostración y la repetición de la demostración, y le enviará un documento con el proceso en imágenes.
- Enseñará a Mohammed y a su madre, con palabras sencillas, los usos de la beclometasona (un corticoide para reducir la inflamación y prevenir las crisis de asma, que se utiliza 2 veces al día) y el salbutamol (un broncodilatador que dilata las vías aéreas y que se utiliza sólo como

«inhalador de rescate» cuando tiene sibilancias y nota dificultad para respirar).

- Escribirá instrucciones para su madre con palabras sencillas sobre cuándo debe utilizar los inhaladores.
- Alabará a Mohammed por el éxito en su conducta.
- Hablará brevemente con Mohammed sobre el cambio de su diálogo interior de negativo a positivo.

Evaluación

- Mohammed pudo demostrar el método correcto de uso de los inhaladores.
- Pudo explicar que la beclometasona (el inhalador marrón) se debe utilizar por las mañanas y por las noches, y el inhalador de salbutamol (azul) sólo se debe utilizar cuando tenga sibilancias.
- Su madre y el profesional de enfermería le alabaron por haber aprendido con éxito sobre los inhaladores.
- Cuando se le pidió que afirmara cosas buenas sobre sí mismo, no quería intentarlo. Su madre dijo que se le da bien aprender sobre el asma, y él sonrió.
- El profesional de enfermería habló brevemente sobre el diálogo interior, pero Mohammed no parecía estar prestando atención.

Pensamiento crítico en el proceso de enfermería

1. ¿Cuál es la relación entre el conocimiento del uso de los inhaladores de Mohammed y su uso del servicio de urgencias?
2. ¿Por qué aprendió Mohammed a utilizar los inhaladores en esta visita al hospital cuando no lo había hecho en el pasado?
3. ¿Qué factores probablemente dificultaron que Mohammed prestara atención a la educación del profesional de enfermería sobre el diálogo interior?

Nota: En el apéndice I puede encontrarse un comentario sobre las preguntas de pensamiento crítico.

Nota: La bibliografía y los recursos de este y el resto de capítulos se han reunido al final del libro.

Revisión del capítulo

TÉRMINOS CLAVE

autoestima
circadiano
dislexia

encopresis
enuresis
identidad personal

imagen corporal
regresión
resiliencia

PUNTOS clave

- Los niños y los adultos reaccionan de forma diferente a los trastornos mentales.
- Los niños con frecuencia expresan sus sentimientos a través de la conducta.
- Los trastornos mentales hacen que los niños tengan más dificultad para alcanzar sus tareas del desarrollo.
- Algunas personas son más resilientes y menos propensas a los trastornos mentales, aun cuando tengan muchos agentes estresantes.
- Los niños con trastornos de conducta con frecuencia interpretan la conducta de los demás como exigente o amenazante cuando no había tal intención.
- La impulsividad puede poner en peligro al niño.
- El objetivo para los estudiantes con trastornos del aprendizaje es conocer sus dificultades de aprendizaje y aprender a afrontarlas o a compensarlas.
- Los fármacos han ayudado a muchos niños y adolescentes con TDAH a aumentar su capacidad de concentrarse y reducir su hiperactividad y su impulsividad.
- El profesional de enfermería es responsable de la educación del paciente y de su familia sobre los fármacos estimulantes que se utilizan para tratar el TDAH y de la valoración de los efectos adversos, como insomnio y pérdida de apetito.
- Los niños y los adolescentes responden mejor cuando se implica a sus familias en el plan terapéutico.

- Los profesionales de enfermería deben tener en consideración el método de aprendizaje preferido del paciente cuando realicen educación sanitaria.
- Se debe valorar a todos los niños con síntomas de depresión para detectar pensamiento suicida o un plan de suicidio.
- Las armas de fuego son el principal método de suicidio en EE. UU., incluso en niños.
- La baja autoestima es frecuente en niños con trastornos mentales. Las intervenciones de enfermería pueden ayudar a los niños a construir su confianza en sí mismos y su autoestima.



EXPLORE MediaLink

Pueden encontrarse recursos interactivos adicionales en la página web complementaria www.prenhall.com/eby. Haga clic en «Chapter 13» y en «Begin» para seleccionar las actividades de este capítulo.

- Audio Glossary
- NCLEX-PN® review
- Case study
- Study online
- Critical thinking questions
- Matching questions
- Weblinks
- Video Case: Xavier (Autism)

Protocolo asistencial de pensamiento crítico

Asistencia de un paciente con incumplimiento del tratamiento

Área de interés del examen NCLEX-PN®: Entorno asistencial seguro y eficaz

Estudio de un caso: Wen Charles es un varón de 15 años de edad con TDAH. Ingresó en la unidad pediátrica del hospital con una fractura de pelvis que se produjo cuando se cayó del tejado de su casa. Su madre afirma que ha estado especialmente impulsivo desde que dejó el metilfenidato hace 4 días. Se acabaron los comprimidos porque tomó demasiados la semana previa. Wen afirma que quería tener mucha energía para permanecer despierto para trabajar en un proyecto escolar. Por eso tomo comprimidos adicionales de metilfenidato. El médico ha evaluado sus necesidades de medicación y ha decidido mantener la prescripción de metilfenidato HCl.

Diagnóstico de enfermería: Incumplimiento del régimen terapéutico

RECOPILE DATOS

Subjetivos

Objetivos

¿Informaría usted de estos datos? Sí/No

Si así lo hiciera, ¿a quién? _____

Asistencia de enfermería

¿Cómo lo verificaría? _____

Compare su verificación con el ejemplo proporcionado en el apéndice I.

Datos recopilados

(use todos los correctos)

- 168 cm, 68 kg
- El paciente afirma: «Simplemente quería hacer un buen trabajo en el proyecto escolar».
- La madre del paciente afirma: «Tengo miedo a que se esté haciendo drogadicto. No es la primera vez que lo hace».
- El dolor pélvico está controlado (2 en una escala de 1-10).
- Los pulsos periféricos de las extremidades inferiores están presentes bilateralmente.
- El paciente afirma: «Me siento alto algunos días y bajo otros días».
- El paciente afirma: «Todo el mundo me está diciendo siempre qué debo hacer».
- La madre del paciente afirma: «Dejo que sea responsable de tomar las medicinas, pero me pregunto si debo volver a asumir la responsabilidad. No las está tomando de forma segura».
- El paciente afirma: «Quiere estar a cargo de mí mismo».
- El paciente tiene dos hermanas menores.
- Prescripción del médico: metilfenidato 20 mg 2 veces al día v.o.

Intervenciones de enfermería

(use todas las correctas, colóquelas en orden de prioridad)

- Decir al paciente que no podrá tomar su tratamiento cuando se le dé de alta debido al abuso de drogas.
- Pedir al médico que cambie la prescripción a un fármaco sin efectos adversos.
- Valorar el conocimiento del paciente sobre su tratamiento, los efectos deseados, los efectos adversos y el régimen posológico.
- Enseñarle lo que no sepa sobre el régimen medicamentoso (plan terapéutico).
- Decir a la madre que debe asumir el control del tratamiento en el domicilio.
- Reforzar la educación sobre el uso seguro de metilfenidato con el paciente y su madre.
- Explicar que no es un drogadicto.
- Decir al paciente que deje de tomar el tratamiento si pierde el apetito.
- Dejar que la familia decida quién se responsabiliza de administrar el tratamiento.
- Medir los signos vitales del paciente una vez cada hora mientras esté en el hospital, debido a los posibles efectos adversos del tratamiento.
- Decir al paciente que la lesión probablemente se deba a no haber tomado el tratamiento como se había prescrito.
- Decir al paciente que es responsable de su propia conducta.
- Decir a la madre que es culpa suya que su hijo no tome el tratamiento correctamente.
- Preguntar al paciente y a su madre si tienen alguna pregunta.
- Enseñar al paciente a evitar los alimentos que contengan tiramina mientras tome metilfenidato.

Preparación del examen NCLEX-PN®

CONSEJO PARA PASAR LA PRUEBA

La parte más importante de la preparación para el examen de licenciatura es el éxito en la escuela de enfermería. Sin embargo, ha memorizado algo de lo que aprendió en la escuela, lo que libera de su memoria antes que el material que ha aprendido aplicándolo o pensando críticamente sobre ello. Cuando estudie para el examen de licenciatura, vuelva a los temas de la escuela de enfermería que le dieron problemas y a los que aprendió memorizando datos. Estúdielos para hacer que estén accesibles en su memoria durante el examen.

- 1** Se dice que un niño con disminución de la exactitud, la velocidad y/o la comprensión lectora tiene:
 1. Dislexia.
 2. Trastorno de las matemáticas.
 3. Trastorno de la expresión escrita.
 4. Trastorno de la coordinación del desarrollo.
- 2** Un niño de 9 años con dislexia ha ingresado en la unidad hospitalaria con un nuevo diagnóstico de diabetes mellitus de tipo 1. Aprendería mejor sobre su enfermedad:
 1. Con folletos.
 2. Dejándole que leyera en voz alta a la enfermería con materiales educativos sobre la dislexia.
 3. Con demostraciones y explicaciones verbales.
 4. Con diagramas y listas por escrito.
- 3** La madre de un niño de 10 años de edad diagnosticado de trastorno del lenguaje expresivo consulta con el profesional de enfermería de la escuela para hacer preguntas sobre el futuro de su hijo. La mejor respuesta del profesional de enfermería sería:
 1. «El trastorno no empeorará, pero tampoco mejorará».
 2. «Lo siento, pero el trastorno empeorará a medida que su hijo se haga mayor».
 3. «Esto es lo mejor que podrá estar nunca».
 4. «Este trastorno mejorará de forma llamativa cuando su hijo se haga mayor».
- 4** Una madre habla con el profesional de enfermería sobre su hijo de 5 años de edad que tartamudea. Tiene una hija de 2 años y se pregunta si también tendrá el mismo problema. La mejor respuesta del profesional de enfermería sería:
 1. «El tartamudeo tiende a aparecer en familias, aunque es más frecuente en niños que niñas».
 2. «Es claramente un trastorno genético, por lo que su hija probablemente también tartamudeará».
 3. «También tartamudeará siguiendo el ejemplo de su hermano mayor».
 4. «No tiene nada de qué preocuparse. Las niñas no tartamudean».
- 5** Una niña de 6 años de edad con autismo ha ingresado en el hospital con neumonía. La niña insiste en tener un orinal a la cabecera de la cama, una mecedora y una silla normal alineada en un orden determinado al lado de la cama. Pasa con frecuencia de un objeto a otro. La mejor respuesta de enfermería a esta conducta sería:
 1. Insistir en que la niña utilice el cuarto de baño de su habitación, y quitar el orinal de la cabecera de la cama.
 2. Ofrecerse a mecer con frecuencia a la niña.
 3. Permitir que la niña tenga los objetos de su habitación en el orden que desea.
 4. Visitar a la niña cada 15 minutos.
- 6** Una niña de 2 años de edad ha ingresado en la unidad pediátrica con diarrea y vómitos graves. La madre le dice que la pequeña parecía tener una regresión de su desarrollo. Su cabeza es menor que la de otros niños de 2 años. Apenas puede caminar ahora y tiene dificultad para tomar y apilar bloques. La enfermera sospecha que la niña tiene:
 1. Autismo.
 2. Síndrome de Rett.
 3. Trastorno de Asperger.
 4. Trastorno desintegrativo infantil.
- 7** Debido a sus efectos adversos, los fármacos que se administran para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad se deben administrar:
 1. Al acostarse.
 2. Con el estómago vacío.
 3. No más de 6 horas antes de acostarse.
 4. Sólo los días laborables.
- 8** Una niña de 14 años de edad ha ingresado en la unidad ortopédica con una fractura grave del fémur. Se le ha aplicado tracción. La niña tiene síntomas y signos de trastorno de ansiedad por separación. Está llamando continuamente para preguntar cuándo irá su madre. Se niega a ir a dormir salvo que su madre esté al lado de la cama. Se despierta con frecuencia con pesadillas de que algo le ha ocurrido a su madre. La mejor respuesta del profesional de enfermería a esta conducta es:
 1. Establecer límites a cuándo le pueden visitar sus padres.
 2. Valorar para detectar aumento de la ansiedad, y estar accesible para la paciente en ese momento.
 3. Recordar a la paciente que las horas de visita acaban a las 9 de la noche, y que su madre no puede quedarse después de esa hora.
 4. No responder a la conducta ansiosa, porque esto la reforzará.
- 9** Una paciente de 17 años de edad ingresó en la unidad de ginecología con enfermedad inflamatoria pélvica después de un antecedente de enfermedades de transmisión sexual repetidas. Admite al personal de enfermería que es promiscua sexualmente para «devolvérselo a su padre» por varios años de maltrato. Dice: «Supongo que ahora tendré que matarme. No hay otra salida». La mejor respuesta del profesional de enfermería a esta afirmación sería:
 1. «¿Tienes un plan para matarte?»
 2. «No puede ser tan malo. Volverás al buen camino».
 3. «¿Conoce tu madre el maltrato?»
 4. «¿Has denunciado a tu padre a la policía?»
- 10** La mejor forma de valorar los problemas de salud mental en un niño pequeño (de 3 a 5 años de edad) sería:
 1. Aceptar la valoración por los padres de la conducta del niño.
 2. Hablar con el niño.
 3. Comparar al niño con las fases del desarrollo de Erikson.
 4. Observar al niño durante el juego.

En el apéndice I pueden encontrarse las respuestas a las preguntas de revisión, así como un comentario del plan asistencial y el protocolo asistencial de pensamiento crítico.

Trastornos de la conducta alimentaria

BREVE sinopsis

Anorexia nerviosa

Bulimia nerviosa

Trastorno de la conducta alimentaria por atracón

Varones con trastornos de la conducta alimentaria

Causas de los trastornos de la conducta alimentaria

Asistencia integral

Obesidad

OBJETIVOS del aprendizaje

Al finalizar la lectura de este capítulo, usted será capaz de:

1. Examinar sus propias actitudes sobre la conducta alimentaria y los trastornos de la conducta alimentaria.
2. Describir los síntomas subjetivos y objetivos de los trastornos de la conducta alimentaria.
3. Ayudar a las familias a planificar estrategias para prevenir los trastornos de la conducta alimentaria en sus hijos.
4. Aplicar el proceso de enfermería a la asistencia de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

PLAN ASISTENCIAL
DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:
Paciente con bulimia
nerviosa

PROTOCOLO ASISTENCIAL
DE PENSAMIENTO CRÍTICO:
Asistencia de un paciente
con obesidad

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

Estas preguntas se relacionan con actitudes personales sobre la conducta alimentaria y el peso corporal. Nuestra cultura transmite creencias sobre el significado y la importancia de aspectos como estos. Aprendemos nuestros criterios de belleza y nuestras actitudes sobre el alimento a medida que aprendemos los valores y las conductas de nuestra cultura.

Cuando los profesionales de enfermería llevan sus opiniones y sentimientos personales con ellos al trabajo, estos sentimientos pueden afectar a su conducta en la asistencia de los pacientes. Tal vez piense que las personas delgadas son débiles físicamente y se las debe proteger de las demandas que se les exigen. Tal vez piense que las personas obesas son débiles emocionalmente y se les debe poner a prueba para fortalecer su personalidad.

Autocomprobación crítica. Uno de sus compañeros es una enfermera a la que no le gusta atender a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Dice: «Ellos han producido sus propios problemas. ¿Por qué simplemente no lo superan?» ¿Cómo debería responder usted?

Las actitudes que hacen que el profesional de enfermería juzgue al paciente por adelantado pueden ser perjudiciales para la asistencia del paciente. Es importante que los profesionales de enfermería examinen sus propias actitudes para asegurarse de que no tienen sesgos sobre la conducta alimentaria y el peso que interfieran con su capacidad de atender a los pacientes de forma objetiva y profesional.

Las personas que tienen trastornos de la alimentación sufren mucho emocional y físicamente. Estos trastornos producen autoestima baja, odio hacia sí mismos, miedo, desesperanza y riesgo de diversos problemas fisiológicos (fig. 14-1 ■). Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria con frecuencia también tienen otros trastornos mentales, como trastorno de ansiedad, abuso de sustancias y depresión (Spearing, 2001). Los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser mortales. Los cuidadores no deben infraestimar la importancia de estos trastornos.

Hay algunos problemas que ocurren en la infancia y que hacen que las personas tengan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria o problemas de peso en la adolescencia y al comienzo de

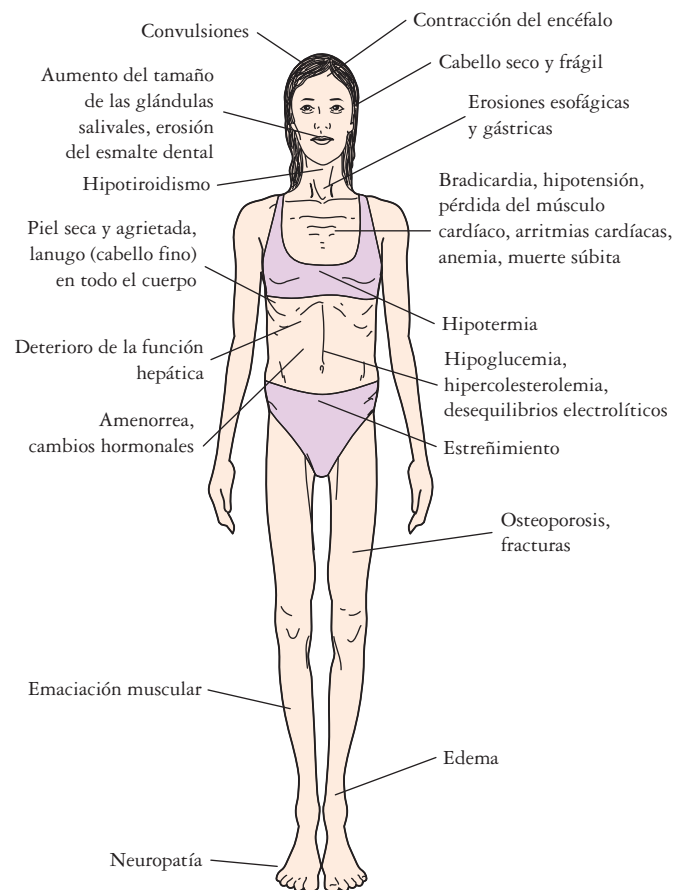


Figura 14-1. ■ Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria.

la edad adulta. Estas experiencias infantiles incluyen las siguientes (Johnson, Cohen, Kasen y Brook, 2002) (son factores de riesgo, no factores predictivos de casos individuales):

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

Anorexia nerviosa

Un paciente que tiene anorexia nerviosa se niega a mantener un peso corporal mínimamente normal, tiene un miedo intenso a ganar peso y tiene un trastorno significativo de la percepción del tamaño y la forma de su cuerpo (la figura 14-2 ■ muestra a una mujer con este trastorno). Las mujeres con anorexia nerviosa tienen **amenorrea** (ausencia de períodos menstruales). El criterio propuesto para determinar el peso insuficiente es menos de 85% de lo normal para la edad y la altura del paciente (American Psychiatric Association [APA], 2000a).

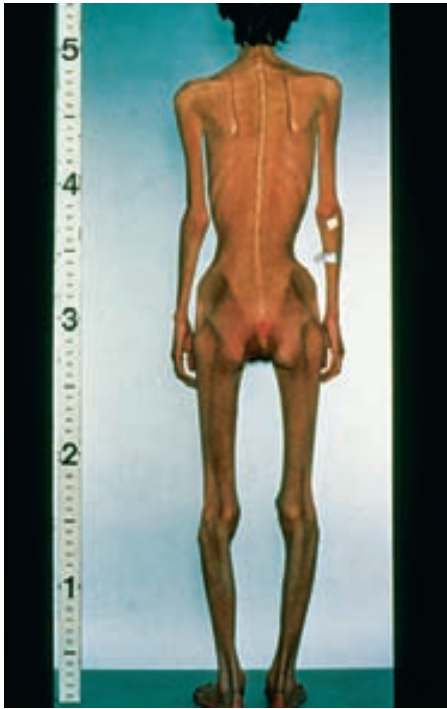


Figura 14-2. ■ Anorexia nerviosa tan grave que esta mujer está cerca de la muerte. *Fuente:* Custom Medical Stock Photo, Inc.



Figura 14-3. ■ Una adolescente con trastorno de la conducta alimentaria se purga tras ganar peso. *Fuente:* Photo Researchers, Inc.

Los pacientes con anorexia nerviosa habitualmente consiguen perder peso restringiendo de forma intensa la ingesta de alimentos. Con frecuencia comienzan excluyendo lo que piensan que son alimentos ricos en calorías y pasan a una dieta muy limitada. Otros métodos de pérdida de peso incluyen **purga** (vómitos autoinducidos) o abuso de laxantes o diuréticos (se muestra en la figura 14-3 ■). Tienen un intenso miedo a ganar peso, aun cuando estén **emaciados** (excesivamente delgados, consumidos). **Caquexia** es otro término que a veces se utiliza para describir a estos pacientes con una consunción muscular extrema. El cuadro 14-1 ■ ofrece los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa.

Otra característica de los pacientes con anorexia nerviosa es la distorsión de cómo perciben el tamaño y la forma de su cuerpo (figs. 14-4 ■ y 14-5 ■). Algunos pacientes saben que están delgados, pero les preocupa que partes de su cuerpo, especialmente el abdomen, los muslos y las nalgas, sean demasiado grandes. La autoestima de los pacientes con anorexia nerviosa está estrechamente vinculada al tamaño y la forma corporales. Se considera que la pérdida de peso es una mejoría y un signo de autocontrol extraordinario. El aumento de peso se convierte en un fracaso inaceptable del autocontrol. Algunos pacientes con el trastorno admiten que están delgados, aunque típicamente niegan las graves implicaciones médicas de su enfermedad (APA, 2000a). La tasa de mortalidad de la anorexia nerviosa es del 5-10%. Revise las complicaciones físicas de los trastornos de la conducta alimentaria en la figura 14-1.

CUADRO 14-1

Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa

- Negativa a mantener un peso corporal mínimamente normal para su edad y altura o mayor que el mismo. Esto significa una pérdida de peso que da lugar al mantenimiento de un peso corporal menor del 85% de lo esperado.
- Miedo intenso a ganar peso o a hacerse obeso, aun cuando tenga peso insuficiente.
- Trastorno de la forma en la que se percibe el peso o la forma del propio cuerpo, influencia anormal del peso o la forma corporal sobre la autoevaluación, o negación de la gravedad del bajo peso corporal actual.
- Amenorrea (ausencia de al menos tres períodos menstruales en una mujer después de la pubertad)

Hay dos tipos de anorexia nerviosa:

- **Tipo restrictivo**, con pérdida de peso mediante dietas, ayuno o ejercicio excesivo
- **Tipo de atracones/purgas**, en el que el paciente habitualmente tiene una conducta alimentaria con atracones o purgas (o ambos) durante el episodio actual. La purga incluye los vómitos inducidos o el abuso de laxantes, diuréticos o enemas. Algunos pacientes con anorexia nerviosa se dan atracones y se purgan, y otros se purgan después de comer sólo cantidades pequeñas.

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



Figura 14-4. ■ Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tienen distorsión de la percepción de su tamaño corporal. *Fuente:* Custom Medical Stock Photo, Inc.

El término *anorexia* es un nombre inexacto para esta enfermedad. Significa «pérdida de apetito». De hecho, los pacientes con anorexia nerviosa siguen teniendo una sensación normal de hambre y de apetito.

Habitualmente el paciente afectado es llevado a los profesionales sanitarios por sus padres. Debido a la negación del paciente o a su falta de introspección, los padres pueden ser mejor fuente de información sobre la historia de los síntomas del paciente. Asegúrese de seguir la política de su institución sobre la confidencialidad y la comunicación de la información de los pacientes antes de discutir la enfermedad del paciente con sus padres. Los padres pueden dar información al personal de enfermería, aunque el profesional de enfermería debe tener cuidado sobre la información que da a los padres sin permiso del paciente.

El 90% de los pacientes con anorexia nerviosa son mujeres. El inicio antes de la pubertad es infrecuente. Típicamente comienza a mediados o finales de la adolescencia (14-18 años de edad), y raras veces empieza después de los 40 años. Algunas personas se recuperan completamente después de un único episodio. Otras tienen un patrón fluctuante que incluye

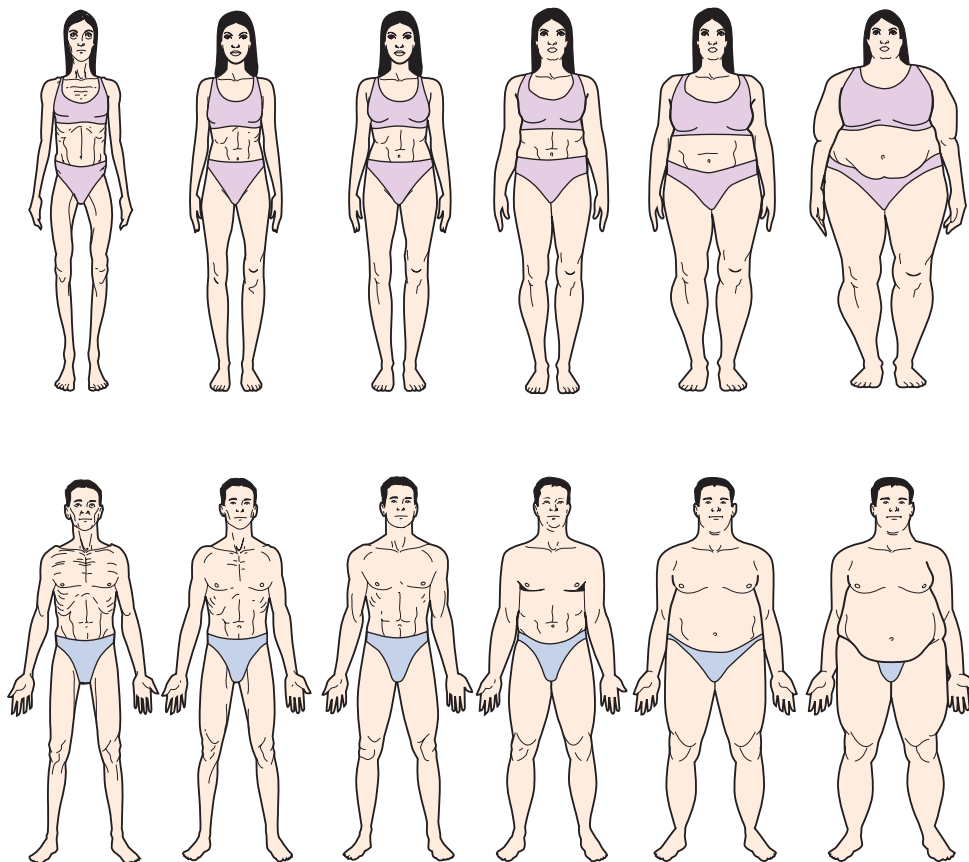


Figura 14-5. ■ Valoración de la imagen corporal. Se puede utilizar un dibujo como este de varias formas. (1) Se puede preguntar a los pacientes qué imagen les representa mejor. Esto valora la exactitud de la imagen corporal del paciente. Los pacientes anoréxicos con frecuencia piensan que tienen más volumen de lo que realmente tienen. (2) Se puede preguntar a los pacientes qué imagen representa mejor su ideal. Esto valora si un paciente tiene una imagen corporal positiva (la imagen es similar a la imagen del propio cuerpo del paciente) o una imagen corporal negativa (imagen diferente). *Fuente:* Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing by Kneisl/Wilson/Trigoboff, © Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, NJ.

aumento de peso seguido por una recaída. Otras tienen una evolución con deterioro crónico a lo largo de muchos años (APA, 2000a).

Este trastorno se asocia con frecuencia a rasgos obsesivos y/o compulsivos, relacionados o no con los alimentos. La mayoría de los pacientes con el trastorno están preocupados por pensamientos de comida. Pueden coleccionar recetas o almacenar alimentos. Estos síntomas, además de la depresión, se pueden deber a los efectos fisiológicos de la malnutrición. Los pacientes con anorexia nerviosa pueden tener preocupaciones sobre comer en público, una fuerte necesidad de controlar su entorno, pensamiento inflexible, perfeccionismo, escasa espontaneidad social, sentimientos de ineficacia, ausencia de iniciativa y expresión emocional tensa. Muchos también tienen un trastorno de la personalidad. Los que tienen el tipo de atracones/purga tienen mayor probabilidad de tener otros problemas del control de los impulsos, abusar del alcohol o de drogas, tener un estado de ánimo inestable, ser activos sexualmente, tener mayor frecuencia de intentos de suicidio y tener trastorno límite de la personalidad (APA, 2000a).

Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa es más frecuente que la anorexia. Las características esenciales de este trastorno son atracones de comida (como en la figura 14-6 ■) y métodos compensadores inadecuados para evitar ganar peso. La autoevaluación de los pacientes con bulimia nerviosa depende mucho de la forma y peso corporales. El atracón de comida, al que habitualmente siguen vómitos inducidos, se produce al menos 2 veces a la semana (APA, 2000a).

Se define un **atracon** como comer en un período escaso de tiempo (habitualmente dos horas) una cantidad de alimentos que es claramente mayor de lo que la mayoría de las personas comería en circunstancias similares. El picoteo durante el día no constituye un atracón. El alimento típicamente incluye ali-

mentos ricos en calorías y carbohidratos, como pasteles y helados. La alimentación en atracones se caracteriza más por la cantidad de alimento consumido que por el tipo de alimento consumido. Un atracón puede o no estar planificado por adelantado, y el alimento habitualmente se come rápidamente (APA, 2000a). Un episodio de atracón se caracteriza por sensación de pérdida de control. Las personas con frecuencia están avergonzadas de su conducta alimentaria y habitualmente se dan los atracones en secreto. Un atracón puede estar desencadenado por un estado de ánimo triste, un episodio estresante, hambre por haber estado a dieta o sentimientos en relación con la imagen corporal, el aspecto o el peso. El atracón puede aliviar temporalmente el estrés o el estado de ánimo bajo, aunque la vergüenza y la autocrítica son recurrentes.

El método más frecuente de compensar los atracones es la purga mediante la inducción del vómito, habitualmente estimulando el reflejo nauseoso. Los pacientes refieren que el vómito alivia la sensación de molestia física y reduce el miedo a ganar peso. Algunos pacientes con bulimia nerviosa abusan de laxantes y diuréticos después de los atracones. Algunos utilizan erróneamente enemas después de los atracones.

Los pacientes con bulimia nerviosa pueden realizar ejercicio excesivo en un intento de perder peso. El ejercicio se hace excesivo cuando interfiere significativamente con otras actividades importantes, cuando se realiza en momentos inadecuados o en situaciones inadecuadas, o cuando la persona sigue haciendo ejercicio a pesar de haber tenido lesiones.

Para los pacientes con bulimia nerviosa, la forma corporal y el peso son los factores más importantes que determinan su autoestima. Los pacientes con bulimia habitualmente están dentro del intervalo de peso normal, aunque pueden estar ligeramente por encima o por debajo. El cuadro 14-2 ■ presenta los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa.

Los pacientes que tienen bulimia nerviosa tienen aumento de la prevalencia de depresión y ansiedad. Este grupo también tiene mayor prevalencia de abuso de sustancias, especialmente alcohol y estimulantes, y de trastorno límite de la personalidad. El 90% de los pacientes con bulimia nerviosa son mujeres. La bulimia nerviosa habitualmente comienza al final de la adolescencia o al comienzo de la vida adulta. La evolución puede ser crónica o intermitente, y los síntomas de muchos pacientes disminuyen a lo largo del tiempo.

Trastorno de la conducta alimentaria por atracón

Actualmente se está estudiando el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria por atracón. Se caracteriza por los episodios de atracones y las conductas compensadoras que se utilizan en la bulimia (vómitos, laxantes, enemas, ejercicio excesivo).

Igual que en la bulimia nerviosa, los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria por atracón se sienten muy mal durante los episodios de atracón y después de los mismos. Tie-



Figura 14-6. ■ Un ciclo de atracones seguidos por vómitos autoinducidos se asocia a la bulimia nerviosa. Fuente: Omni-Photo Communications, Inc.

CUADRO 14-2

Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa

- A. Episodios frecuentes de atracones, que se caracterizan por los dos datos siguientes:
1. Comer en poco tiempo (período de 2 horas) una cantidad de alimentos que es claramente mayor de lo que la mayoría de las personas comería durante un período de tiempo similar en circunstancias similares.
 2. Sensación de ausencia de control de la alimentación durante el episodio.
- B. Conducta compensadora inadecuada y recurrente para prevenir el aumento de peso, como vómitos autoinducidos, consumo inadecuado de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno o ejercicio excesivo.
- C. La alimentación en atracones y las conductas compensadoras inadecuadas se producen en promedio al menos 2 veces a la semana durante al menos 3 meses.
- D. La autoevaluación está influida de forma inadecuada por la forma y el peso corporales.

Hay dos tipos de bulimia nerviosa:

- **Tipo purgativo.** Durante el episodio de bulimia nerviosa el paciente se ha inducido con frecuencia vómitos o ha utilizado erróneamente laxantes, diuréticos o enemas.
- **Tipo no purgativo.** Durante el episodio el paciente ha utilizado otras conductas compensadoras inadecuadas para los atracones (como ayuno o ejercicio excesivo), pero no ha inducido habitualmente vómitos ni ha utilizado erróneamente laxantes, diuréticos o enemas.

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

nen sentimientos de pérdida de control sobre la conducta alimentaria con atracones. También están preocupados por los posibles efectos de los atracones. Igual que en la bulimia, se consumen rápidamente grandes cantidades de alimentos, cuando el paciente no tiene hambre. La persona come hasta que se siente incómodamente llena, y come sola porque siente vergüenza, malestar y culpa por comer en exceso. Al contrario que los pacientes con bulimia, los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria por atracón no se purgan habitualmente ni abusan de laxantes, diuréticos o enemas. Para justificar este diagnóstico, el paciente debe darse atracones al menos 2 veces a la semana durante 6 meses (APA, 2000a).

Los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria por atracón tienden a tener sobrepeso, mientras que los pacientes con bulimia con frecuencia tienen un peso normal o ligero sobrepeso. Los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria por atracón con frecuencia refieren que su conducta alimentaria o su peso interfieren con sus relaciones con los demás, con su trabajo y con su capacidad de sentirse bien consigo mismos. Tienden a tener más odio hacia sí mismos, malestar

sobre su tamaño corporal, depresión, ansiedad y síntomas físicos que las personas del mismo peso que no tienen el trastorno. Las mujeres tienen aproximadamente 1,5 veces más probabilidad de tener este trastorno que los varones. Típicamente comienza al final de la adolescencia o al comienzo de la tercera década. El primer episodio puede producirse después de un episodio estresante (APA, 2000a).

Varones con trastornos de la conducta alimentaria

El 10% de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria son varones. Los criterios diagnósticos de los trastornos del tratamiento de los mismos son los mismos que en las mujeres. Una diferencia es que los varones con trastornos de la conducta alimentaria tienen más probabilidad de realizar atletismo. Los varones a veces comienzan un trastorno de la conducta alimentaria por un intento de «ganar peso» para un deporte como la lucha. Los varones tienen más probabilidad que las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de ser obesos antes del comienzo del trastorno de la conducta alimentaria, y tienen menos probabilidad de tener sentimientos de culpa en relación con los episodios de atracones y purgas (Ricciardelli, Williams y Kiernan, 1999).

Los varones con trastornos de la conducta alimentaria tienden a tener depresión y alcoholismo con mayor incidencia que los varones sin trastornos de la conducta alimentaria. Los problemas psicosociales en varones y mujeres con trastornos de la conducta alimentaria son similares (Woodside y colaboradores, 2001).

Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria con frecuencia tienen dificultad para confiar en los demás, independientemente de que sean varones o mujeres. Los varones adolescentes pueden tener dificultad para expresar sus sentimientos sobre los problemas relacionados con la conducta alimentaria. Debido a esto, es especialmente importante que el profesional de enfermería establezca una relación profesional de enfermería-paciente de confianza.

Está aumentando la presión sobre los varones adolescentes para que se comparen con un físico masculino ideal que se presenta en los anuncios, las películas y los atletas profesionales (muchos de los cuales se ven obligados a consumir esteroides anabólicos). Si este proceso continúa, también puede aumentar la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria en varones.

Causas de los trastornos de la conducta alimentaria

¿Qué produce los trastornos de la conducta alimentaria? Es una buena pregunta. Un aumento de la incidencia en los familiares indica una influencia genética. Se ha descubierto una cepa de ratas que tiene un gen recesivo para la obesidad. Este descubrimiento muestra que el tamaño corporal o el contenido de grasa se pueden heredar. Estas ratas Zucker se muestran en la figu-



Figura 14-7. ■ Esta familia de ratas tiene un gen recesivo para la obesidad. Algunos descendientes heredan el trastorno y otros no. Fuente: Phototake NYC.

ra 14-7 ■. Una influencia biológica también está indicada por el hecho de que la reducción de la serotonina (que produce depresión) reduce la sensación de saciedad (repleción) y aumenta la ingesta de alimentos. Los síntomas depresivos son frecuentes en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Los teóricos psicológicos indican que los conflictos de separación tempranos, la sensación de indefensión, la dificultad para interpretar los sentimientos, la intolerancia a las emociones intensas y el miedo a la madurez pueden predisponer a una persona a un trastorno de la conducta alimentaria. Las mujeres que se dan atracones refieren estado de ánimo bajo, vergüenza, culpa y mayores fluctuaciones de la autoestima (Greeno, Wing y Shiffman, 2000).

Los factores ambientales y las experiencias también pueden predisponer a una persona a tener un trastorno de la conducta alimentaria. El abuso sexual aumenta la probabilidad de que una mujer tenga vergüenza y culpa en relación con su cuerpo, desprecie su cuerpo y tenga un trastorno de la conducta alimentaria (Petrie y Tripp, 2001).

CUADRO 14-3

Problemas de control para los profesionales de enfermería

Las respuestas de los profesionales de enfermería a los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria puede interferir con la asistencia de los pacientes cuando:

- Al sentirse superado por los problemas del paciente, el profesional de enfermería establece reglas demasiado rígidas para el paciente para que tenga algún control.
- El profesional de enfermería, sintiéndose incapaz de ayudar al paciente, está resentido y enfadado con el paciente.
- El profesional de enfermería ve a otros miembros del personal frustrados con el paciente y crea una alianza oculta con el paciente en lugar de trabajar con el personal para mejorar la asistencia del paciente.

Se han propuesto los **problemas del control** como posible factor que contribuye a la anorexia nerviosa. La idea es que la persona tiene pérdida de control sobre el entorno vital (tal vez por una familia perfeccionista con expectativas inalcanzables). La persona busca el control y la satisfacción donde la puede encontrar, en negarse a consumir alimentos. El control del entorno también es importante para los profesionales de enfermería. El cuadro 14-3 ■ muestra algunas formas en las que los problemas de control pueden afectar a la asistencia de enfermería.

Los teóricos conductistas piensan que los niños aprenden a relacionarse con los alimentos en fases tempranas de la vida. Pueden aprender que cuando no pueden obtener afecto de las personas que les rodean, el alimento puede ofrecer cierta satisfacción y sensación de tranquilidad y compostura. Aprender a utilizar el alimento como mecanismo de afrontamiento o sustituto del afecto puede dar lugar a obesidad. Un abordaje conductual de la anorexia indica que evitar los alimentos alivia la densidad. El tratamiento conductual incluiría practicar y aprender nuevas formas de controlar la ansiedad.

Los padres que ponen demasiado énfasis en el rendimiento atlético, recompensan la delgadez o expresan desaprobación de las personas con sobrepeso hacen que sus hijos tengan riesgo. Los padres que actúan como modelo de conductas alimentarias poco saludables también hacen que sus hijos estén en situación de riesgo, porque los niños aprenden la conducta que ven. Algunos ejemplos de conducta alimentaria poco saludable son comer en exceso en situaciones de estrés, no comer en situaciones de estrés y utilizar el alimento como recompensa.

Las expectativas de perfección y mantenimiento de una forma corporal más delicada aumentan la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria en algunos grupos. Esta presión, y la competición con los demás para ser el mejor o el más delgado, puede ser la fuerza subyacente al aumento de la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria en personas que participan en gimnasia y danza (especialmente *ballet*). Las figuras 14-8 ■ y 14-9 ■ muestran a la gimnasta Christy Henrich en las pruebas olímpicas y varios años después, inmediatamente antes de morir por un trastorno de la conducta alimentaria a los 22 años.

Los teóricos cognitivos proponen que los trastornos de la conducta alimentaria se deben a distorsiones cognitivas (distorsión del pensamiento). Los pacientes con anorexia nerviosa tienden a tener **reacciones catastróficas**, lo que significa que consideran que un pequeño acontecimiento es una gran catástrofe. Por ejemplo, «Si gano medio kilo, no cabré en la ropa». También tienden a utilizar pensamiento dicotómico, que es similar al pensamiento en blanco y negro. Para alguien con pensamiento dicotómico, algo es o todo de una manera o todo de la contraria. Los ejemplos son: «Si no estoy delgado, estaré inmensamente gordo», y: «Si como algo, perderé el control y ganaré 50 kilos». La terapia cognitiva se centra en modificar el pensamiento distorsionado.

Las personas aprenden sus sentimientos sobre los alimentos y la conducta alimentaria cuando aprenden sobre su cultura. La conducta alimentaria puede simbolizar el afecto paterno. Sim-



Figura 14-8. ■ La gimnasta Christy Henrich actúa en los Juegos Olímpicos. Fuente: AP Wide World Photos.

boliza la celebración de las fiestas. También puede simbolizar la pérdida de control. El cuadro 14-4 ■ discute la conexión cultural con los trastornos de la conducta alimentaria según la propuesta de Perez, Voeltz, Pettit y Joiner (2002).

Los trastornos de la conducta alimentaria suponen actitudes y mecanismos de afrontamiento que son percibidos por los pacientes como partes importantes de sí mismos. Por lo tanto, es muy difícil modificar los patrones alimentarios maladaptativos. Muchas personas con trastornos de la conducta alimentaria se sienten amenazadas por la idea de la terapia. Son incapaces de ver alternativas a su conducta que les permitan afrontar sus



Figura 14-9. ■ En esta fotografía, Christy muestra los signos de su enfermedad. Se obtuvo poco antes de su muerte a los 22 años por anorexia. Fuente: Getty Images Inc.—Hulton Archive Photos.

CUADRO 14-4

CONSIDERACIONES CULTURALES

Cómo la cultura afecta a la imagen corporal

Hace 50 años la percepción de la belleza femenina todavía incluía mamas, muslos y nalgas grandes y voluptuosos. En el mundo no industrializado todavía se considera que las personas bien alimentadas son saludables y hermosas. En la cultura de los países industrializados se ha introducido recientemente una visión de la belleza que incluye la delgadez extrema. En los anuncios y los medios de comunicación se representa a mujeres que tienen un estándar casi inalcanzable de forma corporal. El 3% de las mujeres de los países industrializados tendrán un trastorno de la conducta alimentaria en algún momento de su vida. Como consecuencia de la globalización de la cultura occidental, la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria está aumentando en todos los grupos sociales y étnicos del mundo industrializado.

agentes estresantes. Por estos motivos, el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria es difícil. Precisa un esfuerzo prolongado por parte de los pacientes, sus familias y el equipo sanitario. Se debe utilizar una combinación de estrategias para tratar los trastornos de la conducta alimentaria.

Asistencia integral

Los resultados terapéuticos deseados en los trastornos de la conducta alimentaria son los siguientes (APA, 2000b):

- Patrones alimentarios saludables
- Función física corporal normal (valores de laboratorio, función orgánica, peso corporal de al menos el 85% del peso típico para la edad, IMC menor de 25)

FÁRMACOS

No se ha encontrado que los fármacos sean eficaces en el tratamiento general de los trastornos de la conducta alimentaria. Algunos pacientes responden a los antidepresivos, especialmente TCA en dosis bajas e ISRS como fluoxetina. Estos fármacos se han utilizado con éxito para reducir el estado de ánimo y los síntomas obsesivos-compulsivos y prevenir las recaídas en algunos pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, los efectos parecen ser poco duraderos (Zhu y Walsh, 2002). Se ha utilizado la olanzapina, un antipsicótico, para tratar la extraña distorsión de la imagen corporal de la anorexia nerviosa, y porque tiene como efecto adverso el aumento de peso.

TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL

Se utilizan diversos abordajes terapéuticos en los trastornos de la conducta alimentaria. Se ha utilizado con éxito la terapia cognitiva-conductual en pacientes con bulimia nerviosa. Se ha mostrado que reduce los atracones y las purgas. Debido a la con frecuencia extensa afectación de la familia, la terapia familiar es una técnica popular para el tratamiento de la anorexia

nerviosa. Un importante obstáculo al tratamiento es que las compañías de seguros con frecuencia no cubren el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria o lo financian de forma insuficiente.

Lo ideal sería que los trastornos de la conducta alimentaria se trataran de forma ambulatoria, porque cuando son necesarios cambios del estilo de vida, los pacientes tienen más éxito cuando pueden practicar sus nuevas conductas en su domicilio. Los pacientes ambulatorios tienen más autonomía, que es importante en estos trastornos. Sin embargo, en ocasiones es necesario el ingreso hospitalario. Los pacientes que tienen alteraciones hídricas y electrolíticas potencialmente mortales, insuficiencia orgánica o incapacidad completa de comer deben ingresar en el hospital. A corto plazo se ha utilizado la alimentación con sonda y la nutrición parenteral total para tratar la malnutrición aguda.

Obesidad

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

El ministerio de sanidad de EE. UU. refiere que los riesgos de sobrepeso o de la obesidad pronto pueden producir tantas enfermedades y muertes como el tabaquismo. El sobrepeso en un adulto se determina por el **índice de masa corporal (IMC)**. El IMC se define como el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros. Se diagnostica sobrepeso cuando el IMC está entre 25 y 29,9, mientras que un IMC 30 o más indica obesidad. El riesgo de muerte aumenta a medida que el IMC supera el valor de 30. El 25% de los adultos estadounidenses tiene obesidad (Blackburn y Davies, 2003). La figura 14-10 ■ muestra la medición del grosor del pliegue cutáneo de un varón, que es otra técnica para evaluar la grasa.

Muchas personas con sobrepeso tienen un grupo de factores de riesgo importantes que constituyen una enfermedad llamada síndrome metabólico. El síndrome metabólico incluye:

- Obesidad abdominal
- Lípidos séricos anormales (aumento de los triglicéridos y disminución de las lipoproteínas de alta densidad)
- Elevación de la presión arterial
- Resistencia insulínica
- Aumento de la coagulación de la sangre

Este síndrome está producido por una nutrición y un ejercicio inadecuados. El síndrome aumenta significativamente el riesgo cardiovascular, como el riesgo de cardiopatía y accidente cerebrovascular. La pérdida de peso es el principal objetivo del tratamiento. Incluso traducciones pequeñas del peso (del 5-10% del peso corporal inicial) producen mejorías clínicas significativas (Blackburn y Bevis, 2003).



Figura 14-10. ■ Los calibres miden el grosor del pliegue cutáneo, lo que estima el porcentaje de grasa corporal del paciente. Fuente: Dorling Kindersley Media Library.

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

CAUSAS

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

ASISTENCIA INTEGRAL

Para perder peso se debe consumir más energía de la que se ingiere a diario. La probabilidad de éxito en el mantenimiento a largo plazo de la pérdida de peso aumenta con lo siguiente (Blackburn y Bevis, 2003):

- Objetivos realistas de pérdida de peso (el 5-10% del peso corporal inicial)
- Cambio de los patrones alimentarios de modo que incluyan menos alimentos ricos en calorías y poco nutritivos, y más alimentos con poca energía y con elevada densidad de nutrientes, como frutas y verduras
- Apoyo social
- Planes alimenticios estructurados, para evitar los errores de comprensión y los errores de medición en las cantidades de alimentos
- Registro de los alimentos, para hacer que sea consciente
- Actividad física moderada la mayor parte de los días, cuando no todos

Estos cambios del estilo de vida son muy lógicos. El problema es llevarlos a la práctica. Los cambios del estilo de vida son claramente difíciles. Los profesionales de enfermería pueden ayudar siendo modelos de rol de conductas saludables y reconociendo la dificultad del reto. Reconozca que nuestra cultura valora la delgadez y el aspecto físico y no las cualidades internas y los puntos fuertes (la figura 14-11 ■ muestra un ejemplo del estándar estadounidense de belleza), aunque no debe ser de esta forma (National Eating Disorders Association, 2007). Hay esperanza. El cambio es posible, aunque reconozca el reto y dé al paciente mucho apoyo. Una vez que el paciente comienza un programa de ejercicio frecuente, la mayor sensación de bienestar será muy reconfortante.



Figura 14-11. ■ La actriz Lara Flynn Boyle, que representa un estándar de belleza, en los premios Blockbuster Awards en Los Ángeles. *Fuente:* AP Wide World Photos.



Figura 14-12. ■ El estigma contra la obesidad deja a muchas personas solas. *Fuente:* Getty Images Inc.—Stone Allstock.

El estigma contra las personas obesas es fuerte. Se rechaza a las personas para trabajos y para alojamientos, se les mira fijamente, se abusa de ellos, se les hace burla y se les humilla (la figura 14-12 ■ muestra un niño obeso solo en la playa). Algunas personas obesas intentan formar una red social que permitirá que las personas obesas entren en contacto con otras que comprendan sus sentimientos y les acepten como son, y para defender el tratamiento justo de personas de todos los tamaños. Formaron la National Association to Advance Fat Acceptance (Asociación nacional para fomentar la aceptación de la grasa). La figura 14-13 ■ muestra a dos miembros en una pausa de la convención de la asociación.

La colaboración entre profesionales sanitarios y padres para ayudar a los padres a inspirar actitudes que hagan que los niños sean resilientes frente a los trastornos de la alimentación probablemente sea la mejor forma de prevenir los trastornos de la alimentación. La National Eating Disorders Association tiene 10 estrategias que pueden utilizar los padres para prevenir el



Figura 14-13. ■ Dos miembros de la National Association to Advance Fat Acceptance hacen una pausa en la convención nacional. *Fuente:* PhotoEdit Inc.

desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en sus hijos (Levine y Smolak, 2006):

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

Dé a niños y niñas las mismas oportunidades y el mismo estímulo. Tenga cuidado de no indicar que las mujeres son menos importantes que los varones, como no dejando que los varones hagan las tareas del hogar o cuiden a los niños. Un sentido sólido del propio yo y una autoestima positiva sólida son los mejores antidotos frente a las dietas y los trastornos de la conducta alimentaria.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

La valoración de un paciente con pérdida o aumento de peso debe comenzar con información subjetiva sobre la experiencia del paciente. Imagine que tenemos dos adolescentes muy delgadas en la consulta. Una dice que se encuentra bien y que podría mejorar con un poco más de pérdida de peso. La segunda paciente podría decir: «He tenido mucha hambre, y he comido y bebido todo lo que tenía a la vista, pero sigo perdiendo peso». La primera paciente puede tener anorexia nerviosa, y la segunda puede tener diabetes de tipo 1 no tratada. No olvidemos que hay enfermedades médicas generales que producen aumento y pérdida de peso.

Otros datos subjetivos que se deben aportar incluyen información sobre la imagen corporal del paciente. Una imagen como la de la figura 14-5 es útil para valorar si un paciente tiene una imagen corporal realista. En la anorexia nerviosa es muy frecuente una imagen distorsionada del propio yo delgado como obeso, aunque no aparece en la bulimia ni en el trastorno de la conducta alimentaria por atracón. La percepción por el paciente de su cuerpo y sus actitudes sobre la conducta alimentaria también mostrarán si el paciente tiene distorsión cognitiva (distorsión del pensamiento) en relación con la forma y el peso corporales.

Otra valoración subjetiva importante se refiere a cuál es la finalidad para el paciente del trastorno de la conducta alimentaria. ¿Aleja el énfasis de una dinámica familiar poco saludable? ¿Da al paciente control en una situación caótica? ¿La purga alivia la ansiedad? ¿Los atracones dan al paciente algún bienestar transitorio (antes de la vergüenza y la sensación embarazosa)? Aunque esta información es importante para la inspección del paciente, es difícil descubrirlo.

Los hallazgos objetivos incluyen los siempre populares signos vitales y el peso. Espere que el médico pida pruebas de laboratorio que indiquen el estado nutricional del paciente, y si un trastorno de la conducta alimentaria ha afectado a la función orgánica. Una valoración inicial bien documentada es importante para tener un punto de comparación para evaluar el progreso del paciente durante el tratamiento.

Pesar a los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria puede ser problemático. Los pacientes pueden intentar por todos los medios que parezca que han ganado o mantenido el

peso. Algunos pacientes se han despertado por la noche para beber grandes volúmenes de agua, han llenado de monedas los calcetines, se han puesto ropa adicional y han ocultado objetos pesados en la ropa. Aquí serán útiles las habilidades de resolución de problemas del profesional de enfermería.

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

Algunos diagnósticos de enfermería frecuentes en pacientes con trastornos la conducta alimentaria incluyen:

- Desequilibrio nutricional: por defecto
- Desequilibrio nutricional por exceso
- Afrontamiento ineficaz
- Trastorno de la autoestima
- Impotencia
- Trastorno de la imagen corporal

Los resultados deseados en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria son que el paciente podrá:

- Establecer patrones alimentarios saludables (sin atracones ni purgas).
- Mantener un peso corporal de al menos el 85% del peso deseado para su edad y su altura.
- Mantener un índice de masa corporal menor de 25.
- Manifestar verbalmente comentarios positivos sobre el sí mismo distintos al aspecto físico.
- Describir una imagen realista del propio cuerpo.
- Demostrar la sensación de seguridad en sí mismo (poder sobre los propios resultados) mediante el establecimiento de objetivos personales realistas.

Afrontamiento ineficaz

Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria prácticamente siempre tienen habilidades de afrontamiento ineficaces. Pueden tener conductas autodestructivas (dejarse morir de hambre, purgas, atracones u otras autolesiones), imposibilidad de pedir ayuda, escaso control de los impulsos, incapacidad de satisfacer sus necesidades nutricionales básicas, incapacidad de modificar sus conductas, negación de la enfermedad y habilidades insuficientes de resolución de problemas. El profesional de enfermería debe elegir intervenciones adecuadas para los pacientes individuales.

- Anime al paciente a que exprese sus sentimientos. *Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria con frecuencia tienen dificultad para expresar sus sentimientos. La expresión verbal de los sentimientos puede reducir la ansiedad y disminuir la necesidad de purgas. La práctica con la expresión de los sentimientos ayuda al paciente a aprender a reconocer sus propios sentimientos.*
- Discuta los sentimientos que tiene el paciente antes de los atracones o de las purgas. Mantener un diario de los

sentimientos permite tener un registro de cómo se producen y cambian los sentimientos del paciente. Puede ayudar al paciente a desarrollar introspección. *Si el paciente puede reconocer los sentimientos o situaciones que preceden a los atracones o a la conducta de purga, puede ser capaz de parar antes de realizar estas conductas.*

- Ayude al paciente a explorar formas alternativas de responder a los sentimientos de frustración, la ira y la ansiedad que no incluyan los alimentos. *Si el paciente puede identificar y planificar la utilización de conductas para aliviar la ansiedad que no supongan alimentos ni purgas (como hablar con un amigo), tendrá una alternativa saludable cuando aparezcan los sentimientos desencadenantes. Es importante separar los sentimientos del alimento.*
- Anime al paciente a que coma con otras personas. *Comer con otras personas quitará el secretismo a la conducta alimentaria y ofrecerá un modelo de rol para la conducta normal. Esto es muy estresante para los pacientes con anorexia nerviosa.*
- Ayude al paciente a explorar sus puntos fuertes personales que no se relacionan con la alimentación ni con el aspecto. *El autoconcepto del paciente puede mejorar descubriendo sus puntos fuertes personales. Es importante que el paciente con un trastorno de la conducta alimentaria reconozca que el aspecto no define el carácter de una persona.*

Desequilibrio nutricional por defecto

El paciente puede tener pérdida de peso, abuso de laxantes o diuréticos, atracones de comida, purgas, comida compulsiva o malnutrición.

- Ofrezca un entorno seguro. *La seguridad es la primera prioridad. Si el paciente está en riesgo fisiológico por la malnutrición, el equipo terapéutico debe comenzar con el objetivo de mantener una nutrición adecuada.*
- Ayude al paciente a desarrollar un plan diario de comidas que satisfaga sus necesidades nutricionales. Consulte con el dietista. *El paciente se ha centrado en los alimentos y puede ser experto en el contenido en calorías de los alimentos. Sin embargo, el paciente necesitará información específica sobre la planificación de comidas saludables. El dietista está especializado en el área de la nutrición saludable y la planificación de las comidas y es un recurso importante para los profesionales de enfermería y los pacientes.*
- Pase tiempo con el paciente después de las comidas. Discuta los sentimientos del paciente. *Cuando el paciente ha desarrollado el hábito de purgarse después de comer, puede tener intensos sentimientos de ansiedad después de las comidas. La presencia del personal de enfermería le da apoyo. El paciente que come en exceso puede tener sentimientos intensos de culpa cuando come. El paciente puede comentar sus sentimientos con el personal de enfermería, lo que le ayuda desarrollar introspección. La presencia del profesional de enfermería elimina el secretismo asociado a la comida y a la purga, y hace que sea imposible la purga. La presencia del personal de enfermería distrae el deseo del*

paciente de purgarse. El equipo terapéutico puede decidir restringir el acceso al baño después de las comidas.

- Implice al paciente en una actividad distraída después de las comidas. *Una actividad distraída, como pasear, hablar o jugar a las cartas, puede ayudar al paciente a dejar de centrarse en las purgas o en ganar peso y puede dar al paciente práctica en la realización de actividades saludables como alternativa a las purgas.*
- Ayude al paciente a identificar situaciones y sentimientos que desencadenan los atracones y las purgas. Anime al paciente a que avise al profesional de enfermería cuando se produzcan estos sentimientos, y después discuta la resolución de problemas con el paciente. *El objetivo es que el paciente comprenda sus sentimientos e interrumpa la urgencia de realizar una conducta poco saludable, sustituyéndola en último término por alternativas saludables. El profesional de enfermería puede ayudar al paciente en su paso por este proceso.*
- No sea crítico en sus interacciones con los pacientes, aun cuando su conducta sea inadecuada. *Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria ya tienen sentimientos de autoestima baja, culpa y vergüenza. La función del profesional de enfermería es ayudar al paciente a desarrollar una conducta saludable, no castigar al paciente por su escaso juicio.*

EVALUACIÓN

La evaluación de la eficacia de las intervenciones de enfermería es una parte continua del proceso de enfermería. Los objetivos de peso corporal del paciente serán mantener un peso corporal de al menos el 85% del peso típico para la edad con un índice de masa corporal (IMC) menor de 25. El objetivo conductual es tener patrones alimentarios saludables, incluyendo una nutrición adecuada sin atracones ni purgas. Los objetivos cog-

nitivos son que los pacientes tengan una percepción realista de sí mismos y una autoestima positiva distinta a su aspecto físico.

CONSIDERACIONES AL ALTA

Los profesionales de enfermería pueden tener una función muy importante en la educación sobre conductas alimentarias saludables. En el cuadro 14-5 ■ se muestran algunas estrategias que puede utilizar el profesional de enfermería.

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Paciente con bulimia nerviosa

Katie Clark es una paciente de 18 años de edad que acude por primera vez a la consulta de trastornos de la conducta alimentaria en la que usted trabaja como profesional de enfermería. Katie viene acompañada por su madre, que describe los hábitos alimentarios de Katie como «vergonzosos». Edna Clark afirma que encontró anoche a Katie en la cocina «atiborrándose de todo lo que veía». Después oyó a Katie vomitar en el baño. Edna buscó en el dormitorio de Katie. Encontró cajas de laxantes y varias botellas de enema. También había cajas de diuréticos de venta sin receta y preparados herbales para perder peso y prevenir la retención de líquidos. Katie dijo que necesitaba los fármacos para evitar ganar peso.

Durante el arrebato de su madre, Katie está sentada callada en una silla con la cabeza baja. Cuando pide a Katie que describa lo que le ha pasado, dice: «Todo es verdad. He intentado por todos los medios perder peso, pero tengo esta incontrolable necesidad de comer y comer; después tengo que librarme de

CUADRO 14-5 LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

Estrategias para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria

- ✓ Aborde nuestra obsesión cultural con la delgadez como un problema físico, psicológico y moral.
- ✓ Ayude a los niños a desarrollar la autoestima en diversas áreas que trasciendan al aspecto físico.
- ✓ Discuta los roles de mujeres y varones en nuestra sociedad, más allá de su aspecto.
- ✓ Pida a los padres que examinen sus propias actitudes sobre los alimentos y que piensen en cómo estas actitudes afectan a la forma en la que manejan el alimento con sus hijos.
- ✓ Anime a los padres a aprender a identificar la conducta de hambre de sus hijos, la conducta de soledad y la necesidad de afecto. Insista en que deben responder a cada una de estas

necesidades (no con alimento para todas las necesidades). Anímeles a que aprendan a diferenciar entre hambre para obtener alimento y hambre para obtener afecto.

- ✓ Permita que los niños determinen sus necesidades y alimentación: abandonar la necesidad de «limpiar el plato».
- ✓ No haga comentarios ofensivos sobre las personas con sobrepeso.
- ✓ Enseñe que los padres nunca deben insistir demasiado en el éxito (esperando la perfección) en el atletismo.
- ✓ Sea un buen modelo de rol de alimentación saludable. Coma alimentos variados y nutritivos. Evite comer en exceso en situación de estrés o no comer nada en absoluto en situación de estrés.
- ✓ Deje claro que la delgadez no es lo mismo que la felicidad.

ello. Me odio a mí misma. No tengo autocontrol. Si gano peso la gente se reirá de mí, como hacen con mi tía Charlotte».

Valoración. La paciente le dice que toda su vida la han comparado con su tía Charlotte, que está bastante obesa. Siempre que hace algo que no le gusta a su madre, su madre dice: «Oh, eres igual que tu tía Charlotte». Se ve a sí misma convirtiéndose en otra tía Charlotte.

Cuando le pregunta qué le lleva a empezar un atracón, afirma que cuando tiene ansiedad o está enfadada se da atracones. Su madre vigila todo lo que come Katie, así que habitualmente se da atracones por la noche, cuando su madre está dormida. Anoche estaba despierta pensando en su cita de hoy y se puso «nerviosa». Entonces se levantó y empezó a comer. Su madre la encontró y dijo: «¿Quieres parecerte a tu tía Charlotte?» Katie se sintió avergonzada por sus acciones y fue al baño para inducir el vómito. Katie le dice que se siente incapaz de controlar su situación. Dice que utiliza habitualmente laxantes y diuréticos para mantener un peso bajo. A veces está tan ansiosa que lo único que le ayuda es «mucha comida». Usted le pregunta por su autoestima. Para ella se relaciona directamente con su peso y su aspecto. Katie se siente como si sus pensamientos sobre el peso estuvieran empezando a «consumirla», y le pide ayuda. Dice: «Quiero ir a la universidad y tener una vida fuera de los pensamientos en la comida y el peso. Estoy cansada de esta montaña rusa».

Sus signos vitales son PA 110/76, P 70 y R 12. Mide 162,5 cm y pesa 55,3 kg, que es un peso medio para su complejidad pequeña. Si la mira en la boca observará la coloración de algunos de los dientes, lo que se podría deber a erosión del esmalte por los ácidos gástricos cuando se purga. Refiere episodios frecuentes de «pirosis».

Cuando habla con la madre sola le dice que está muy preocupada por Katie. Dice que siempre ha intentado insistir en la restricción de los alimentos con Katie. La hermana de Edna, Charlotte, le hace sentirse «avergonzada», y ve una buena parte de la personalidad de Charlotte en Katie. Tiene miedo de que Katie se convierta en un «hazmerreír» como Charlotte. «No quiero eso para mi hija».

Diagnóstico

- Afrontamiento ineficaz, relacionado con ausencia de habilidades
- Autoestima baja crónica, relacionada con ausencia percibida de autocontrol
- Impotencia, relacionada con ausencia percibida de control sobre sus pensamientos y su conducta

Resultados esperados. La paciente debe:

- Identificar al menos cinco fuentes de estrés y ansiedad en su vida.
- Elaborar una lista de cinco formas adaptativas de afrontar las fuentes identificadas de estrés y ansiedad.
- Identificar al menos tres atributos positivos que posee.

- Identificar al menos dos nuevas técnicas que intentará cuando tenga el impulso de darse un atracón y purgarse.
- Elaborar una lista de personas de apoyo con las que pueda hablar cuando le apetezca darse un atracón o purgarse.

Planificación y aplicación

- Mantenga una comunicación abierta con Katie, escuchándola de forma activa y validando sus sentimientos.
- Anime a Katie a que lleve un diario sobre sus sentimientos. Esto le ayudará a identificar qué circunstancias precipitan el estrés y la ansiedad que dan lugar a la respuesta de atracones y purgas. Pídale que haga una lista de estas situaciones y discútalas con ella. Afrontar una situación antes de que aumente puede ayudarle a cambiar la conducta.
- Ayude a Katie a desarrollar técnicas de afrontamiento positivas. Averigüe lo que ha sido útil para ella en el pasado. Averigüe quién considera que forma parte de su sistema de apoyo. ¿Tiene un profesor especial, un líder del grupo juvenil, amigos que la pueden apoyar, un asesor escolar en el que confía?
- Proponga que acuda al grupo de apoyo para pacientes con bulimia que está patrocinado por la consulta de trastornos de la conducta alimentaria. Compartir sentimientos y técnicas de afrontamiento con otras personas que tienen experiencias similares le ayudará Katie a saber que no está sola.
- Recomiende que la madre participe en un grupo de apoyo a familiares, además de un consejo individual y familiar. Como evidentemente su conducta está provocando estrés a Katie, necesita ayuda para reconocer sus conductas negativas y los cambios que puede hacer.
- Ayude a Katie a elaborar una lista de afirmaciones positivas sobre ella misma que pueda poner en el espejo del cuarto de baño. Debe leerlas cuando se levante por la mañana y antes de acostarse por la noche. Esto le ayudará a sustituir el diálogo interior negativo de Katie por sentimientos más positivos sobre ella misma.
- Anime a Katie a que coma en un entorno social, no sola y no en secreto. Propóngale que tenga un amigo que la acompañe durante las comidas y después de las mismas para apoyarla en su lucha para evitar los atracones y las purgas.
- Pida a Katie que elabore una lista de otras cosas que puede hacer en lugar de comer cuando el estrés y la ansiedad sean demasiado para ella. Tal vez llamar a un amigo, ir a dar un paseo o escribir en su diario pueden ser salidas para ella. Debe elaborar una lista de lo que le funciona.
- Anímela a identificar sus sentimientos cuando la necesidad de comer le supera. ¿Tiene hambre? ¿Está enfadada? ¿Aburrida? ¿Ansiosa? ¿Sola? ¿Triste? Invertir tiempo en identificar sus sentimientos le permitirá

considerar sus siguientes acciones y cambiar sus patrones de respuesta.

- Alabe a Katie por todos sus éxitos, y muestre su apoyo cuando exprese sus fracasos. En ningún momento mantenga una actitud crítica.

Evaluación. Katie acude a la consulta de trastornos de la conducta alimentaria 2 veces a la semana, una vez para reunirse con un asesor y una vez para acudir al grupo de apoyo. Su madre también viene a la consulta para recibir consejo familiar, y su relación con Katie ha mejorado. Ya no compara a Katie con su tía Charlotte ni con nadie más. Expresa su aprecio por Katie como la persona que es. Katie nota ansiedad antes de una presentación en la clase, una cita con un chico nuevo o un examen, aunque controla mejor sus respuestas al estrés. Cuando se despierta en mitad de la noche, abre el diario y empieza a escribir en lugar de ir a la cocina a comer. Ocasionalmente tiene recaídas y se da un atracón y se purga, pero en lugar de hacerlo 2 o 3 veces

a la semana lo hace tan sólo 1 o 2 veces al mes. El peso está estable y expresa más satisfacción con ella misma.

Pensamiento crítico en el proceso de enfermería

1. ¿Se debería implicar a la tía Charlotte de Katie en el plan asistencial de Katie?
2. ¿Por qué el profesional de enfermería debe mantener una actitud no crítica cuando trabaje con esta paciente?
3. ¿Qué pueden hacer por Katie los miembros del grupo de apoyo de trastornos de la conducta alimentaria que no pueda hacer el profesional de enfermería?

Nota: En el apéndice I puede encontrarse un comentario sobre las preguntas de pensamiento crítico.

Nota: La bibliografía y los recursos de este y el resto de capítulos se han reunido al final del libro.

Revisión del capítulo

TÉRMINOS CLAVE

amenorrea

atración

caquexia

emaciado

índice de masa corporal (IMC)

problemas del control

purga

reacción catastrófica

PUNTOS clave

- Los trastornos de la conducta alimentaria son graves y pueden ser mortales.
- Los trastornos de la conducta alimentaria afectan a la función fisiológica además de a la psicológica.
- Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tienen habilidades de afrontamiento ineficaces.
- A medida que la cultura occidental se extiende por todo el mundo, los trastornos de la conducta alimentaria están aumentando en los países industrializados.
- La actitud cultural de que la delgadez extrema define la belleza y simboliza el éxito y el autocontrol contribuye a la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria.
- La obesidad se está haciendo más frecuente y produce un aumento del riesgo cardiovascular, artritis, baja autoestima y mortalidad.
- Hay estrategias para prevenir los trastornos de la conducta alimentaria.
- Hay esperanza para los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Hay terapias eficaces.



EXPLORE MediaLink

Pueden encontrarse recursos interactivos adicionales en la página web complementaria www.prenhall.com/eby. Haga clic en «Chapter 14» y en «Begin» para seleccionar las actividades de este capítulo.

- Audio Glossary
- NCLEX-PN® review
- Case study
- Study online
- Critical thinking questions
- Matching questions
- Weblinks
- Video Case: Tamora (Anorexia Nervosa)

Protocolo asistencial de pensamiento crítico

Asistencia de un paciente con obesidad

Área de interés del examen NCLEX-PN®: Promoción y mantenimiento de la salud

Estudio de un caso: Ruby Red es una mujer estadounidense de origen europeo de 38 años de edad que ha ingresado en el hospital general por una artroplastia (sustitución) total de rodilla hace 2 días. También tiene obesidad. La Sra. Red está preocupada por su salud, su autoimagen y la recuperación de la operación. Le gustaría perder peso. En el pasado ha probado dietas para perder peso, sin éxito a largo plazo.

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional por exceso

RECOPILE DATOS

Subjetivos

Objetivos

¿Informaría usted de estos datos? Sí/No

Si así lo hiciera, ¿a quién? _____

Asistencia de enfermería

¿Cómo lo verificaría? _____

Datos recopilados

(use todos los correctos)

- 165 cm, 86,2 kg
- La paciente afirma que come cuando se siente nerviosa.
- La paciente afirma que con frecuencia come en exceso por la tarde.
- PA 128/84
- Los amigos le traen a la paciente caramelos al hospital.
- La paciente prefiere llevar ropa suelta.
- La paciente tiene dos hijos.
- Lleva casada con su marido actual 3 años.
- La paciente tiene mucho dolor cuando deambula.
- La paciente pregunta: «¿Hay una pastilla que me haga perder peso?»
- La paciente afirma que su médico nunca ha hablado con ella sobre la pérdida de peso.

Intervenciones de enfermería

(use todas las correctas, colóquelas en orden de prioridad)

- Discutir con la paciente sus motivos para querer perder peso.
- Trabajar con el dietista para determinar objetivos realistas y planificar un programa nutricional basado en la pirámide de la guía de los alimentos.
- Enseñar a la paciente que debe empezar a realizar ejercicio aeróbico tan pronto como le den de alta del hospital.
- Enseñar a la paciente la relación entre ingesta dietética, consumo de calorías con el ejercicio y el metabolismo, y peso.
- Animar a la paciente a aceptarse a sí misma como persona, tal y como es, y a perder peso por su salud y bienestar.
- Discutir estrategias para afrontar los sentimientos de formas distintas a comer en exceso.
- Discutir motivos para comer que no se relacionen con el hambre.
- Decir a la paciente que nunca debe tomar alimentos dulces.
- Fomentar una actividad física creciente al nivel de capacidad de la paciente.
- Establecer objetivos realistas para perder peso, incluyendo una discusión de los aumentos y disminuciones esperados del peso debido a los cambios hormonales y las fluctuaciones dietéticas y de la actividad física.
- Fomentar una ingesta adecuada de líquidos.
- Enseñar al marido de la paciente a monitorizar la ingesta diaria y a recompensarla o criticarla de acuerdo con su progreso.
- Discutir el uso de alimentos como medida de bienestar.

Compare su verificación con el ejemplo proporcionado en el apéndice I.

Preparación del examen NCLEX-PN®

CONSEJO PARA PASAR LA PRUEBA

Cuando una pregunta incluye los sentimientos del paciente, probablemente sean importantes. Seleccione la respuesta que le muestre que conoce la importancia de reconocer los sentimientos del paciente y de tratar al paciente con respeto.

- 1** Un paciente con un trastorno de la conducta alimentaria podría consultar con cuáles de los siguientes síntomas y signos:
 1. Taquicardia e hipertensión
 2. Hiperglucemia e hipertiroidismo
 3. Bradicardia, hipotensión y piel seca y agrietada
 4. Fiebre y piel excesivamente grasa
- 2** La madre de una paciente que está en el hospital se acerca al profesional de enfermería preocupada por su hija. Dice al profesional de enfermería que su hija ha empezado a ayunar y hacer ejercicio hasta el punto de no querer ir a clase, para poder trabajar fuera de casa. Su hija está obsesionada con su cuerpo y piensa que tiene sobrepeso cuando en realidad tiene un peso insuficiente. La mejor respuesta del profesional de enfermería a la madre sería:
 1. «Su hija está pasando una fase normal de la adolescencia. No hay nada de que preocuparse».
 2. «No es grave, salvo que usted vea que también abusa de los laxantes y vomita después de las comidas».
 3. «Su hija puede tener un trastorno de la conducta alimentaria, y necesita una valoración inmediata antes de que ponga en peligro su salud general».
 4. «Su hija puede tener un trastorno de la conducta alimentaria, pero no creo que esté en el punto en el que necesite ninguna intervención médica. Simplemente esté atenta a su situación».
- 3** ¿Cuál de las siguientes respuestas a la pérdida de peso continua en una paciente con anorexia nerviosa debería esperar el profesional de enfermería?
 1. Decepción por el fracaso de mantener el control de su cuerpo
 2. Preocupación por su salud física global
 3. Miedo a la muerte
 4. Mejoría de sus sentimientos sobre su propio yo porque mantiene el autocontrol
- 4** Cuando atiende a pacientes con enfermedades como anorexia y bulimia, el personal de enfermería también debe realizar una valoración para detectar síntomas y signos ¿de qué trastorno de la personalidad?
 1. Límite
 2. Narcisista
 3. Histriónico
 4. Pasivo-agresivo
- 5** El profesional de enfermería está atendiendo a una paciente que tiene anorexia nerviosa. ¿Cuál de las siguientes conductas, que con frecuencia se asocia a este trastorno, sería más preocupante?
 1. Ser provocadora sexualmente
 2. Expresar ideación suicida
 3. Manipular al personal
 4. Conseguir que los amigos le pasen de forma clandestina alcohol o drogas
- 6** Una madre se acerca al profesional de enfermería de la consulta intrahospitalaria de trastornos de la conducta alimentaria preocupada por la probabilidad del éxito del tratamiento de su hija. La mejor respuesta del profesional de enfermería sería:
 1. «El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria es muy eficaz. Su hija estará fuera de aquí en esta semana».
 2. «La conducta que se ve en los trastornos de la conducta alimentaria es muy difícil de cambiar. Su hija necesitará una terapia a largo plazo aun cuando salga de nuestro centro».
 3. «Siempre que su hija siga nuestras reglas, progresará rápidamente hacia la curación».
 4. «Aquí utilizamos únicamente terapia de modificación de la conducta, y hemos encontrado que es muy eficaz para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria».
- 7** ¿Cuál de los siguientes fármacos esperaría utilizar el profesional de enfermería para tratar el trastorno de la imagen corporal y la pérdida de peso asociada a la anorexia nerviosa?
 1. Olanzapina
 2. Fluoxetina
 3. Amitriptilina
 4. Loracepam
- 8** Una mujer de 90,8 kg de peso y 162,5 cm de altura tiene un índice de masa corporal (IMC) de:
 1. 18,2
 2. 34,4
 3. 22,1
 4. 32,4
- 9** ¿Cuál de las siguientes sería una buena estrategia que podrían adoptar los padres para prevenir los trastornos de la conducta alimentaria en sus hijos?
 1. Pegar en la nevera una fotografía de un modelo de rol bien proporcionado para fomentar una alimentación saludable.
 2. Animar a los niños a que coman todo lo que hay en los platos para insistir en los hábitos alimentarios saludables.
 3. Tener golosinas especiales y utilizarlas sólo como recompensas por la buena conducta.
 4. Tomar alimentos variados y nutritivos.
- 10** En la valoración de un paciente con anorexia nerviosa, el profesional de enfermería podría encontrar datos ¿de qué otras complicaciones médicas? (Seleccione todas las correctas.)
 1. Alteración de la función hepática
 2. Amenorrea
 3. Estreñimiento
 4. Insuficiencia renal
 5. Hipotermia

En el apéndice I pueden encontrarse las respuestas a las preguntas de revisión, así como un comentario del plan asistencial y el protocolo asistencial de pensamiento crítico.

Demencia y trastornos cognitivos

BREVE sinopsis

Trastorno confusional (*delirium*)

Demencia

OBJETIVOS del aprendizaje

Al finalizar la lectura de este capítulo, usted será capaz de:

1. Explicar las diferencias entre trastorno confusional (*delirium*) y demencia.
2. Identificar a los pacientes con trastornos cognitivos.
3. Describir las conductas problemáticas de los pacientes con trastornos cognitivos.
4. Aplicar el proceso de enfermería a pacientes con trastornos cognitivos.
5. Discutir las consecuencias sobre las familias de los pacientes con trastornos cognitivos

PLAN ASISTENCIAL
DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:
Paciente con EA en fase
media

PROTOCOLO ASISTENCIAL
DE PENSAMIENTO CRÍTICO:
Asistencia de un paciente
con trastorno confusional

CASOS CLÍNICOS

Trastorno confusional
(*delirium*)

Enfermedad de Alzheimer
en fase temprana

Enfermedad de Alzheimer
en fase media

Enfermedad de Alzheimer
en fase tardía

Paranoia

Afasia

Terapia de validación

Consideraciones culturales
en la asistencia del paciente
con enfermedad
de Alzheimer

Los *trastornos cognitivos* son trastornos que producen distorsión de los procesos del pensamiento. Tradicionalmente no se considera que sean enfermedades mentales. Sin embargo, se incluyen en este libro porque muchos de los síntomas y signos de los trastornos cognitivos son similares a los que se encuentran en las enfermedades mentales. Los trastornos cognitivos previamente se denominaban *trastornos orgánicos cerebrales*. (Algunos médicos mayores siguen llamándolos así.) El manual DSM-IV-TR modificó esta clasificación porque otros trastornos mentales pueden tener también componentes orgánicos o físicos. El manual DSM-IV-TR clasifica los trastornos cognitivos en el apartado «*Delirium*, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos» (American Psychiatric Association [APA], 2000).

Este capítulo va a analizar el trastorno confusional y la demencia, especialmente la demencia de tipo Alzheimer, porque son los trastornos cognitivos más frecuentes que encontrará como estudiante y como profesional de enfermería.

Trastorno confusional (*delirium*)

¿Alguna vez ha tenido confusión por fiebre elevada o después de una conmoción cerebral? Podría haber estado inquieto y haber farfullado palabras carentes de lógica. Podría no haber sabido dónde estaba. En caso positivo, entonces ha tenido un trastorno confusional. El **trastorno confusional (*delirium*)** es una situación temporal que puede alterar el nivel de conciencia. Puede afectar a la capacidad de una persona de enfocar sus pensamientos, recordar acontecimientos pasados, comprender y utilizar el lenguaje o tener una percepción exacta de los estímulos ambientales (APA, 2000). El trastorno confusional puede producir otras complicaciones y, en consecuencia, aumentar la tasa de morbilidad, por lo que es importante su reconocimiento temprano. El trastorno confusional no reconocido y no tratado puede avanzar hasta el punto en que los pacientes necesitan asistencia de enfermería en un centro de cuidados crónicos o asistencia de enfermería domiciliaria a tiempo completo después del alta. El cuadro 15-1 ■ ofrece una descripción más detallada de los criterios diagnósticos.

El trastorno confusional se puede confundir con la demencia, porque los síntomas y los signos son similares. En consecuencia, si una persona ya está diagnosticada de demencia, se pueden pasar por alto los síntomas del trastorno confusional y se pueden atribuir a la demencia (Vogel, 2005). La tabla 15-1 ■ enumera las diferencias entre ambos.

El trastorno confusional habitualmente aparece más rápidamente que la demencia. Se puede deber a una enfermedad médica (APA, 2000). También se puede deber a una respuesta psicológica o a un cambio súbito de la propia situación vital, como el traslado desde el alojamiento habitual hasta un contexto no familiar. El personal de las residencias de ancianos con frecuencia encuentra confusión temporal en pacientes a los que se traslada incluso de una habitación a otra.

CUADRO 15-1

Criterios diagnósticos del trastorno confusional debido a una enfermedad médica general

- Alteración de la conciencia con reducción de la capacidad de centrar, mantener o dirigir la atención.
- Cambio de las funciones cognitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa, establecida o en desarrollo.
- La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica general.

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

ENFERMEDADES QUE PRODUCEN TRASTORNO CONFUSIONAL

Muchas enfermedades pueden producir trastorno confusional. El cuadro 15-2 ■ enumera las causas más frecuentes. Cuando se hace un diagnóstico de trastorno confusional, es muy importante que los médicos evalúen todos los datos de confusión en el anciano para descartar causas reversibles. Sería triste transmitir a los familiares la devastadora noticia de que un familiar tiene demencia cuando el familiar realmente tiene una enfermedad médica tratable. En esta situación, una asistencia adecuada podría llevar a la reversión total de la pérdida cognitiva.

Además de las pruebas diagnósticas, al paciente se le debe realizar una evaluación psicológica completa. Algunos pacientes con depresión grave han sido diagnosticados de enfermedad de Alzheimer.

CASO CLÍNICO

Un varón anciano ingresó en la residencia de ancianos con un diagnóstico de demencia de tipo Alzheimer. Estaba agresivo con el personal y con otros pacientes y con frecuencia se encerraba en el servicio y se negaba a salir. Se le trasladó a un centro de salud mental. Allí el interno que documentó los datos del ingreso observó que el único hijo del paciente había muerto recientemente. Reconoció que el paciente tenía depresión clínica y el consiguiente trastorno confusional relacionado con el duelo. Se le trató de la depresión, y el estado emocional mejoró y recuperó las capacidades cognitivas. Se le dio de alta a su domicilio con tratamiento y reinició una vida normal.

Autocomprobación crítica. ¿Qué piensa usted que habría ocurrido si no se hubiera reconocido y tratado la depresión?

TABLA 15-1

Comparación de la demencia y el trastorno confusional

RASGOS DEFINITORIOS	TRASTORNO CONFUSIONAL	DEMENCIA
Clasificación en el manual DSM-IV-TR	Sí	Sí
Inicio	Aparece en un período de tiempo corto (horas o días)	Gradual (pueden observarse durante varios años)
Etiología	Asociados a diversas enfermedades médicas generales o cambios psicosociales	No relacionada con enfermedades médicas <i>generales</i> ni cambios psicosociales; se puede relacionar con enfermedades médicas <i>específicas</i> como VIH y enfermedad de Parkinson
Cambios cognitivos	Deterioro de la memoria, desorientación, trastornos del lenguaje y de la percepción	Deterioro de la memoria, desorientación, trastornos de lenguaje y de la percepción
Presencia de síntomas	Los síntomas fluctúan	Los síntomas no fluctúan
Conducta	Varía desde agitación hasta retraimiento	Puede tener alteraciones de la conducta o no tenerlas
Progresión	Temporal si se trata la enfermedad subyacente	Permanente; deterioro progresivo y continuo de las capacidades y la cognición
Tratamiento	Garantizar la seguridad del paciente, administrar los fármacos o la terapia prescritos para tratar las enfermedades subyacentes, apoyar al paciente y a su familia	Garantizar la seguridad del paciente, responder adecuadamente a las conductas problemáticas según sea necesario, establecer técnicas de comunicación, apoyar al paciente y a su familia, administrar inhibidores de la colinesterasa o memantina según lo prescrito

MANIFESTACIONES DEL TRASTORNO CONFUSIONAL AGUDO

Los profesionales de enfermería están en una posición óptima para reconocer cambios significativos de la cognición y la con-

ducta del paciente. En el caso de los pacientes quirúrgicos, usted estará en una situación mejor para evaluar los cambios cognitivos si tiene la suerte de atender al paciente tanto antes como después de la operación. Considere el caso de un anciano

CUADRO 15-2

Enfermedades que pueden producir trastorno confusional

ENFERMEDADES MÉDICAS GENERALES

Trastornos metabólicos

Hipotiroidismo tratado

Hiperfunción de las glándulas suprarrenales (síndrome de Cushing)

Trastornos nutricionales

Malnutrición

Anemia perniciosa (deficiencia de vitamina B₁₂)

Deficiencia de ácido fólico

Estados metabólicos

Desequilibrio acidobásico

Trastornos electrolíticos

Hipoglucemia o hiperglucemia (glucosa sanguínea baja o alta)

Deshidratación

Infecciones

Urinaria

Respiratoria

Fiebre alta

Hipoxia (concentración inadecuada de oxígeno)

Cualquier forma de traumatismo

Caídas-fracturas

Estado postoperatorio

Traumatismo craneal

Deterioro sensitivo, como pérdida de visión o de audición

Dolor

Enfermedad terminal

Ancianos (mayores de 65 años)

ENFERMEDADES RELACIONADAS CON SUSTANCIAS

Reacciones o interacciones medicamentosas

Intoxicación por drogas o alcohol

Abstinencia de drogas o alcohol

SITUACIONES PSICOSOCIALES

Duelo

Mudanza a un entorno no familiar

que ingresó en el hospital varios días antes de que los médicos determinaran que era necesaria una operación. En el preoperatorio el paciente estaba tranquilo, era colaborador y estaba mentalmente sano. Un w después de la operación se arrancó la vía intravenosa, la sonda nasogástrica y la sonda de Foley. Estaba agresivo con el personal, totalmente desorientado, confuso y nada colaborador. Cuando se interrumpió la prometacina (un fármaco antiemético), el estado mental del paciente volvió a la situación preoperatoria. Este es un ejemplo de **trastorno confusional inducido por sustancias**.

Como muchos pacientes quirúrgicos ingresan en el centro el día de la operación, los profesionales de enfermería con frecuencia no ven la conducta basal preoperatoria para poder comparar. Por lo tanto, el profesional de enfermería se debe basar en los comentarios de la familia o los amigos del paciente sobre los cambios de las capacidades cognitivas del paciente.

Los síntomas tempranos de trastorno confusional también podrían incluir ansiedad, distraibilidad y trastornos del sueño. La situación puede progresar hasta un trastorno confusional completo en 1 a 3 días; después se puede resolver en varias horas o puede continuar durante varias horas a varios días (APA, 2000). Un paciente ingresó en la residencia de ancianos por confusión que apareció mientras estaba ingresado por una fractura de la pierna. La confusión no desapareció, y después de varias semanas la familia se lo llevó a casa. En un entorno familiar, rodeado por su familia, el trastorno confusional desapareció finalmente, aunque tardó varios meses.

Los síntomas más graves de trastorno confusional podrían simular una psicosis. Los pacientes pueden tener alucinaciones, ideas delirantes, trastornos del lenguaje y agitación. La ansiedad y las variaciones del estado de ánimo se pueden confundir

con un trastorno psicótico. La fluctuación de los síntomas (v. cuadro 15-2) distingue el trastorno confusional de otros posibles trastornos mentales (APA, 2000).

El trastorno confusional puede manifestarse en tres subtipos: hiperactivo, hipoactivo y mixto (Vogel, 2005). La tabla 15-2 ■ ofrece una comparación de estos tipos. Los síntomas varían dependiendo del tipo de trastorno confusional que presenta el paciente.

Pacientes en situación de riesgo

Los profesionales de enfermería deben saber qué pacientes tienen el máximo riesgo de presentar trastorno confusional durante su estancia en un centro sanitario. El trastorno confusional es una experiencia asombrosamente frecuente. La incidencia de trastorno confusional en pacientes que ingresan en el hospital con una enfermedad médica está entre el 10 y el 30%. De los pacientes ancianos, el 10-40% tendrá trastorno confusional durante la estancia hospitalaria; se espera que el 60% de los residentes en residencias de ancianos de 75 años de edad o más tenga trastorno confusional durante su estancia (APA, 2000). Además de los ancianos, otros pacientes a los que se considera en situación de riesgo de presentar trastorno confusional en el hospital son pacientes postoperatorios, como el que ya se ha mencionado previamente, y pacientes con enfermedades del sistema nervioso central, como meningitis. La incidencia en estos pacientes podría ser de hasta el 50% (Vogel, 2005). El 80% de los pacientes con una enfermedad terminal presenta trastorno confusional a medida que se acercan a la muerte (APA, 2000). Tener múltiples enfermedades, tomar múltiples fármacos o ser un niño también pueden ser factores de riesgo. Los pacientes que están en la UCI son particularmente vulnerables a la apari-

TABLA 15-2		
Comparación de los tres subtipos del trastorno confusional		
HIPERACTIVO	HIPOACTIVO	MIXTO
Agitación	Confusión tranquila	Labilidad emocional (muestra una amplia gama de emociones)
Desorientación	Desorientación	Fluctuación entre síntomas hiperactivos e hipoactivos
Ideas delirantes, posiblemente relacionadas con desorientación y deterioro de la memoria	Callado y apático	
Puede haber alucinaciones visuales y auditivas	Trastorno del nivel de conciencia, dormir por el día y estar despierto por la noche	
Se puede diagnosticar erróneamente como un trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) o como empeoramiento de una demencia ya presente	Se puede diagnosticar erróneamente como depresión, catatonia o demencia, o puede no reconocerse en absoluto	Difícil de diagnosticar debido a los cambios de la manifestación de los síntomas

Fuente: Adaptado de Vogel, C. (2005). Clearing up the confusion about delirium. *NurseWeek*, 6(12), 17–19; and Gleason, O. (2003, March 1). Delirium. *American Family Physician*. Recuperado el 3 de junio de 2007, <http://www.afp.org/afp/20030301/1027.html>.

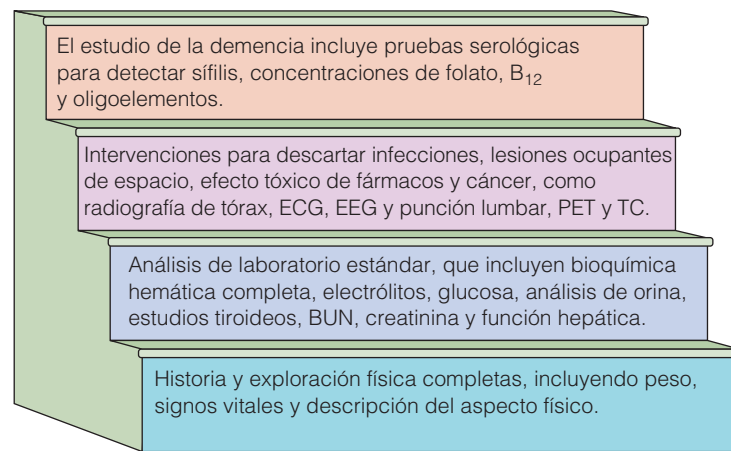


Figura 15-1. ■ Niveles de valoración biológica en los ancianos. Fuente: *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing* by Kneisl/Wilson/Trigoboff (p.650), © Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, NJ.

ción de trastorno confusional debido a la privación de sueño y la privación sensitiva. Recibir una estimulación excesiva o demasiado escasa en el entorno puede empeorar el trastorno confusional una vez que se ha producido (Gleason, 2003). Los pacientes ancianos con una enfermedad médica y demencia ya diagnosticada tienen el máximo riesgo de presentar trastorno confusional cuando ingresan en un hospital (Vogel, 2005). La confusión, y no la fiebre, puede ser el signo más temprano de una infección en un anciano que ya está inmunodeprimido. Aunque los profesionales de enfermería deben tener la mejor oportunidad de reconocer a los pacientes que están empezando a tener trastorno confusional, muchos no lo hacen, especialmente si están implicados algunos factores de riesgo. Estos factores de riesgo que con frecuencia se pasan por altos se dan en pacientes que tienen la forma hipoactiva de trastorno confusional, son mayores de 80 años, tienen deterioro de la función visual o ya tienen un diagnóstico de demencia (Vogel, 2005).

De acuerdo con el manual DSM-IV-TR, se pueden hacer las siguientes comparaciones entre demencia y trastorno confusional. El deterioro de la memoria es común a ambos trastornos, pero en el trastorno confusional se acompaña también por alteración de la conciencia. Otra diferencia es el momento de inicio. En el trastorno confusional el inicio puede ser rápido; en la demencia el inicio es gradual. Los síntomas del trastorno confusional pueden fluctuar durante un período de 24 horas, aunque los síntomas de la demencia no lo hacen. También es importante señalar que un paciente puede tener trastorno confusional añadido a una demencia ya existente (APA, 2000).

ASISTENCIA INTEGRAL

La respuesta al trastorno confusional exige verdaderamente un abordaje en equipo. En el contexto hospitalario deben estar implicados profesionales de enfermería, médicos y auxiliares de enfermería; los trabajadores sociales y los directores de actividades también deben participar en el plan asistencial global del centro de cuidados crónicos.

Pruebas diagnósticas

Cuando estudie las enfermedades que pueden producir trastorno confusional, es evidente que se pueden realizar muchas pruebas diagnósticas para determinar si una enfermedad fisiológica o médica es realmente el problema. La figura 15-1 ■ muestra los niveles de valoración biológica en los ancianos.

Los análisis de sangre que se deben realizar incluyen:

Hemograma completo y recuento diferencial para identificar:

- Anemia
- Deficiencia de vitamina B₁₂ o de ácido fólico
- Deshidratación
- Infección bacteriana, algunas infecciones víricas

Panel tiroideo para identificar hipotiroidismo

ACTH plasmática y cortisol plasmático, y prueba de supresión con dexametasona, para identificar síndrome de Cushing

Concentración de albúmina para identificar malnutrición

Gasometría arterial para identificar:

- Trastornos acidobásicos
- Concentración sanguínea de oxígeno

Panel de electrolitos para identificar cualquier trastorno electrolítico

Glucosa sanguínea, para identificar hipoglucemia o hiperglucemia

Cribado de drogas cuando sea necesario, para identificar:

- Presencia de cualquier droga que para producir alteración mental
- Presencia de alcohol

Los análisis de orina pueden ayudar a diagnosticar una infección urinaria y la presencia de alcohol u otras drogas. Una punción lumbar puede determinar la presencia de sangre o microorganismos, lo que podría indicar que la confusión está producida por enfermedades médicas. Sin embargo, se considera que es una técnica muy invasiva y se solicita sólo

como último recurso cuando otras pruebas diagnósticas no hayan sido concluyentes. Los estudios radiológicos podrían incluir TC, RM y PET (cuando esté disponible) para observar la estructura y la fisiología del encéfalo. También se podría realizar un EEG, que generalmente mostrará aceleración anormal o enlentecimiento generalizado de la actividad eléctrica del encéfalo (APA, 2000). Se podría encontrar enlentecimiento del ritmo de fondo en el trastorno confusional y en la demencia salvo que el trastorno confusional se relacione con síndrome de abstinencia alcohólica (*delirium tremens*), en cuyo caso el EEG muestra actividad rápida (Gleason, 2003).

Historia clínica

Una historia exacta es importante para determinar si ha habido una caída o una lesión craneal recientemente. Como la **polifarmacia** (el uso de muchos fármacos) es una práctica habitual en los pacientes ancianos, es importante saber qué fármacos toma el paciente y a qué dosis. La lista de fármacos debe incluir fármacos de venta sin receta, incluyendo suplementos herbales, que algunos pacientes pueden no mencionar en una historia de fármacos salvo que el profesional de enfermería pregunte de forma específica sobre ellos. La disfunción cognitiva se puede deber a interacciones medicamentosas o al hecho de que un fármaco específico, como la digoxina, ha alcanzado una concentración tóxica en el paciente. Los pacientes, especialmente ancianos, también pueden tener una reacción diferente e inesperada a un fármaco (*reacción idiosincrásica*).

El abuso del alcohol puede ser un problema que un paciente oculta hasta el ingreso hospitalario. Un alcohólico oculto que deja de tener acceso al alcohol pasa de forma inevitable por un estado de abstinencia alcohólica, que puede producir un trastorno confusional por abstinencia de sustancias. Considere el caso de un conductor de camiones de 50 años de edad que ingresó en la UCI después de un accidente de tráfico muy grave. Cuando recuperó la conciencia en la UCI estaba muy agitado, tirándose de las sondas y llegando a golpear los suministros y el equipo. Intentó de forma repetida «apretar el freno» con el pie. Su familia estaba sorprendida de que tuviera síndrome de abstinencia alcohólica, porque ni siquiera habían sospechado un problema de bebida.

Otras herramientas de cribado

Además de una exploración física meticulosa y una historia clínica completa, se debe evaluar el estado mental del paciente. La escala Folstein Mini-Mental State Exam (exploración abreviada del estado mental de Folstein) es una prueba que se analizará más adelante en este capítulo. La forma óptima de utilizarla es administrarla en varios momentos durante el transcurso del trastorno confusional para valorar la mejora del estado mental del paciente (Gleason, 2003). Con frecuencia es el profesional de enfermería quien administra esta prueba. Otras herramientas de cribado incluyen las escalas Confusion Assessment Method (CAM, método de valoración de la confusión), Delirium Rating Scale (DRS, escala de valo-

ración del trastorno confusional) y Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS, escala de valoración del trastorno confusional de la memoria). Las escalas DRS y MDAS miden la gravedad del trastorno confusional (Gleason, 2003). La escala CAM detecta únicamente la presencia de trastorno confusional. Hay varias versiones de la escala CAM: versión larga, versión abreviada y una desarrollada para su uso en pacientes que no se pueden expresar verbalmente por estar conectados a ventiladores en la UCI. La versión larga permite realizar el cribado de las características clínicas del trastorno confusional en la medida en que se correlacionan con los criterios diagnósticos del manual DSM-IV; la versión abreviada analiza únicamente las cuatro áreas que se consideran más fiables para distinguir el trastorno confusional de otras formas de deterioro cognitivo (Waszynski, 2007).

Sujeciones físicas o químicas

Los médicos pueden prescribir sujeciones físicas o químicas por la seguridad del paciente con confusión. Sin embargo, la estadística indica que no siempre mejora la seguridad. Los pacientes sometidos a sujeciones físicas tienen una probabilidad ocho veces mayor de morir que los que no lo están, y el 47% de los pacientes sometidos a sujeciones físicas sufre lesiones mientras intenta liberarse de las sujeciones (Napierkowski, 2002). La inmovilidad que se produce aumenta el riesgo de que el paciente tenga úlceras por decúbito, estreñimiento y neumonía. El personal de enfermería también debe recordar que las propias sujeciones pueden producir confusión además de producir ira, depresión y agresividad (Napierkowski, 2002). Las sujeciones químicas también pueden aumentar la confusión debido a los efectos adversos de los fármacos.

Hay requisitos específicos para el uso de sujeciones físicas. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) y los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) ofrecen directrices en sus normas asistenciales para centros sanitarios para minimizar el uso de sujeciones (Napierkowski, 2002). Las sujeciones se deben utilizar sólo si el paciente es un peligro para sí mismo o para los demás, o si la sujeción del paciente es la única forma de realizar la asistencia de enfermería necesaria.

Las directrices de los CMS especifican lo siguiente (Napierkowski, 2002):

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

se debe establecer contacto con el médico y se debe recibir la prescripción en la hora siguiente a la aplicación de la sujeción.

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

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

De la misma forma, hay directrices para el uso de sujeciones químicas. En una residencia de ancianos se deben documentar todas las ocasiones en las que se administre un fármaco psicotrópico (un fármaco que afecte a la mente). Además, el médico debe revisar sistemáticamente las prescripciones de fármacos psicotrópicos para determinar si se podrían interrumpir los fármacos o se podrían reducir las dosis. Independientemente de que el paciente esté en el hospital o en una residencia de ancianos, el personal de enfermería debe ser consciente de que los fármacos psicotrópicos podrían empeorar la confusión del paciente y también intensificar el riesgo de caídas al aumentar la inestabilidad del paciente. Los fármacos que se prescriben con más frecuencia en la forma hiperactiva del trastorno confusional son los antipsicóticos. Se ha utilizado loxapina, haloperidol, risperidona y olanzapina. Diversos estudios muestran que los nuevos antipsicóticos, como risperidona y olanzapina, son eficaces y tienen menos efectos adversos en pacientes ancianos (Rathier y McElhaney, 2005). Se considera que la utilización de sujeciones físicas y sujeciones químicas en un paciente es una doble sujeción y no se permite en la mayoría de los centros.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

Primero de todo, el personal de enfermería debe conocer en cada momento las capacidades cognitivas del paciente. Se debe

notificar al médico cualquier cambio respecto a la situación normal del paciente. Recuerde, el trastorno confusional con frecuencia aparece como un cambio *súbito* de la conducta del paciente. Si un paciente que acaba de comenzar a tomar un fármaco nuevo de repente se comporta como una persona diferente, el cambio se puede deber al fármaco. Otras cosas que podría valorar el profesional de enfermería serían un cambio de los informes de laboratorio del paciente, como aumento súbito del BUN (nitrógeno ureico sanguíneo) o aumento de la concentración de amoníaco (que con frecuencia se encuentra en pacientes con cirrosis hepática). Estos hallazgos de laboratorio podrían dar lugar a cambios de conducta. Tampoco descarte la posibilidad de que se pueda estar produciendo una nueva infección. Siempre tenga en mente a los pacientes que tengan mayor riesgo de presentar trastorno confusional.

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

Los posibles diagnósticos de enfermería en el trastorno confusional incluyen los siguientes:

- Riesgo de lesión
- Trastorno del patrón del sueño
- Déficit del autocuidado: baño/higiene, uso del WC, vestido/acicalamiento, alimentación
- Confusión aguda
- Deterioro de la memoria
- Alteración de los procesos del pensamiento
- Vagabundeo esporádico
- Deterioro de la comunicación verbal

Se deben identificar resultados basados en los diagnósticos de enfermería específicos. Un plan asistencial debería incluir un marco temporal adecuado para que los resultados siguientes sean mensurables; el marco real dependerá de la situación real del paciente. Por ejemplo:

- El paciente estará libre de lesión por caída.
- El paciente realizará los cuidados orales y del cabello con ayuda.
- El paciente permanecerá en la unidad.
- El paciente llamará a su hija por el nombre correcto.

Fomente la seguridad del paciente

Los problemas de seguridad, comunicación y confusión aguda deben ser prioritarios en la asistencia que se preste al paciente con trastorno confusional. Si el paciente está muy agitado en el hospital, se puede animar a los familiares a que se queden con el paciente. Si esto no es posible, muchos hospitales contratan a cuidadores para que estén en la habitación observando al paciente y solicitando ayuda cuando sea necesario. Con frecuencia se contrata para estos puestos de cuidador a estudiantes de enfermería.

Los pacientes que tienen trastorno confusional tienen numerosas conductas que hacen que tengan riesgo de lesión. Pueden estar agitados, inquietos y desorientados. Pueden vagar. Pueden tener deterioro de la capacidad de juicio. Por ejemplo, un paciente con trastorno confusional podría olvidar para qué está el botón de llamada y cómo utilizarlo, e intentaría levantarse de la cama sin pedir ayuda. Esto podría producir una caída y una posible fractura. El paciente puede tirar de una sonda de Foley, produciéndose un traumatismo ureteral. Podría salir de la unidad y no recordar cómo volver.

Para prevenir las caídas, visite al paciente al menos cada hora. Puede ser útil una alarma electrónica en la silla o en la cama, como el sistema «RN-On-Call». Este dispositivo se puede colocar debajo del paciente en cualquiera de ambas localizaciones. Si el paciente empieza a levantarse, suena una alarma en el puesto de enfermería, por lo que la ayuda puede llegar al paciente antes de que se produzca una caída. En las residencias de ancianos muchos pacientes que tienden a vagar llevan una pulsera «Wanderguard» que activa una alarma si el paciente se aproxima a una salida.

Colocar los objetos personales de uso frecuente cerca del paciente puede evitar que el paciente tenga que estirarse y se caiga. Los pulsadores de llamada siempre deben estar al alcance del paciente y la cama en la posición más baja. En las residencias de ancianos se pueden acortar las patas de las camas para hacer que estén más cerca del suelo; se pueden colocar almohadillas de espuma cerca de la cama para amortiguar las caídas, e incluso se pueden colocar los colchones directamente en el suelo para prevenir las caídas. Se considera que las barras laterales son una sujeción. Se deben bajar salvo que el paciente lo solicite o le dé permiso para subirlas, o si el médico las ha prescrito de forma específica. Revise la política del centro sanitario sobre las barras laterales.

Ofrezca distracciones

Con frecuencia distraer al paciente y redirigir su atención puede aliviar la agitación; puede ser útil dar a los pacientes algo que mantenga las manos ocupadas. Hemos pedido a los pacientes que doblen la ropa de cama (con frecuencia en el puesto de enfermería, donde los podemos monitorizar continuamente), una tarea repetitiva que no es muy cansada. Puede ser útil la música tranquilizadora. Proponga una actividad física que pueda tolerar el paciente. Caminar puede aliviar cierta agitación. Los familiares pueden orientar sobre algunas actividades tranquilas favoritas (rompecabezas, damas, jugar a las cartas) que le han gustado al paciente en el pasado.

Controle y documente el uso de sujeciones y la conducta del paciente

Si se utiliza una sujeción física, se debe revisar al paciente cada 15 minutos y se deben quitar las sujeciones cada 2 horas. Cuando se quita la sujeción se debe recolocar al paciente, se le debe llevar al servicio o se le debe ofrecer un orinal, y se le deben dar

líquidos. Se debe valorar y masajear cuando sea necesario la piel que está debajo de la sujeción. Se debe utilizar la sujeción menos restrictiva siempre que se necesite una sujeción. El médico debe prescribir específicamente el tipo de sujeción física.

Es muy importante documentar las sujeciones químicas. Se debe realizar siempre que se administren fármacos psicotrópicos. El registro de la documentación debe contener una descripción exacta de la conducta del paciente y la frecuencia de la conducta.

Autocomprobación crítica. ¿Qué significa para usted la agitación? Si viera la documentación de que un paciente estaba agitado, ¿qué cuadro le vendría a la mente?

Un ejemplo de documentación *mala* de la conducta del paciente sería: «El paciente estaba agitado». Una *buen*a documentación sería: «El paciente ha estado dando zancadas por los pasillos y tirándose de la bata durante dos horas. Afirma que odia a todo el mundo y ha amenazado a otro paciente con el puño». Como el cuadro mental de la agitación variará de unas personas a otras, la segunda descripción da al lector de la documentación un cuadro más claro de la conducta que llevó al uso de sujeciones químicas.

La documentación también debe describir qué intervenciones conservadoras se intentaron *antes* de administrar el fármaco psicotrópico. Por ejemplo, el profesional de enfermería podría haber llevado a un paciente al solarío y de vuelta a la habitación, podría haber llevado al paciente al baño, podría haber puesto música tranquila o haberle ofrecido una bebida fría.

Oriente al paciente sobre la realidad

Para responder a la confusión aguda de un paciente con trastorno confusional, todo el personal debe utilizar de forma constante la **orientación sobre la realidad**. Hay varias formas de hacerlo:

- Tenga un calendario en la habitación y marque todos los días a medida que transcurran.
- Tenga un reloj digital en la habitación.
- Llame al paciente por su nombre y preséntese siempre que entre en la habitación.
- Ofrezca un tablero de orientación sobre la realidad en el que se reseñe el día, la fecha, la estación y el tiempo esperado para ese día.

Comuníquese con los pacientes de una forma clara y tranquila. Utilice palabras sencillas y frases cortas. Si el paciente no parece entenderle la primera vez que dice algo, repita lo que ha dicho al menos dos veces más utilizando las mismas palabras exactas. Podría tener que representar sus palabras cuando las dice. Todo el personal debe tener unos abordajes de comunicación constantes.

Implique a las familias. Pídale que traigan objetos familiares del domicilio del paciente. Simplemente la presencia de la familia puede ayudar a aumentar la sensación de seguridad del paciente y a reducir la confusión (Gleason, 2003).

Simplifique y clarifique el entorno

Con frecuencia es útil eliminar objetos no esenciales de la habitación del paciente y permitir que haya más espacio entre las camas de los pacientes si la habitación debe ser compartida. Las habitaciones privadas son mucho más amigables para el paciente que tiene trastorno confusional. Hable con el paciente con las palabras de un lego en lugar de utilizar «jerga médica» que podría interpretar de forma errónea. Ofrezca iluminación suficiente, incluyendo una luz nocturna, y controle en lo posible el exceso de ruido. Asegúrese de que los pacientes que lleven gafas las tengan puestas y de que los pacientes que tengan audífonos los tengan puestos (Gleason, 2003). También es útil que las gafas estén limpias y que los audífonos tengan pilas que funcionen. (Tuvimos una paciente que pensábamos que estaba empezando a tener trastorno confusional, cuando lo que realmente ocurría era que necesitaba cambiar la pila del audífono.)

EVALUACIÓN

La evaluación de un paciente con trastorno confusional precisa unas agudas habilidades de observación y escucha. La familia

puede ser un recurso útil en la descripción de las mejoras o el aumento de los problemas. Es esencial la comunicación entre los cuidadores. Las ganancias o pérdidas cognitivas específicas se deben documentar claramente en la historia del paciente.

Demencia

La **demencia** habitualmente se define como una pérdida progresiva e irreversible de las funciones cognitivas que produce un deterioro de la capacidad de una persona de desempeñar sus funciones en situaciones sociales o laborales. La demencia describe un grupo de síntomas; no es una enfermedad específica en sí misma (Mace y Rabbins, 1999).

El manual DSM-IV-TR no asigna un pronóstico a la enfermedad, sino que se centra en el patrón de los defectos cognitivos. La American Psychiatric Association describe la demencia como *progresiva, estática o remitente*. Debe ser suficientemente grave como para producir deterioro del desempeño de funciones sociales o laborales y se debe identificar claramente como un deterioro respecto a un nivel de desempeño de funciones previo mayor (APA, 2000). El cuadro 15-3 ofrece una descripción más específica de la demencia del tipo Alzheimer.

Todas las demencias se caracterizan por múltiples defectos cognitivos. Al contrario que el trastorno confusional, en la demencia hay un deterioro progresivo de la función cognitiva a medida que empeora el trastorno. Para diagnosticar la

CUADRO 15-3	
Criterios diagnósticos de la demencia tipo Alzheimer A. La presencia de los múltiples déficit cognitivos se manifiesta por: 1. <i>Deterioro de la memoria</i> (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente) 2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognitivas: a. <i>Afasia</i> (alteración del lenguaje) b. <i>Apraxia</i> (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta) c. <i>Agnosia</i> (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta) d. Alteración de la ejecución (p.ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción) B. Los déficit cognitivos anteriores producen un deterioro significativo de la actividad social o laboral y representan una merma importante del nivel previo de actividad. C. La evolución se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo continuo. D. Los déficit cognitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores: 1. Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognitivos (p.ej., ACV,	enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral) 2. Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p.ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B₁₂ y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH) 3. Enfermedades inducidas por sustancias E. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno confusional. F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del eje I (p.ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia) Los criterios deben incluir la presencia o ausencia de una alteración de la conducta clínicamente significativa: <i>Sin alteración de la conducta</i> <i>Con alteración de la conducta</i> Hay dos subtipos de demencia de tipo Alzheimer: <i>De inicio temprano</i>: si el inicio se produce a la edad de 65 años o antes <i>De inicio tardío</i>: si el inicio se produce después de los 65 años Fuente: Reproducido con autorización de <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision</i>, copyright 2000. American Psychiatric Association.

demencia debe haber deterioro de la memoria más otros datos de disfunción cognitiva. Estas disfunciones incluyen **afasia** (deterioro de la función del lenguaje), **apraxia** (deterioro de la capacidad de realizar actividades motoras aun cuando las capacidades motoras y las funciones sensitivas estén intactas), **agnosia** (imposibilidad de reconocer o identificar objetos comunes familiares a pesar de tener las funciones sensitivas intactas) o **trastorno de las funciones ejecutivas** (imposibilidad de pensar de forma abstracta o de utilizar el pensamiento crítico para planificar, iniciar, establecer la secuencia, monitorear y tener una conducta compleja) (APA, 2000).

La demencia de tipo Alzheimer afecta a las partes del encéfalo que afectan al pensamiento, la memoria y el lenguaje, por lo que produce los síntomas que ya se han enumerado. La figura 15-2 ■ muestra una descripción más completa de los cambios conductuales asociados a áreas específicas de lesión cerebral.

TIPOS Y CAUSAS DE DEMENCIA

El manual DSM-IV-TR identifica al menos 12 tipos diferentes de demencia. La demencia de tipo Alzheimer, o enfermedad de Alzheimer, es la más frecuente y es el objetivo de este capítulo.

La enfermedad de Alzheimer (EA) fue identificada por primera vez en 1906 por el Dr. Alois Alzheimer en una mujer de 51 años de edad. En aquel momento pensó que la enfer-

medad era una demencia que se encontraba sólo en pacientes jóvenes, y la llamó demencia presenil. Ahora sabemos que la enfermedad puede aparecer en cualquier grupo de edad, aunque es más frecuente en pacientes mayores de 60 años de edad. Se estima que 4,5 millones de personas de EE. UU. tienen EA. Se considera como de inicio tardío o de inicio temprano, siendo el punto de separación los 65 años (Petersen, 2002).

Se han realizado muchos estudios para determinar la etiología exacta de la enfermedad de Alzheimer. Todavía no hay ninguna respuesta definitiva a la pregunta de la causa, aunque hay muchas hipótesis. (Probablemente haya oído la vieja teoría de que la causa es el menaje de cocina de aluminio.) Actualmente los científicos piensan que la causa de la enfermedad no es una, sino que son varios factores que actúan juntos para producir la enfermedad.

Factores de riesgo

Los científicos están de acuerdo en algunos factores que hacen que una persona tenga riesgo de presentar enfermedad de Alzheimer. El factor de riesgo *definitivo* más frecuente es la edad de una persona. El número de pacientes con la enfermedad aumenta al doble cada 5 años por encima de los 65 años. A los 85 años la probabilidad de tener enfermedad de Alzheimer aumenta hasta el 50% (Shankle y Amen, 2004).

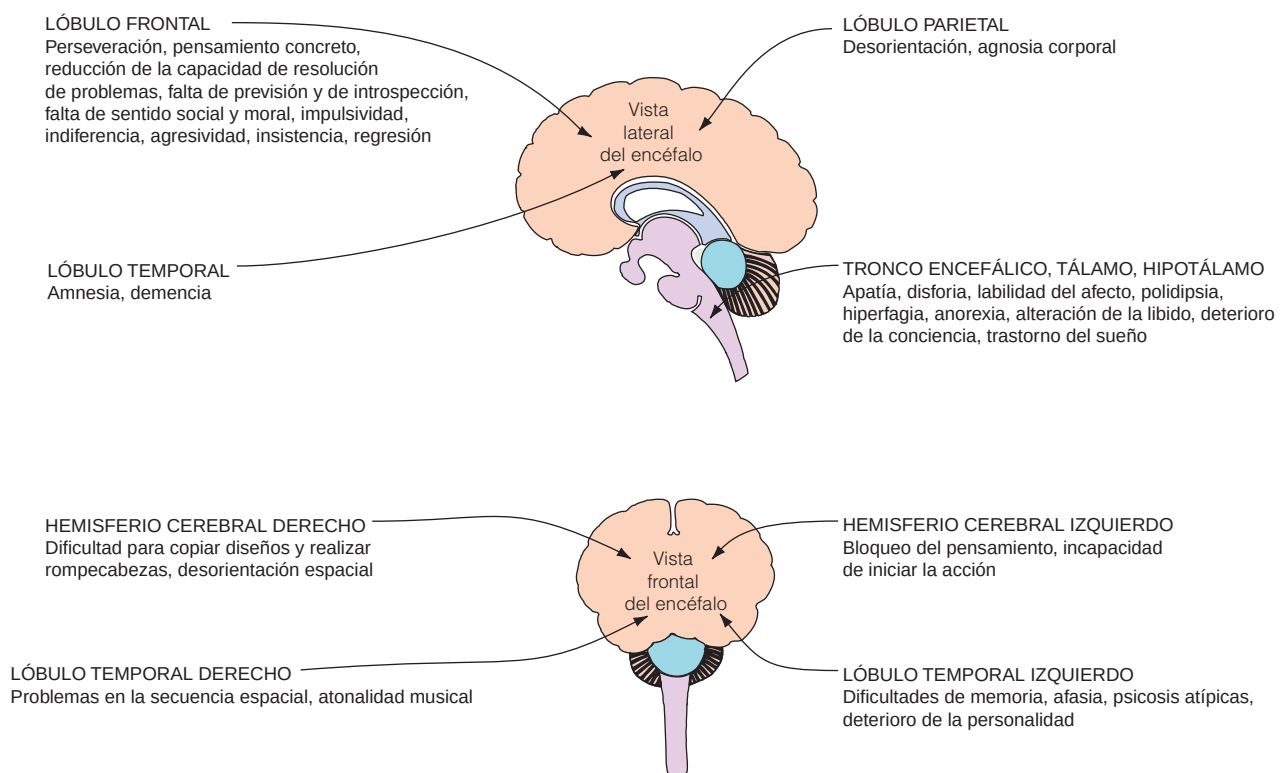


Figura 15-2. ■ Cambios de conducta relacionados con áreas específicas de lesión del encéfalo. La lesión de cada una de las partes del encéfalo produce alteraciones y defectos específicos de la conducta y las habilidades del paciente. Fuente: *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing* by Kneisl/Wilson/Trigoboff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

Otro factor de riesgo *definitivo* es el antecedente familiar, especialmente si el familiar es un familiar en primer grado, como un progenitor o un hermano. Los que tienen un familiar de primer grado con EA tienen una probabilidad de 1,5 a 2 veces mayor de tener la enfermedad que aquellas personas que no tienen antecedentes familiares (Kuhn, 1999). El 5% de los casos de enfermedad de Alzheimer son *EA familiar de inicio temprano*, un tipo infrecuente de la enfermedad que habitualmente se produce entre los 30 y los 60 años de edad. Hay tres mutaciones genéticas bien definidas asociadas a esta forma de inicio temprano de la enfermedad (Gruetzner, 2001). Los estudios difieren en si hay o no un componente genético en la EA de inicio tardío, aunque la mayoría de los científicos está de acuerdo en que la herencia hace que algunas personas sean más susceptibles a la enfermedad.

Otros factores de riesgo *definitivos* que se han propuesto incluyen antecedente de síndrome de Down, antecedente de traumatismo craneal y nivel educativo y nivel laboral bajos (Kuhn, 1999). Actualmente se sabe que el diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL) aumenta mucho el riesgo de presentar demencia. Se debe evaluar y monitorizar de cerca a los pacientes con este diagnóstico, porque este diagnóstico aumenta la probabilidad de presentar EA en fases posteriores (Shankle y Amen, 2004). Se estima que casi la mitad de los pacientes diagnosticados de DCL llegará a tener EA en un plazo de 5 años (Valeo, 2006). De acuerdo con la Alzheimer's Association, es difícil diagnosticar el DCL, aunque con frecuencia es una fase intermedia entre la función del envejecimiento normal y la demencia. Se están realizando estudios para determinar si el donepecilo, un fármaco que se utiliza en las fases tempranas de la EA, puede retrasar la aparición de EA en un paciente diagnosticado de DCL (Valeo, 2006). Algunos neurólogos piensan que la dieta, el ejercicio físico, la genética y la actividad mental son importantes también en la aparición de EA después del diagnóstico de DCL. La Alzheimer's Association ha desarrollado un taller de 1 hora llamado «*Maintain your Brain*» (Conserva tu cerebro) para animar a las personas a seguir realizando actividades mentales hasta una edad avanzada (Alzheimer's Association, 2005).

Ser mujer es un *posible* factor de riesgo. Aun cuando considere que las mujeres viven más que los varones y que la edad avanzada es un factor de riesgo, las mujeres siguen teniendo mayor probabilidad que los varones de tener la enfermedad (Petersen, 2002). Otros *posibles* factores de riesgo incluyen antecedente de accidentes cerebrovasculares pequeños, antecedente de enfermedad de Parkinson, origen afroamericano, toxinas ambientales, dieta rica en grasas, falta de ejercicio y estrés. Los factores de riesgo que se están investigando incluyen el estudio de una correlación entre EA e hipertensión, colesterol elevado y tabaquismo. El Dr. William H. Thies, vicepresidente de la Alzheimer's Association, indica que estos estudios demuestran que «lo que

es bueno para su corazón es bueno para su salud» (Alzheimer's Association, 2005).

Una nueva teoría que se está estudiando es el vínculo entre la EA y la diabetes. La teoría es que se producen alteraciones la función de las células del encéfalo y muerte celular por la forma en la que las células del encéfalo utilizan la glucosa. Los pacientes con diabetes que tienen un control muy malo de la glucosa sanguínea tienen el máximo riesgo de presentar demencia. Por lo tanto, los científicos consideran que es necesario detectar precozmente la diabetes limítrofe para retrasar de forma proactiva su avance hasta una diabetes de tipo 2 real y una posible demencia. Se están realizando investigaciones para determinar el efecto del fármaco antidiabético rosiglitazona. Se espera que el fármaco pueda prevenir la aparición de EA mediante la reducción de las respuestas inflamatorias a la presencia de la proteína beta-amiloide que aparece en la EA (Alzheimer's Association, 2006a).

Etiología de la EA

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

Aunque los científicos no han podido descubrir la causa última de la enfermedad de Alzheimer, sí saben lo que encuentran en el encéfalo de los pacientes a los que se ha realizado la autopsia después de la muerte por la enfermedad: la presencia de **placas de beta-amiloide** y **marañas neurofibrilares**. La figura 15-3 ■ muestra una microfotografía de las marañas neurofibrilares y las placas seniles.

Las placas de beta-amiloide son la acumulación de fragmentos producidos cuando determinadas enzimas del cuerpo actúan sobre la proteína amiloide. Se podría comparar esto con la acumulación de cera vieja sobre los suelos o sobre los muebles. Finalmente se tiene una sustancia sucia y pegajosa que ya no deja que brille la belleza de la madera a su través. De forma muy similar, el encéfalo de la persona con enfermedad de Alzheimer está recubierto por placas que ya no per-

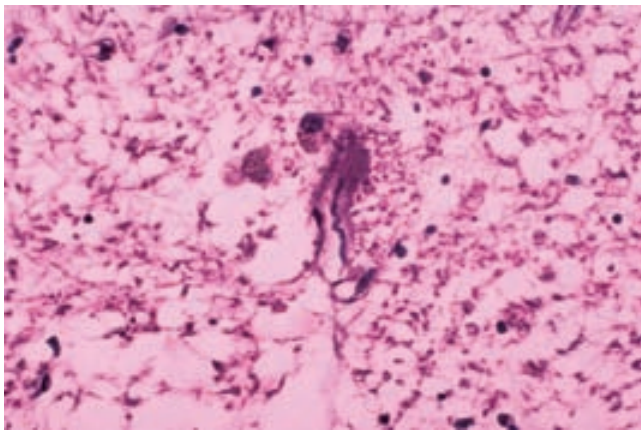


Figura 15-3. ■ En esta microfotografía se ven marañas neurofibrilares y placas de beta-amiloide utilizando una tinción de plata de la corteza del hipocampo en un paciente con enfermedad de Alzheimer. Fuente: Visuals Unlimited.

miten que el encéfalo funcione normalmente, y se pierde la capacidad de «brillar».

Las marañas neurofibrilares están formadas por otra proteína llamada *tau*, que forma parte del sistema de soporte interno de las neuronas (células nerviosas). En la EA hay cambios de la proteína tau, que se empareja con otras hebras de tau y forma una maraña. Se interrumpe la comunicación entre neuronas, disminuye el transporte de nutrientes hasta las células, y las células mueren. Imagine que tuviera cables eléctricos enmarañados con zonas fusionadas entre sí. Usted no podría transportar una corriente desde la salida eléctrica hasta el equipo que quisiera manejar. De la misma forma, estas marañas eliminan las vías sin interrupciones en el encéfalo. No se pueden producir pensamientos claros cuando el encéfalo está lleno de marañas. Las marañas y placas habitualmente aparecen en las áreas del encéfalo que son más importantes para la memoria, con placas en el exterior y marañas en el interior de las neuronas. Los estudios siguen determinando si las marañas y las placas producen EA o si son la consecuencia de la enfermedad.

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

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

pita una producción excesiva de radicales libres, y de esta forma continúa el ciclo (Petersen, 2002).

Algunos científicos han propuesto que la pérdida de estrógenos después de la menopausia hace que una mujer sea más susceptible a la enfermedad a medida que envejece. Se piensa que los estrógenos protegen al encéfalo de la EA. Otra propuesta es que la presencia de placas desencadena una entrada excesiva de calcio en las neuronas, produciéndose la muerte celular (Petersen, 2002).

SÍNTOMAS Y FASES

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad con cambios lentos. Como profesional de enfermería o estudiante de enfermería, su asistencia de estos pacientes estará determinada por la fase de la enfermedad que tengan sus pacientes y los síntomas que tengan. La Alzheimer's Association ha identificado los 10 signos de alarma de la enfermedad de Alzheimer (cuadro 15-4 ■).

El manual DSM-IV-TR no determina las fases de la enfermedad, sino que enumera varios deterioros cognitivos como síntomas y signos. Aunque el deterioro de la memoria es un síntoma de todas las fases de la EA, los otros deterioros cognitivos no aparecen todos al mismo tiempo en este trastorno. Si quiere tener un refuerzo visual de las fases y síntomas de la EA, podría querer ver la película *The Notebook*, basada en la conmovedora novela de Nicholas Spark.

Hay diversas formas de calificar la enfermedad de Alzheimer, utilizando de tres a siete fases. Este texto presenta las fases *temprana*, *media* y *avanzada* que utiliza la Alzheimer's Association. La progresión de los síntomas en una mujer llamada «Edith» le ofrecerá un cuadro más claro de lo que podría esperar cuando atienda a pacientes en cada una de las fases de la enfermedad.

Fase temprana

En la fase temprana de la enfermedad, los síntomas pueden pasar inadvertidos a los familiares o amigos, especialmente si el paciente vive solo. Una persona próxima en el hogar puede observar algunas cosas menores pero desecharlas como una parte normal del envejecimiento. También se ha sabido que los cónyuges «tapan» la confusión del cónyuge afecto para que los demás familiares desconozcan la situación. La fase temprana habitualmente dura de 2 a 4 años. (Los fármacos antidemencia pueden prolongar esta fase.) Durante esta fase de la enfermedad hay pérdida gradual de memoria, especialmente de la memoria a corto plazo. Los pacientes pueden tener confusión sobre las orientaciones y las decisiones. Se pueden perder si salen, por lo que se quedan más en casa. Pierden espontaneidad. No intentan aprender nuevas cosas (Alzheimer's Learning Institute, 2001). La persona puede ser vagamente consciente de tener problemas de memoria y compensarlos evitando nuevas situaciones y lugares y quedándose con cosas y rutinas familiares (Petersen, 2002).

CUADRO 15-4

Diez signos de alarma de la enfermedad de Alzheimer

1. **Pérdida de memoria.** Con frecuencia olvida las citas, los nombres de los compañeros o el número de teléfono de un socio comercial, cualquier información aprendida recientemente, y no recuerda posteriormente la información.
2. **Dificultad para realizar tareas familiares.** Puede tener dificultad para planificar o realizar tareas cotidianas, como preparar una comida, se puede olvidar de servirla después de haberla hecho, puede no recordar siquiera haber preparado la comida. Puede olvidar cómo hacer una llamada de teléfono o cómo jugar a un juego.
3. **Problemas con el lenguaje.** Puede olvidar palabras sencillas o sustituirlas por palabras poco habituales, haciendo que las frases sean incomprensibles. Puede describir un objeto por su utilidad y no por su nombre.
4. **Desorientación en cuanto a tiempo y espacio.** Se puede perder en su propia calle, desconociendo dónde está, cómo ha llegado allí o cómo volver a casa.
5. **Juicio inadecuado o disminuido.** Se puede vestir de forma inadecuada, llevando varias camisas o blusas en un día de calor o poca ropa en un día frío. Puede tener juicio inadecuado, como dar grandes cantidades de dinero a empresas de venta telefónica.
6. **Problemas con el pensamiento abstracto.** Puede tener una dificultad anormal para realizar tareas mentales complejas, como el balance de una chequera; puede olvidar por completo qué son los números y qué se debe hacer con ellos.
7. **Colocar las cosas en lugares erróneos.** Puede poner cosas en lugares erróneos, como una plancha en el congelador o un reloj en el azucarero.
8. **Cambios del estado de ánimo de la conducta.** Puede tener cambios rápidos del estado de ánimo, desde tranquilidad a lágrimas hasta ira sin motivo evidente.
9. **Cambios de personalidad.** La personalidad puede cambiar drásticamente, estando extremadamente confuso, suspicaz, temeroso o dependiente de un familiar.
10. **Pérdida de iniciativa.** Puede estar pasivo, sentado delante de la televisión durante horas o durmiendo más de lo habitual; puede no querer hacer las actividades habituales y precisa datos y estímulo para implicarse.

Fuente: Adaptado de Alzheimer's Association. (2007). *Ten warning signs of Alzheimer's*. Disponible en: http://www.alz.org/alzheimers_disease_symptoms_of_alzheimers.asp. Utilizado con autorización.

CASO CLÍNICO

Considere a nuestra paciente Edith. Edith vivía sola en un edificio de apartamentos para ancianos en el que previamente había sido muy autosuficiente. Iba caminando a la tienda próxima, cogía el autobús para ir a la compra, lavaba la ropa en las instalaciones del apartamento, escribía cartas, cocinaba ella sola y disfrutaba de estar con personas y hablar con ellas. Nunca rechazaba una invitación a salir. A medida que la enfermedad empezó a adueñarse de ella, se quedaba cada vez más en casa. Rechazaba oportunidades sociales, diciendo que tenía que quedarse en casa para escribir a sus hijos. Cuando sus hijos llamaban para saber por qué no les había escrito, decía que había estado demasiado ocupada saliendo de casa. Se encontraron muchas cartas a medio terminar en su apartamento. Era evidente que había perdido el tren del pensamiento y simplemente había dejado de escribir. Dejó de ir a la lavandería del complejo del apartamento y empezó lavar la ropa en la bañera. A veces simplemente volvía a poner la ropa sucia en el cajón o la colocaba otra vez en el armario. Su apartamento empezó a estar descuidado y ya no se acordaba de cómo cocinar excepto los chiles y un pastel de limón. Tenía a otra persona para que manejara la chequera y pagara las facturas. Ella simplemente firmaba con su nombre.

Fase media

La fase media, o segunda, de la enfermedad habitualmente es la más prolongada. Puede durar desde 2 hasta 10 años después del diagnóstico. Durante esta fase aumenta la pér-

dida de memoria y la confusión. El paciente empieza a tener dificultad para reconocer a los familiares y a los amigos íntimos. El paciente puede vagar, estando particularmente inquieto al final de la tarde o al anochecer. Podría tener dificultad para organizar los pensamientos o para pensar de forma lógica. El paciente podría tener alucinaciones, ideas delirantes o ilusiones, como las que se encuentran en las enfermedades mentales que ya se han descrito. Podría comportarse de forma inadecuada en público o podría hacer comentarios inadecuados.

Una **ilusión** es una interpretación errónea de los estímulos ambientales. Es un problema especial para el paciente con EA debido a problemas de la percepción ya existentes. Hay distorsión de la percepción de las distancias, lo que hace que una bañera parezca una fosa sin fondo. El intercomunicador o la radio parecen ser una voz sin cuerpo que el paciente con EA no puede llegar a comprender. Por ejemplo, si los pacientes están viendo la televisión, pueden no ser capaces de distinguir entre lo que está en la televisión y lo que está en su sala de estar. Pueden tener miedo a que extraños hayan entrado en su casa.

Los pacientes pueden *fabular*. Esto significa que si no conocen la respuesta a algo, inventarán una respuesta que parezca lógica en lugar de admitir su confusión. Pueden vestir de forma inadecuada, a veces llevando la ropa interior encima de la ropa de calle (Alzheimer's Learning Institute, 2001).

CASO CLÍNICO

Considere a nuestra paciente, Edith, en la fase media de la enfermedad. Cuando la hija de Edith sospechó que algo iba mal, invitó a su madre a visitarla. La primera noche Edith se despertó en mitad de la noche y orinó en el cubo de la basura del dormitorio, pensando que era un urinario. Cuando su hija la llevó desde su viejo hogar hasta un nuevo apartamento cercano, Edith necesitaba supervisión diaria. Cuando Edith se veía a sí misma en el espejo de la puerta, no se reconocía. Decía a su hija que había un niño viviendo debajo de la puerta. Edith a veces hablaba a su hija como si su hija fuera su madre o su hermana. Llamaba sobrina a su nieta. Cuando esperaba su turno en la consulta del médico, entró una mujer llevando una blusa de colores brillantes. Edith le preguntó: «¿Acabas de volver del circo?» Cuando se le preguntó por qué había vertido agua en un bote de café instantáneo, respondió: «No lo hice. El café simplemente se fundió». La hija se dio cuenta de que ya era hora de que Edith recibiera asistencia a tiempo completo cuando Edith cortó el cordón de la manta eléctrica porque no podía desenchufarla. (Afortunadamente, no estaba conectada.)

Fase tardía

La fase tardía, o tercera, de la enfermedad puede durar de 1 a 3 años. En esta fase el paciente está desorientado en cuanto al propio yo y su familia. La comunicación se vuelve problemática, porque el habla puede carecer cada vez más de sentido. El paciente pierde la capacidad de realizar sus autocuidados e incluso puede no recordar cómo utilizar un cepillo de dientes o un peine. Algunos pacientes pueden tener **hiperoralidad** en esta fase, es decir, revierten a la conducta infantil de llevarse todo a la boca. Se hacen totalmente incontinentes. Es necesario alimentar a los pacientes, que incluso pueden olvidar cómo deglutir. Son susceptibles a atragantamientos, neumonías y otras infecciones. Es posible que se produzcan convulsiones. Algunos pacientes simplemente están en cama en posición fetal. La culminación de esta fase, por supuesto, es la muerte.

CASO CLÍNICO

Edith mantuvo un semblante agradable a lo largo de toda la enfermedad. Se reía de forma inadecuada cuando ya no podía pensar en las palabras que iba a decir. Había que vestirla, alimentarla y cambiarla. Murió de un accidente cerebrovascular menos de 10 años después del diagnóstico.

ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ASOCIADAS A LA EA

Como ya se ha comentado en los párrafos previos, empieza a observarse un patrón de conductas problemáticas a medida que el paciente avanza en la enfermedad. En este apartado se anali-

zarán seis de esas conductas: vagabundeo, fenómeno del atardecer, negativa a bañarse, paranoia, trastornos del lenguaje y reacciones catastróficas.

Vagabundeo

El vagabundeo es una manifestación frecuente de la confusión debida a la EA. Puede incluir dar zancadas de arriba a abajo, caminar sin sentido o salir de casa, la unidad hospitalaria o la residencia de ancianos (Petersen, 2002). Las personas pueden vagar porque empiezan a dar un paseo, olvidan a dónde van y no pueden encontrar el camino de regreso a casa. Lo que empezó como una conducta intencional se hace aleatorio, a medida que buscan marcas familiares. Otro motivo por el que los pacientes pueden vagabundear es que buscan algo que creen que han perdido. Los pacientes pueden vagar de una habitación a otra en la residencia de ancianos. Si un miembro del personal les pregunta qué están buscando, la respuesta habitual es: «He perdido algo». Cuando se les presiona para saber qué es el «algo», la mayoría de los pacientes dice: «No lo sé. Sólo sé que se ha ido». Se ha propuesto que estos pacientes saben que ahora han perdido algo significativo de sus vidas y están intentando recuperarlo. De lo que no se dan cuenta es de que han perdido sus capacidades cognitivas. Otros motivos para vagabundear podrían incluir molestia física (como tener que ir al baño), buscar el hogar o la familia, o simplemente aburrimiento por ausencia de estimulación (Schweiger y Huey, 1999).

Fenómeno del atardecer

Fenómeno del atardecer es un término que se utiliza para describir el aumento de la confusión que se observa en pacientes con EA a finales de la tarde o primera hora de la noche. Esta conducta podría manifestarse como aumento de las zancadas o irritabilidad. Un motivo propuesto para esta conducta es que el paciente con EA tiene problemas de percepción. Cuando disminuye la iluminación esos problemas de la percepción empeoran. El entorno está lleno de sombras, los objetos no están claros y lo que el paciente cree que ve puede ser aterrador. Otra propuesta es que a esa hora del día el paciente está cansado y no maneja tan bien el estrés. Cualquier estímulo externo puede ser abrumador y puede llevar a las zancadas y la irritabilidad que se ven con mucha frecuencia.

Negativa a bañarse

La negativa a bañarse o la negativa a realizar cualquiera de las actividades de la vida diaria (AVD) también se puede convertir en una conducta problemática. Probablemente usted espera el baño o la ducha como una experiencia agradable; para el paciente con EA puede ser amenazante. Los pacientes con EA con frecuencia carecen de percepción de la profundidad. De la misma forma que una bañera puede parecer una fosa sin fondo, un grifo o una ducha pueden parecer un objeto extraño y amenazante que se dirige hacia ellos. El pacien-

te puede no comprender lo que son y para qué sirven. Además, el paciente puede asociar el baño con estar húmedo, frío e incómodo. El paciente se puede ver superado por el número de acciones necesarias para bañarse.

Autocomprobación crítica. Utilice unos pocos minutos para escribir los pasos que da cuando se baña o se ducha. Probablemente haya 30 pasos o más. Ahora imagine que no le preocupa la limpieza, tiene deterioro de las habilidades motoras y no comprende qué le está pasando. ¿Qué le haría falta para poder entrar en la bañera?

Además de ser aterradores, considere que algunos hábitos antiguos, como el decoro personal, pueden estar engranados en los pacientes con EA, a pesar del hecho de que han olvidado muchos recuerdos. Por lo tanto, que alguien les ayude a quitarse la ropa y meterse en la bañera o en la ducha puede ser el motivo de la negativa y un episodio de agresividad.

Autocomprobación crítica. ¿Cómo reaccionaría usted si un completo desconocido se acercara a usted y empezara a quitarle la ropa para ayudarle a entrar en la bañera?

Aunque los cuidadores habitualmente ayudan a los pacientes con las actividades de la vida diaria, la escasa memoria a corto plazo puede hacerles parecer extraños. Los pacientes con EA pueden arremeter contra los cuidadores y negarse a bañarse. También se pueden producir negativas similares a vestirse para el día o a desvestirse para acostarse.

Paranoia

La paranoia, o pensamiento suspicaz, es casi inevitablemente una conducta problemática que tienen los pacientes con EA. Los pacientes con EA con frecuencia acusan a sus familiares de robarles. Por ejemplo, una paciente llamada Lois, que seguía viviendo en su domicilio, afirmó: «Esa chica entró aquí y me robó las sábanas». La «chica» era su hija, que venía cada semana a cambiar la cama y llevarse la ropa sucia a su casa para lavarla. Los pacientes con EA pueden también esconder objetos para evitar que se los roben. Con su escasa memoria a corto plazo, olvidan dónde los han puesto y pueden acusar a los demás de habérselos llevado.

CASO CLÍNICO

Ruth, una residente de un centro asistencial crónico, no encontraba su prótesis dental y acusaba a otro residente de habérsela llevado. Cuando ayudaba a Ruth a buscar la prótesis dental, el miembro del personal tuvo que tener en consideración qué objeto de la habitación de la paciente podría ser similar a un vaso para una prótesis dental. Finalmente, encontró la prótesis dental perdida dentro de un bote de crema limpiadora.

Trastornos del lenguaje

Los trastornos del lenguaje comienzan en las fases tempranas de la enfermedad de Alzheimer y progresan hasta la fase avanzada, en la que puede haber *afasia* completa (ausencia de habla). En las fases tempranas se puede manifestar como imposibilidad de encontrar las palabras correctas. El paciente empieza una frase y después lucha por encontrar la palabra necesaria para completar el pensamiento. El paciente en ocasiones puede describir un objeto por su función. Por ejemplo, un «vaso» podría ser «esa cosa en la que pones agua para beber». Los pacientes pueden utilizar palabras inventadas (**neologismos**) cuando no pueden pensar en la palabra correcta. Podrían utilizar «pelepillo» por cepillo, o una palabra que ni siquiera es similar a la palabra que intentan recordar. Con frecuencia se ríen nerviosamente cuando no pueden recordar una palabra.

Los pacientes también pueden hacer la misma pregunta o repetir la misma palabra una y otra vez, a la vez que repiten las mismas acciones. Esta repetición del habla o de la conducta se denomina **perseveración**. Puede ser irritante para el cuidador que está respondiendo continuamente la misma pregunta o escuchando la misma palabra. No vale para nada decir: «Acabo de responder a eso. ¿No te acuerdas?» Los pacientes no lo recuerdan, porque, si no, no estarían haciendo otra vez la pregunta.

A medida que la enfermedad avanza, los pacientes con EA parecen perder las palabras en el orden inverso al que las aprendieron. Por ejemplo, un niño de 2 años de edad comienza a hablar designando los objetos, o con los nombres; después se añaden los verbos; después se forman frases cortas. Posteriormente vienen los adjetivos, adverbios y preposiciones, para formar frases más complejas. Los pacientes con EA pierden el lenguaje en orden inverso. Pierden los adjetivos, los adverbios y las preposiciones primero, y los nombres lo último. Pueden recorrer todo el camino inverso desde las frases complejas hasta palabras únicas. El paciente y el cuidador pueden sentir frustración a medida que la comunicación se hace más difícil, y el paciente no puede expresar sus necesidades en un lenguaje que pueda entender el cuidador. Otras conductas problemáticas pueden empeorar cuando finaliza la comunicación verbal. Piense en un niño de 2 años de edad que tiene una rabieta porque usted no entiende lo que él quiere.

En las fases finales los pacientes no pueden hablar nada en absoluto. Sin embargo, es imposible predecir cuánto comprenden.

CASO CLÍNICO

En una ocasión, Agnes, que había tenido afasia durante 1 año, ingresó en la residencia de ancianos. Su marido Tom, con el que llevaba casada 40 años, la había atendido en su domicilio. Tom venía a la residencia de ancianos para darle todas las comidas. Durante su estancia Tom tuvo un infarto de miocardio y hubo que llevarle al hospital.

Después de 2 días sin que Tom fuera a la residencia de ancianos, Agnes miró a la auxiliar de enfermería y preguntó: «¿Dónde está Tom?» El profesional de enfermería respondió la pregunta, y la paciente nunca volvió a hablar. El personal no tenía ninguna explicación para esas tres palabras.

Reacciones catastróficas

Las **reacciones catastróficas** pueden aparecer en cualquier momento de la evolución de la enfermedad. Habitualmente se describen como una respuesta explosiva totalmente desproporcionada a la situación que la causó. Las conductas que se podrían ver incluyen gritar, llorar, blasfemar, golpear, escupir, dar patadas, etc. (ya ve el cuadro). Los pacientes con EA tienen dificultad para controlar la conducta emocional debido a los cambios fisiológicos del encéfalo. La parte del encéfalo que permite el juicio y el pensamiento crítico no funciona adecuadamente, por lo que el paciente no puede controlar la conducta inadecuada. Los pacientes con EA tienen dificultad para procesar múltiples estímulos. Tienen problemas para comunicarse. Cuando se enfrentan a demasiadas solicitudes, demasiadas preguntas, demasiadas opciones, pueden responder de forma catastrófica, gritando o arremetiendo contra la persona u objeto más cercano. Los pacientes también pueden tener **labilidad emocional**. (El estado de ánimo puede cambiar sin motivo aparente.) Los pacientes pueden llorar o reír en exceso por nada, especialmente cuando se enfrentan a una situación que no comprenden.

A veces es posible predecir qué situación o persona desencadenará la reacción catastrófica; en otras ocasiones no es posible. La revisión de todas las situaciones en las que se produce, incluyendo los episodios o personas precipitantes, puede ayudar al cuidador a evitar la conducta problemática en el futuro. Las intervenciones para las conductas difíciles en la EA se analizan en la sección de Asistencia de enfermería, más adelante en este capítulo. La figura 15-4 ■ muestra a un hombre que responde con ira catastrófica y al que da su apoyo su esposa, que es su cuidadora.

ASISTENCIA INTEGRAL

La asistencia del paciente con EA incluye una multitud de actores del equipo. Además del médico y el profesional de enfermería, el equipo terapéutico está formado por trabajador social, director de actividades, a veces fisioterapeuta o terapeuta ocupacional, logopeda y auxiliar de enfermería. Los familiares y el propio paciente, cuando sea posible, también deben formar parte del equipo.

El primer paso crítico es diagnosticar la enfermedad con la mayor exactitud posible. Como los síntomas y signos del trastorno confusional y la demencia son tan similares, el médico debe eliminar todas las posibles causas tratables de un trastorno confusional. Se deben realizar las pruebas que se han mencionado en el trastorno confusional para descartar enfermeda-



Figura 15-4. ■ Varón que tiene una reacción catastrófica y su esposa, que es su cuidadora. *Fuente:* PhotoEdit Inc.

des irreversibles. El médico también debe consultar los criterios (v. cuadro 15-3) del manual DSM-IV-TR como parte del proceso diagnóstico.

Habitualmente se realiza una exploración física completa que puede incluir preguntas relacionadas con el proceso de la memoria. Es importante que estén presentes los familiares para oír las preguntas y respuestas, o que los familiares estén accesibles para validar las respuestas que dé el paciente. Con mucha frecuencia el paciente inventará respuestas para ocultar su escasa memoria; una persona que no conozca al paciente podría suponer que estas respuestas son exactas. Recuerde a nuestra paciente Edith. Cuando el médico realizaba la exploración física, le preguntó donde habían nacido sus hijos. Edith respondió: «Oh, hemos vivido en muchos sitios, es difícil recordarlo». En realidad la familia había vivido sólo en dos lugares cuando nacieron los hijos. La respuesta de Edith era plausible, pero no era cierta.

Aunque la RM o la TC pueden mostrar cierto deterioro del encéfalo (contracción de la estructura del encéfalo asociada a la memoria), ninguna de las pruebas puede *demonstrar* que la enfermedad es realmente enfermedad de Alzheimer. Otra prueba que actualmente se está proponiendo como más definitiva es la PET, que puede facilitar el diagnóstico y el tratamiento más tempranos de la EA (Brindle, 2005). Las imágenes que genera la PET pueden mostrar la presencia de proteína beta-amiloide en el encéfalo de los pacientes con EA (Alzheimer's Association, 2007b). La figura 15-5 ■ muestra un ejemplo de PET de un paciente con enfermedad de Alzheimer.

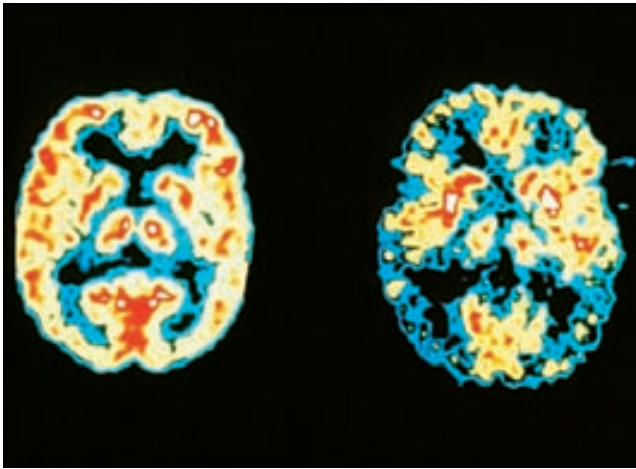


Figura 15-5. ■ PET normal a la izquierda con áreas activas rojas y amarillas que indican tasas metabólicas normales. PET de la enfermedad de Alzheimer a la derecha con zonas anormalmente grandes de color azul que indican un metabolismo anormalmente bajo en los lóbulos parietales y temporal. *Fuente:* Photo Researchers, Inc.

El genotipado de la ApoE es una prueba genética que se puede utilizar para confirmar únicamente la EA de inicio tardío (Brindle, 2005). Además de las pruebas de laboratorio y los estudios radiológicos, también se explora el estado mental del paciente. Como ya se ha mencionado, el médico puede simplemente hacer al paciente preguntas aleatorias durante una exploración física para determinar las capacidades cognitivas del paciente y la magnitud del deterioro de la memoria. Si el paciente ingresa en un centro sanitario, se puede realizar una exploración estructurada y abreviada del estado mental. Se dispone de diversas herramientas. La Mini-Mental State Examination (MMSE, exploración abreviada del estado mental), desarrollada por M. F. Folstein, es una de las herramientas más utilizadas (cuadro 15-5 ■). Estudia la orientación del paciente, su capacidad de lenguaje (uso, comprensión, lectura y escritura), la capacidad matemática y la memoria a corto plazo. El explorador realiza una estimación subjetiva del nivel de conciencia del paciente. Cuando se administra esta prueba, el profesional de enfermería debe tener en consideración también el nivel educativo del paciente (Naylor, Stephens, Bowles y Bixby, 2005). Una puntuación perfecta en esta prueba es 30, y se considera que cualquier puntuación por encima de 24 está en el intervalo normal.

Los pacientes que superan la prueba MMSE con una puntuación limítrofe, es decir, aproximadamente 23 o 24, también pueden ser sometidos a la escala Brief Dementia Severity Rating Scale (BDSRS, escala abreviada para determinar la gravedad de la demencia), que puede ser más definitiva para identificar a pacientes con pérdidas cognitivas (Naylor y cols., 2005). La herramienta Confusion Assessment Method (CAM, método de evaluación de la confusión), a la que se ha hecho referencia en la sección sobre el trastorno confusional, a veces se utiliza durante la valoración del estado mental para diagnosticar la EA. Una nueva herramienta para la explora-

CUADRO 15-5

Exploración abreviada del estado mental

Orientación en el tiempo

«¿Qué día es hoy?»

Registro

«Escuche atentamente. Voy a decir tres palabras. Repítalas cuando yo acabe.

¿Preparado? Aquí están...

CASA (pausa), COCHE (pausa), LAGO (pausa). Ahora repítame estas palabras».

[Repetir hasta cinco veces, aunque puntuar sólo el primer intento.]

Designación

«¿Qué es esto?» [Señale un lápiz o una pluma.]

Lectura

«Lea esto y haga lo que dice». [Muestre al paciente las palabras del impreso de estímulo.]

CIERRE LOS OJOS

Fuente: Reproducido con autorización especial del editor Publisher, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, de Mini Mental State Examination, por Marshal Folstein y Susan Folstein, Copyright 1975, 1998, 2001 por Mini Mental LLC, Inc. Publicado en 2001 por Psychological Assessment Resources, Inc. Se prohíbe su reproducción sin autorización de PAR, Inc. La herramienta MMSE se puede comprar a PAR, Inc., llamando al (800)331-8378 o (813) 968-3003.

ción del estado mental se llama Mini-Cog, y está formada por un recuerdo de tres objetos y una prueba de dibujar un reloj. Se puede utilizar en todos los contextos sanitarios y, al contrario que la herramienta MMSE, los resultados no dependen del nivel educativo, el idioma ni la cultura (Doerflinger, 2007).

El diagnóstico habitualmente se realiza cuando el médico ha descartado todas las demás causas. Entonces el médico puede decir que el diagnóstico *probable* es enfermedad de Alzheimer. La estadística muestra que este proceso de eliminación tiene una exactitud del 90% (Brindle, 2005). Hasta la fecha, la única confirmación absoluta de la enfermedad es la autopsia.

Fármacos

Aunque no hay curación para la EA, los investigadores han descubierto fármacos que pueden prolongar las fases tempranas y medias de la enfermedad. Estos fármacos pertenecen a la familia de los **inhibidores de la colinesterasa**, y se les denomina fármacos antidemencia. Como ya se ha mencionado, los pacientes con EA tienen reducción de la cantidad del mensajero químico (neurotransmisor) llamado acetilcolina. Los inhibidores de la colinesterasa prolongan el tiempo durante el que el cuerpo puede utilizar la acetilcolina. Lo hacen inhibiendo la acción de la acetilcolinesterasa, una enzima natural que destruye la acetilcolina en el cuerpo. El 50% de los

pacientes que utilizan inhibidores de la colinesterasa tiene alguna mejoría con los fármacos (Alzheimer's Association, 2007e).

Muchos pacientes con EA que utilizan inhibidores de la colinesterasa tienen mejoría de la cognición, la conducta y desempeño de funciones (Gray-Vickrey, 2002). Sin embargo, el encéfalo produce cada vez menos acetilcolina a medida que avanza la enfermedad de Alzheimer, por lo que hay una menor cantidad del neurotransmisor disponible para el fármaco. La tabla 15-3 ■ muestra una revisión exhaustiva de los fármacos actuales.

El primer inhibidor de la colinesterasa que estuvo disponible fue la tacrina, en 1993. Actualmente no es comercializada por la compañía farmacéutica y se prescribe con poca frecuencia porque se asocia a trastornos digestivos graves y toxicidad hepática (Brindle, 2005).

Los nuevos inhibidores de la colinesterasa son donepecilo, rivastigmina y galantamina. Los efectos adversos más frecuentes de estos fármacos son náuseas, vómitos, anorexia y diarrea. Estos fármacos aumentan el riesgo de úlcera gástrica y, por lo tanto, se deben administrar con precaución en pacientes que actualmente tomen AINE. Todos ellos pueden producir bradicardia y se deben utilizar con precaución en pacientes que ya tomen fármacos que retrasen el corazón o

que tengan tendencia a la taquicardia. La galantamina tiene la ventaja de facilitar la liberación de más acetilcolina y potenciar la neurotransmisión colinérgica. El donepecilo es el único que se administra una vez al día. Los científicos están trabajando actualmente en un parche transdérmico de rivastigmina que se podría aplicar una vez al día y administraría una dosis continua del fármaco. Esto podría ser particularmente útil en los pacientes que se resisten a tomar fármacos orales. Aunque los inhibidores de la colinesterasa se han recomendado tradicionalmente en la EA leve a moderada, en 2006 la FDA señaló que el donepecilo también es eficaz en la EA grave.

La FDA autorizó en octubre de 2003 un tipo diferente de fármaco, memantina, que estuvo disponible con receta en enero de 2004. Es el primer fármaco antidemencia diseñado específicamente para la enfermedad de Alzheimer moderada a grave. Este fármaco protege a las células nerviosas del encéfalo de las cantidades excesivas del neurotransmisor glutamato, que se produce en exceso en pacientes con EA. Cuando el glutamato se une a la superficie de las células del encéfalo permite que el calcio fluya libremente hacia el interior de la célula, produciendo una destrucción celular adicional. La memantina impide que se produzca este fenómeno destructivo. En los estudios

TABLA 15-3

Fármacos utilizados en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer

FÁRMACO	ACCIÓN	PRESENTACIÓN Y DOSIS HABITUAL	EFFECTOS ADVERSOS	CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA
Tacrina	Inhibidor de la colinesterasa	Cápsulas, 10 mg 4 veces/día; se puede aumentar en 4 mg/día cada 4 semanas hasta un máximo de 40 mg 4 veces/día	Náuseas, diarrea, lesión hepática, hemorragia digestiva, bradicardia	Monitorizar la función cognitiva. Monitorizar a diario la frecuencia cardíaca. Monitorizar enzimas hepáticas. Utilizar AINE con precaución. Dar con alimentos.
Donepecilo	Inhibidor de la colinesterasa	Comprimidos v.o. y comprimidos de disolución oral (ODT), 5 mg al día; se puede aumentar hasta 10 mg al día después de 4-6 semanas	Náuseas/vómitos, diarrea, cefalea, bradicardia	Monitorizar la función cognitiva. Monitorizar la frecuencia cardíaca a diario. Utilizar AINE con precaución. Observar las posibles interacciones medicamentosas. Dar al acostarse. Permitir que el ODT se disuelva en la lengua y después tomar un vaso de agua.
Rivastigmina	Inhibidor de la colinesterasa	Cápsulas y solución oral, 1,5 mg dosis al día; se puede aumentar en 3 mg/día cada 2 semanas hasta dar un máximo de 6 mg 2 veces al día	Náuseas/vómitos, pérdida de peso, molestia gástrica, debilidad muscular	Monitorizar la función cognitiva. Monitorizar para detectar alteraciones digestivas. Recordar al paciente que el tabaco puede reducir la concentración sanguínea del fármaco. Utilizar con precaución con AINE. Educar al paciente y al cuidador sobre el uso adecuado de la jeringuilla de la solución oral. Dar con alimentos.

TABLA 15-3

Fármacos utilizados en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer (cont.)

FÁRMACO	ACCIÓN	PRESENTACIÓN Y DOSIS HABITUAL	EFFECTOS ADVERSOS	CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA
Galantamina	Inhibidor de la colinesterasa	Comprimido, cápsula de liberación extendida, solución oral; 4 mg 2 veces al día; se puede aumentar cada 4 semanas hasta un máximo de 12 mg 2 veces al día. Las cápsulas de liberación extendida se administran en dosis de 8 mg/día en una única dosis y se pueden aumentar cada 4 semanas hasta un máximo de 24 mg/día.	Náuseas/vómitos, pérdida de peso, diarrea, bradicardia	Monitorizar la función cognitiva. Monitorizar la frecuencia cardíaca a diario. Monitorizar para detectar alteraciones digestivas. Dar con las comidas de la mañana y de la noche. Dar las cápsulas de liberación extendida por la mañana con alimento. Animar al paciente a que beba 6-8 vasos de agua al día.
Memantina	Antagonista del receptor N-metil-D-aspartato (NMDA)	Comprimidos y solución oral, 5 mg al día; se puede aumentar cada semana hasta una dosis máxima de 20 mg/día (10 mg 2 veces al día).	Mareo, cefalea, estreñimiento, confusión, anemia	Monitorizar la función cognitiva. Monitorizar la hemoglobina y hematocrito. Educar al paciente y su familia sobre la posibilidad de caídas por mareo. Administrar la solución oral con la jeringuilla que se suministra.
Vitamina E	Suplemento nutricional	400 a 800 UI 2 veces al día como suplemento al inhibidor de la colinesterasa	No se han descrito problemas significativos con dosis bajas; náuseas y dolor abdominal cólico con dosis elevadas	Educar al paciente sobre los efectos anticoagulantes de la vitamina E. Los pacientes que reciben warfarina, ácido acetilsalicílico o suplementos de <i>Ginkgo biloba</i> pueden tener un aumento de la tendencia hemorrágica.

Fuente: Adaptado de Brindle, J. (2005). Meeting the challenges of Alzheimer's care. RN, 68(1), 29-34; Deglin, J., & Vallerand, A. (2007). *Davis's drug guide for nurses* (10th ed.) Philadelphia: F. A. Davis; and National Institute on Aging. (2006, December 14). Alzheimer's disease medication fact sheet. Recuperado el 3 de junio de 2007, de <http://www.nia.nih.gov/Alzheimer's/Publications/medicationsfs.htm>.

clínicos la memantina se utilizó sola o con el inhibidor de la acetilcolinesterasa donepecilo, con resultados excelentes. La memantina se administra 2 veces al día y tiene pocos efectos adversos graves.

Actualmente se están estudiando 100 fármacos en estudios clínicos para determinar su eficacia en el tratamiento de la EA. Uno de estos fármacos, el tramiprosato, ha llegado a la fase III del estudio clínico, lo que indica que casi ha finalizado con éxito los estudios necesarios antes de su envío a la FDA para obtener su aprobación. Está diseñado para evitar la formación de amiloide y su depósito en el encéfalo y para reprimir la inflamación asociada a la acumulación de la proteína del amiloide (Alzheimer Research Forum, 2007). Otros fármacos prometedores que se están estudiando son nefiracetam y CX516, que están en la fase II de los estudios clínicos (Brindle, 2005). Los científicos siguen buscando una vacuna que pudiera llegar a prevenir la enfermedad.

Otros fármacos que se administran a los pacientes con EA no mejoran las funciones cognitivas, aunque sí controlan las con-

ductas problemáticas de agresividad y agitación, depresión, paranoia e ideas delirantes. Estos fármacos podrían ser antipsicóticos, ansiolíticos o antidepresivos. Actualmente se incluye una advertencia seria sobre el uso de antipsicóticos. La olanzapina, la risperidona y la quetiapina se deben utilizar con precaución en pacientes ancianos con síntomas psicóticos relacionados con la demencia. Estos fármacos aumentan el riesgo de muerte de estos pacientes por problemas cardiovasculares. La otra dificultad con el uso de estos antipsicóticos es que bloquean los receptores de la acetilcolina, reduciendo la cantidad de un neurotransmisor que ya está disminuido en la EA. El deterioro cognitivo puede llegar a acelerarse (Petersen, 2002). Los siguientes son algunos de los fármacos que se utilizan con más frecuencia:

Antipsicóticos
haloperidol
olanzapina
risperidona
quetiapina

Ansiolíticos (antiansiedad)

alprazolam
buspirona
loracepam

Antidepresivos

bupropión
fluoxetina
sertralina
paroxetina
citalopram

El cuadro 15-6 ■ analiza el uso de terapias complementarias y alternativas en pacientes con EA. Ninguno de los productos herbales está regulado por la FDA.

Se ha propuesto que los antiinflamatorios, como ibuprofeno, naproxeno e indometacina son protectores frente al inicio temprano de la EA (Gruetznier, 2001). Los nuevos antiinflamatorios, los inhibidores de la COX-2, como celecoxib, son más seguros para el estómago y los riñones que los AINE y finalmente puede que también se recomienden para tratar la EA temprana o para retrasar el inicio de la enfermedad.

Como se puede ver en la tabla 15-3, la Alzheimer's Association recomienda la vitamina E después de muchos estudios que han demostrado su eficacia en el tratamiento de pacientes con EA, sola o combinada con un inhibidor de la colinesterasa. Los investigadores han encontrado que la muerte de las células cerebrales en pacientes con EA se puede deber a la presencia de radicales libres (moléculas inestables y libres que se liberan durante los procesos fisiológicos diarios del cuerpo). En estudios preliminares se ha demostrado que la vitamina E retrasa la velocidad de deterioro en pacientes que están en las fases media y tardía de la EA. Un estudio encontró que la vitamina E retrasaba la progresión de la EA en casi 1 año (Shankle y Amen, 2004). La combinación con vitamina C, otro antioxidante, a diario hace que sea incluso más eficaz.

Tratamientos paliativos

Otros tratamientos para los pacientes con EA son principalmente paliativos. Como puede ver por la progresión de la enfermedad, se debe proteger a los pacientes de su propia falta de cognición y juicio. Necesitan un entorno seguro. Necesitan ayuda con todas las actividades de la vida diaria y posteriormente necesitarán cuidados totales. Las familias pueden necesitar un descanso del trabajo de atender al paciente con EA durante 24 horas.

Terapeutas y personal de apoyo

En las fases tempranas de la enfermedad los fisioterapeutas podrían participar para ayudar con los problemas de motilidad. Los terapeutas ocupacionales pueden aportar propuestas para simplificar tareas, como cocinar y limpiar. También pueden aportar sugerencias para actividades de ocio.

CUADRO 15-6

Terapias complementarias/alternativas para pacientes con EA

Entre los tratamientos complementarios y alternativos que se están investigando actualmente para la EA están los siguientes:

1. La deshidroepiandrosterona (DHEA) también se conoce como prasterona. Es sintetizada por las glándulas suprarrenales y es un precursor de las hormonas sexuales andrógenos y estrógenos. Se utiliza en la EA para mejorar la función cognitiva y la memoria. No se debe utilizar en pacientes con cánceres relacionados con hormonas, como cáncer de mama o de próstata, ni en pacientes con diabetes.
2. El *Ginkgo biloba* es una planta con propiedades antiinflamatorias y antioxidantes. Estudios de investigación han encontrado que es eficaz en la mejoría de la cognición, la capacidad de realizar las AVD y la conducta social. El *Ginkgo biloba* tiene algunas propiedades anticoagulantes, por lo que aumenta el tiempo de coagulación de los pacientes. No se debe utilizar en pacientes que tomen ácido acetilsalicílico ni otros fármacos anticoagulantes.
3. La hupercina A, que es un extracto de un musgo chino, tiene propiedades similares a los inhibidores de la colinesterasa (Alzheimer's Association, 2007e). Es tan potente como los fármacos de venta con receta que ya se han descrito. Sin embargo, como los otros productos herbales, se puede vender sin receta y no está regulado por la FDA para determinar su pureza y sus características. No se debe utilizar con ninguno de los inhibidores de la colinesterasa de venta con receta, porque podría producir toxicidad medicamentosa.
4. La coenzima Q10 (ubiquinona) es un antioxidante que aparece de forma natural en el cuerpo. También se puede producir mediante síntesis. Todavía no se ha determinado el régimen posológico seguro.

Los trabajadores sociales o los capellanes pueden trabajar con las familias que luchan con el diagnóstico de EA de su ser querido. Con frecuencia los trabajadores sociales participan en los grupos de apoyo a los cuidadores o los dirigen. Los logopedas pueden valorar las capacidades de deglución del paciente y proponer formas de evitar los agrandamientos. Los auxiliares de enfermería realizan la mayor parte de la asistencia práctica en los centros de cuidados crónicos; necesitan formación y práctica sobre las formas más adecuadas de responder a las conductas del paciente con EA.

El director de actividades o los auxiliares de actividades de las unidades de enfermedad de Alzheimer o de centros de día de adultos pueden hacer que la vida de los pacientes afectados por EA sea diferente. Las actividades ayudan a mantener la sensación de bienestar físico y pueden distraer a los pacientes de otras conductas inaceptables. Los miembros del personal de actividades tienen formación para ofrecer actividades que permitan que los pacientes con EA ten-

gan éxito. Una paciente puede no ser capaz de hornear una rebanada de pan sola, aunque sí puede ser capaz de añadir un ingrediente a la masa que se colocará en una máquina de hacer pan para hacer el pan para la unidad. Además de dar a los pacientes algo productivo que hacer, el olor del pan horneándose en la unidad puede devolverle muchos recuerdos agradables de su hogar. Dar paseos, ir de excursión en autobús con los demás, juegos sencillos y ejercicios son actividades útiles en las vidas de los pacientes con EA. Incluso cuando los pacientes con EA han alcanzado la fase avanzada de la enfermedad, pueden responder al tacto humano. Con frecuencia los miembros del personal de actividades ofrecen música suave al paciente mientras realizan masajes de manos o de pies. Es una acción de estimulación sensitiva sencilla que puede ser calmante para el paciente que esencialmente no es reactivo. El uso de aromaterapia es otro método no farmacológico que se utiliza para reducir la agitación que a veces se encuentra en la EA; la combinación de aceites esenciales en una base de loción y su posterior aplicación a la cara y los brazos combina los efectos tranquilizantes del aroma con la estimulación sensitiva del tacto (Resnick, 2003).

La American Therapeutic Recreation Association (ATRA) ha elaborado directrices para integrar la terapia recreativa en el tratamiento de los pacientes con EA que también tienen agresividad o pasividad. La premisa es que esta conducta se debe a las necesidades no satisfechas de los pacientes. Los terapeutas recreativos que están formados especialmente en esa técnica pueden valorar y elaborar un plan terapéutico que satisfaga estas necesidades no satisfechas. Ofrecen al paciente actividades significativas que le permiten tener éxito al restaurar parte de la independencia que tenía el paciente en otro tiempo (Buettner y Kolanowski, 2003). Lamentablemente, los terapeutas recreativos licenciados se encuentran sólo en hospitales y unidades de rehabilitación especializados y no en los centros asistenciales de cuidados crónicos habituales, en los que se encuentra la mayoría de los pacientes con EA.

Terapia de reminiscencia

La facilitación de la *reminiscencia* (recuerdo) con el paciente que está en las primeras fases de la EA puede ser útil para la familia, el personal y el paciente. Con frecuencia la memoria a largo plazo está mejor conservada que la memoria a corto plazo, por lo que es probable que esta actividad produzca una respuesta. La **terapia de reminiscencia** es una terapia en la que se introducen temas en un intento de evocar recuerdos relacionados. La sesión de reminiscencia se podría centrar en un tema particular en el que los miembros del personal ofrecen objetos relacionados con el tema. Por ejemplo, traiga un par de zapatos, imágenes de zapatos, un poema o una canción sobre zapatos, y después pregunte al paciente: «Hábleme de su par de zapatos favoritos». En otros casos los miembros del personal simplemente preguntan al paciente por su pasado, a

veces después de haber obtenido datos útiles de los familiares. En un estudio, los pacientes no colaboradores con trastornos cognitivos fueron más cumplidores y participaron más si se les daba la oportunidad de recordar (Conroy y Nottoli, 1999). Los familiares pueden querer registrar en cinta algunas de estas sesiones para captar recuerdos que finalmente se perderán. Si un paciente está en un centro asistencial crónico, con frecuencia se pide a los familiares que traigan álbumes de fotografías, fotografías familiares para la pared y álbumes de recortes para disponer de una base para los momentos de reminiscencia.

Terapia de validación

Naomi Feil, una trabajadora social, desarrolló la terapia de validación en 1963. Describió la terapia como un «método empático de comunicación» con pacientes que sufren de EA (Feil, 1993). Es un método para afirmar, o validar, la individualidad y las capacidades de una persona (Fazio, Seman y Stansell, 1999). Se puede utilizar para responder a preguntas y conductas repetitivas. En lugar de intentar orientar sobre la realidad el paciente con EA avanzada, en la terapia de validación el cuidado entra en la realidad del paciente. Al orientar al paciente sobre la realidad en lugar de obligarle a adaptarse, el profesional de enfermería puede prevenir una reacción catastrófica. El profesional de enfermería *valida* (da valor) a los pacientes con EA y sus creencias.

CASO CLÍNICO

Considere el ejemplo de Clara, una anciana con EA que continuamente acude al puesto de enfermería preguntando a qué hora sale el autobús. Un profesional de enfermería que no estaba familiarizado con la terapia de validación seguía respondiéndole: «Esto es una residencia de ancianos. No es una estación de autobuses. No va a venir ningún autobús». La paciente se marchaba y después volvía periódicamente con la misma pregunta, frustrándose cada vez más siempre que venía al mostrador. El profesional de enfermería también estaba irritado porque se le hiciera la misma pregunta y por tener que «orientar» continuamente hacia la realidad a la paciente. Finalmente, un auxiliar de enfermería le dijo a la residente: «Ya sabe, Clara, es muy tarde y esta noche ya no salen más autobuses». Clara parecía aliviada, volvió a su habitación y pidió al personal que le ayudara a ir a la cama. No volvió al puesto de enfermería.

Otra técnica de terapia de validación es dar al paciente la oportunidad de imaginar ir a casa, ver a sus hijos o ver a sus padres. Por ejemplo, cuando un paciente se enfada por no poder ir a casa, simplemente decir: «Debe echar mucho de menos su casa. Hábleme sobre ello», es una forma que permite que el paciente con EA «vuelva a casa» sin siquiera salir del centro.

Terapias creativas

La terapia con mascotas, la terapia musical y la terapia artística son otras técnicas que se han utilizado con cierto éxito en pacientes con EA. Los pacientes con EA también responden positivamente a visitas de niños si la situación no es demasiado estimulante para ellos. Es prudente evitar que haya muchos niños pequeños, música intensa y muchas visitas a la vez. Se deben mantener las actividades tranquilas y sencillas.

Apoyo familiar

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad verdaderamente devastadora para el paciente y para su familia. La familia debe formar parte del plan asistencial de la misma forma que el paciente. Anime a los familiares a que se apunten a un grupo de apoyo de enfermedad de Alzheimer, independientemente de que el paciente se quede en su domicilio o entre en una residencia de ancianos. Cuanta más información tengan los familiares sobre la enfermedad, mejor podrán aceptar los cambios de conducta que se producen y que se producirán. En la residencia de ancianos se invita a los familiares a que participen en reuniones trimestrales de planificación de la asistencia de enfermería. El profesional de enfermería responsable habitualmente dirige estas reuniones. Los familiares pueden oír los avances que hace el paciente, además de los problemas que tiene el personal. Con frecuencia el familiar puede aportar información sobre el pasado del paciente que pueda explicar la conducta actual. Los miembros de personal tenían un problema frecuente con un paciente de un centro de cuidados crónicos que con frecuencia salía para hacer sus deposiciones. La familia informó al personal de que el paciente había sido pastor en la juventud, y el exterior era el único lugar en que podía hacer sus deposiciones. Esto no alivió la consternación del personal, aunque sí les ayudó a comprender la conducta. Los familiares también pueden tener propuestas útiles sobre formas eficaces de manejar algunas acciones del paciente.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

El primer paso para obtener datos para la valoración es determinar si el paciente tiene la capacidad de participar. Usted debe obtener cuidadosamente datos sobre las capacidades cognitivas del paciente, y debe verificar su exactitud. En las primeras fases algunos pacientes con EA pueden responder a preguntas sencillas. Responden mejor a preguntas cerradas de tipo sí o no. Otros podrían estar más allá de esta fase en el momento en que les valora. En cualquier caso, confirme la información que reciba del paciente con la familia o los amigos del paciente, u obtenga la información directamente de ellos. Recuerde que en los pacientes con EA con frecuencia utilizan

fabulación para ocultar su confusión. Raras veces dirán: «No lo sé». Lo que a usted le parece una respuesta plausible podría estar muy alejado de la realidad.

Observe de cerca a los pacientes. Observe si están vestidos adecuadamente y tienen una buena higiene. Observe cualquier dificultad del lenguaje. ¿Pierden con facilidad el tren del pensamiento? ¿Utilizan palabras erróneas? ¿Observa alguna perseveración o fabulación? ¿Están orientados en cuanto a tiempo, lugar y persona?

Si los pacientes pueden responder, pregúnteles sobre los diagnósticos médicos que puedan tener y obtenga una lista de los fármacos que estén tomando actualmente, incluyendo fármacos de venta sin receta y suplementos. Es recomendable pedir a la familia que traiga las medicinas de los pacientes, para que las pueda ver usted mismo. Los familiares probablemente sean los que mejor pueden responder a preguntas sobre la capacidad de los pacientes de realizar sus propias actividades de la vida diaria, pagar las facturas, hacer la compra, etc. Los familiares también pueden describir cualquier cambio de la personalidad o conducta poco habitual que hayan observado. ¿Los pacientes han empezado a acumular cosas o han acusado a los demás de robarles? ¿Han salido de casa y se han perdido? ¿Han empezado a tener incontinencia? ¿Han tenido alguna conducta que mostraba falta de juicio? ¿Duermen más o menos? ¿Han empezado a aislarse de los demás?

Todas estas respuestas y observaciones ayudarán a establecer diagnósticos de enfermería adecuados para el paciente. También es importante observar a los cuidadores. Pueden estar empezando a tener cansancio en el desempeño del rol cuidador si han atendido al paciente durante algún tiempo sin reposo. Los datos indicativos de cansancio en el desempeño del rol cuidador podrían incluir aspecto descuidado del cuidador o irritabilidad con el paciente durante la entrevista. En un caso detectamos olor a alcohol en el aliento del cuidador a las 10 de la mañana. Los cuidadores podrían mencionar su astenia extrema, insomnio o pérdida de peso, o pueden parecer apáticos. Los cuidadores pueden precisar también intervenciones de enfermería. Es interesante señalar que la depresión aparece en el 20% de los pacientes con EA y en cerca del 50% de los cuidadores de pacientes con EA (Brindle, 2005). La figura 15-6 ■ muestra a un cuidador con depresión.

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

Muchos diagnósticos de enfermería se aplican a los pacientes con EA. Algunos de los más frecuentes son:

- Confusión crónica, relacionada con deterioro orgánico
- Trastorno del patrón del sueño, relacionado con disminución de las actividades diurnas y cambio de entorno



Figura 15-6. ■ Los cuidadores de los pacientes con EA suelen tener depresión. Fuente: Getty Images, Inc.-Taxi.

- Déficit del autocuidado: baño/higiene, relacionado con deterioro cognitivo
- Riesgo de lesión, relacionado con deterioro cognitivo, mal equilibrio, problemas perceptuales y juicio inadecuado
- Deterioro de la memoria, relacionado con cambios orgánicos
- Vagabundeo, relacionado con deterioro cognitivo

La ansiedad y el afrontamiento individual ineficaz son más frecuentes en fases tempranas de la enfermedad, porque el paciente sigue teniendo suficiente capacidad cognitiva para comprender el diagnóstico y percibir lo que le deparará el futuro. Hay confusión y deterioro de la memoria en todas las fases de la EA. En las fases tardías de la EA aumentan los diagnósticos de enfermería relacionados con deterioro de la función motora, incontinencia, autocuidado y comunicación.

Los objetivos o resultados del paciente con EA deben ser realistas. Los profesionales de enfermería deben intentar ayudar al paciente a mantener contacto con la realidad en la medida de lo posible y durante el mayor tiempo posible. Algunos resultados para el paciente con EA incluyen los siguientes:

- El paciente responderá adecuadamente en mi turno a tres preguntas de sí o no.
- El paciente habrá dormido 6 horas sin interrupción al menos cuatro veces al final de esta semana.
- El paciente se lavará la cara con una ayuda mínima al final de esta semana.
- El paciente no se caerá en mi turno.
- El paciente podrá localizar su habitación al menos una vez al día en la semana próxima.

- El paciente no saldrá del centro sin vigilancia durante mi turno.

Estos objetivos son ejemplos de resultados sencillos, mensurables y realistas para el paciente con EA. Hablar con los cuidadores actuales de los pacientes le ofrecerá el mejor cuadro de lo que los pacientes pueden hacer en realidad y de lo que podrían conseguir en este punto.

Aborde los problemas de conducta

Muchos de estos diagnósticos de enfermería se relacionan con los problemas de conducta que ya se han analizado antes en este capítulo. En el cuadro 15-7 ■ se muestran las intervenciones propuestas para cada una de estas conductas. La confusión crónica de los pacientes con EA se puede manifestar en cualquiera de las conductas problemáticas que ya se han señalado.

Muestre interés

Reconozca que todas las conductas son significativas para el paciente, independientemente de que usted entienda o no su significado. Indique al paciente que está interesado en él y que quiere entenderle. Esto supone establecer contacto ocular con el paciente y darse tiempo para realmente observar y escuchar. Aquí también se puede utilizar la validación. Por ejemplo, estar en casa para recibir a los niños después del colegio con frecuencia es una preocupación para las pacientes mujeres. Usted está validando los sentimientos y emociones de la paciente cuando reconoce lo frustrada que está por no poder estar en casa para poner a los niños la merienda. Sea creativo para encontrar un motivo por el que los niños no volverán a casa justo ahora, y después pida a la paciente que describa las meriendas que solía preparar. Si hay alguna forma en la que la paciente pueda poner una merienda sencilla para los demás residentes, ayúdela a hacerlo.

Proteja al paciente contra las caídas

La principal causa de muerte relacionada con lesiones en pacientes de 65 años o mayores son las caídas, y los pacientes con EA son muy susceptibles a estos episodios. Los pacientes con EA con frecuencia tienen debilidad muscular, defectos del equilibrio, la visión y la marcha, deterioro de la movilidad física (presente en el 89% de los pacientes con demencia que viven en centros de cuidados crónicos), depresión y deterioro cognitivo. Otros factores que incrementan el riesgo incluyen enfermedades médicas y fármacos (Alzheimer's Association, 2007a).

Ser consciente continuamente del entorno le permitirá avanzar mucho para proteger al paciente de las lesiones. Siempre debe considerar que la percepción de los estímulos podría estar alterada en los pacientes con EA. Por ejemplo, en un centro de cuidados crónicos se pusieron nuevas losetas en el suelo de la unidad de Alzheimer. Después de haber puesto las losetas, los pacientes tenían miedo a salir de sus habitaciones. Si se aventuraban a salir, daban pasos inmensos para

CUADRO 15-7 LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA**Intervenciones para las conductas problemáticas en la EA****Vagabundeo**

- ✓ Intente determinar por qué el paciente está vagando: necesidad de utilizar el servicio, hambre, sed, miedo, estrés, buscar un objeto perdido, buscar una relación anterior (ir a trabajar, buscar el antiguo vecindario). Si puede determinar el motivo, intente satisfacer la necesidad. Lleve al paciente al aseo; dele alimentos o bebidas; valide sus sentimientos de miedo, tranquilícele y ofrézcale un entorno en el que el paciente se sienta seguro; mentalmente vuelva a llevar al paciente a su trabajo o a su viejo vecindario pidiéndole que lo describa para usted. Permita que el paciente vague si es seguro hacerlo. Camine con el paciente. Quite los trastos de en medio y ofrézcale pasillos despejados. En la residencia de ancianos o en el hospital ofrezca al paciente una alarma electrónica, como una pulsera Wanderguard o una unidad RN-On-Call, para que suene una alarma si el paciente se levanta o se aproxima a una salida. Ponga una señal de *stop* donde no quiera que vaya el paciente. Distriga al paciente con otras actividades. En el hogar, instale detectores de movimiento. Añada cerraduras de seguridad en el interior de las puertas que dan al exterior y póngalas altas o bajas. Disimule las puertas a zonas peligrosas. Registre al paciente en el programa *Safe Return* de la Alzheimer's Association (Rowe, 2003).

Fenómeno del atardecer

- ✓ Mantenga el hogar o la unidad de la residencia de ancianos bien iluminada en todo momento. Reduzca los estímulos ambientales a última hora de la tarde, por ejemplo, bajando o apagando la televisión o la radio. Ofrezca oportunidades de hacer ejercicio durante el día, para que el paciente esté cansado por la noche. No ofrezca alimentos con cafeína por la tarde. Ofrezca un tentempié ligero (Alzheimer's Association, 2007a).

Negativa a bañarse

- ✓ Determine el motivo de la negativa: miedo por falta de comprensión, falta de coordinación motora para realizar las acciones necesarias, recuerdos desagradables, incomodidad por tener a alguien en el baño, falta de interés en la higiene personal. Tranquile al paciente si el motivo es el miedo. Esté tranquilo y sea práctico. Ofrezca ayuda. Asegúrese de que haya dispositivos en el baño que faciliten el equilibrio y la coordinación, como asideros en la bañera y bandas antideslizantes en la bañera. Siga la antigua rutina del paciente de baño o ducha y la hora del día. Tenga todo preparado de antemano, por ejemplo, tenga el agua para el baño ya corriendo a una temperatura cómoda, tenga preparadas las toallas, tenga la muda de ropa preparada, tenga el baño caliente y cómodo. Diga a los pacientes que es hora de darse un baño, no les pida si se quieren bañar o si están preparados para bañarse. Simplifique al máximo la rutina del baño. Intente cantar canciones favoritas como distracción. Anime al paciente a que huelga el jabón o el champú para aumentar el gozo del baño. Si todo lo

demás falla, considere utilizar un baño con esponja o un baño con toalla con jabón que no es necesario aclarar (Petersen, 2002).

Paranoia

- ✓ Comprenda que no es una conducta que pueda controlar el paciente; forma parte de la confusión de la enfermedad. No tiene otra explicación a sus pérdidas que pensar que alguien le quita las cosas. No discuta con el paciente sobre sus sospechas. Ofrezca ayuda al paciente para buscar los objetos perdidos. Haga una lista de objetos que se buscan con frecuencia y su localización. Intente tácticas de distracción para que el paciente no preste atención a los objetos perdidos. Responda a la emoción del paciente, no a su conducta. Valide sus sentimientos sobre la confusión y la desesperanza. No tome las acusaciones como algo personal si el paciente piensa que usted es quien le está robando. Esté tranquilo y sea tranquilizador. Plántese tener duplicados los objetos que oculta frecuentemente el paciente (Petersen, 2002).

Trastornos de lenguaje

- ✓ Para responder a las dificultades de lenguaje, usted debe trabajar con sus habilidades de escucha y con sus habilidades verbales y no verbales. Escuche con atención. Como el paciente tiene dificultad para expresarse, es aún más importante escuchar sin distracciones. Mantenga el contacto ocular y muestre interés en lo que dice el paciente. Anime y tranquilice a los pacientes que tengan dificultades. Decida la importancia que tiene corregir al paciente cuando comete un error. Si el paciente habitualmente acepta bien las correcciones e incluso se ríe de sus errores, siga adelante. Sin embargo, si las correcciones tienden a molestar al paciente, no merecen la pena (Petersen, 2002). Intente encontrar significado a lo que se ha dicho. No discuta. Intente ayudar a los pacientes presentándoles la palabra que piensa que están buscando. Si no puede encontrar la palabra, pida al paciente que la describa o que la señale (Mace y Rabins, 1999). Antes de comenzar una comunicación, preséntese al paciente como proceda. Siempre aborde al paciente desde delante. Llame al paciente por su nombre. Hable lentamente, con tranquilidad y claramente, y utilice frases cortas y sencillas. Dé a los pacientes tiempo para responder. Si los pacientes no comprenden, repita exactamente lo que ha dicho dos veces más antes de cambiar la formulación del mensaje. Puede tener que acompañar la comunicación verbal con datos visuales y gestos. Conocemos a una auxiliar de enfermería que siempre llevaba el cepillo de dientes en el bolsillo, para poder demostrar el cepillado de los dientes a los pacientes cuando les explicaba el proceso. A veces describir las cosas se recibe con más facilidad que decirlas verbalmente. Siempre trate a los pacientes con dignidad y respeto y hábleles como a adultos, no como a niños. Los pacientes con EA parecen captar muy rápidamente un tono de voz despectivo y una expresión facial de desaprobación. Utilice el humor en la medida de lo posible, tenga paciencia y esté alegre (Alzheimer's Association, 2003).

Reacciones catastróficas

✓ Comprenda que estas conductas son respuestas que no puede evitar el paciente con EA. La mejor respuesta es evitar que se produzca la reacción. Cuando usted esté familiarizado con el paciente, comenzará a comprender qué tipos de circunstancias precipitan una reacción catastrófica. La Mayo Clinic recomienda utilizar el abordaje ABC en la asistencia de la EA para prevenir la reaparición de conductas problemáticas. Este método exige que el cuidador busque la causa, o antecedente, de una conducta. Después debe revisar la respuesta, o conducta (*behavior*), que se ha precipitado. Por último, debe buscar las consecuencias de la conducta. Con demasiada frecuencia los cuidadores se centran en las consecuencias de la conducta más que en el antecedente. Si sabemos qué va a desencadenar determinadas conductas, entonces deberíamos poder evitar que se produzcan la conducta y sus consecuencias (Petersen, 2002). Por ejemplo, si, cuando el paciente con EA ve las llaves que tiene usted, siempre se desencadena una reacción catastrófica en el paciente, porque le recuerda que está en una unidad cerrada y ha perdido su independencia, mantenga las llaves fuera de la vista del paciente. Será diferente con cada paciente. Cumplir una rutina le ayudará a evitar algunas de estas reacciones. Haga que las cosas sean sencillas. No meta prisa al paciente. Ofrezcale actividades en las que el paciente pueda tener éxito para evitar la frustración del fracaso.

Asegúrese de que el paciente descanse bien, porque las reacciones catastróficas parecen producirse con más frecuencia cuando el paciente está cansado. Si se llega a producir una reacción catastrófica, mantenga un abordaje tranquilo. Cuando sea posible diga al paciente que camine, aunque esté cerca de él e intente distraerle de la conducta descontrolada (hostilidad o ansiedad) señalándole un entorno o unas personas familiares y reconfortantes. Hablar de los nietos o mostrarle una foto de un nieto puede ser útil. Colóquese de modo que esté entre el paciente y una salida si la conducta hostil se pudiera dirigir hacia usted. Observe los ojos del paciente para detectar datos de hacia dónde podría llevar la conducta (Brindle, 2005). Retire al paciente del episodio, objeto o persona precipitante lo más rápidamente posible. Podría tener que llamar a un colaborador tranquilo y calmado para que le ayudara. El tacto suave y las técnicas de tranquilización pueden ser útiles para reducir la agitación *después* del arrebato, aunque sea consciente de que el tacto durante la reacción catastrófica podría hacer que el paciente se volviera contra usted. A medida que aprenda sobre el paciente, aprenderá las mejores técnicas para tranquilizarle (Brindle, 2005). Por encima de todo, debe permanecer tranquilo y debe mantener su autocontrol. El paciente se siente fuera de control e inseguro durante estos momentos y necesita cuidadores que le puedan dar estructura de seguridad.

superar las losetas. Cuando se observó el patrón del suelo, el personal finalmente se dio cuenta de que las losetas oscuras alrededor del borde del suelo eran el problema. Con una alteración de la percepción, las losetas oscuras parecían ser un agujero profundo en el que los pacientes tenían miedo de caer; por lo tanto, evitaban salir de sus habitaciones. Verá que los pacientes con EA dan pasos gigantes para evitar tropezar con una cuerda o un objeto pequeño del suelo. Esto es peligroso cuando se tiene en consideración que podrían tener una función motora inadecuada y mal equilibrio. El profesional de enfermería tiene la misión de reconocer el peligro para el paciente con EA. Por ejemplo, los suelos mojados son un problema importante cuando los pacientes no se dan cuenta de que significa que deben tener cuidado. Asegúrese de que los pacientes tengan zapatos con suelas antideslizantes; si los pacientes se niegan, podrían ser útiles los calcetines antideslizantes. No hay nada más deslizante que calcetines normales sobre una baldosa.

Esto puede ser más difícil si usted trabaja en un entorno domiciliario en el que puede haber multitud de obstáculos. Eduque a los familiares para que mantengan los pasos del hogar sin obstáculos, como cordones eléctricos, tubos de oxígeno y alfombras pequeñas. Proponga la instalación de asideros o barras cuando proceda. Mejore la iluminación utilizando bombillas fluorescentes; mantenga luces nocturnas encendidas en el dormitorio y el baño (Alzheimer's Association, 2007a).

Elimine materiales poco seguros

Un carro de medicación o un carro de limpieza abierto y sin vigilancia en la unidad de Alzheimer es una receta para el desastre. También pueden ser desastrosos los objetos que se dejan de forma descuidada a la cabecera del paciente. Por ejemplo, un miembro del personal podría dejar un trapo en la mesa de la cabecera de la cama de un paciente en las fases terminales de la EA. Si el paciente tiene hiperoralidad, el miembro del personal podría encontrar todo el trapo en la boca del paciente cuando vuelva a la habitación del paciente. El paciente se podría atragantar y morir si el miembro del personal no volviera a tiempo. Se debe evaluar la toxicidad de todas las plantas utilizadas en una unidad de Alzheimer o un jardín. Las poinsetias son regalos frecuentes que se hacen a los pacientes en Navidades, aunque realmente no son objetos seguros que se puedan dejar en una unidad de Alzheimer.

Monitoree el paradero de los pacientes

También son útiles aquí las alarmas electrónicas, como las pulseras Wanderguard y los dispositivos RN-On-Call, que ya se han mencionado en la sección sobre trastorno confusional. Antes de la introducción de estos objetos, un paciente con EA salió andando del centro asistencial de cuidados crónicos, se metió en el coche sin cerrar de un miembro del personal y soltó el freno. El coche se deslizó por la calle. Afortunadamente, otro miembro del personal tiró del freno en aquel momento y pudo prevenir un desastre. La falta de buen juicio del

paciente con EA puede hacer que el paciente esté en el camino del peligro si el personal y los cuidadores no están atentos y alerta en todo momento. Este es uno de los motivos por los que los cuidadores en el hogar tienen tanto desgaste. La asistencia de un paciente con EA es un trabajo «24/7», y se cobra su precio en la mente y el corazón del cuidador.

Autocomprobación crítica. Imagine que atiende a su madre con enfermedad de Alzheimer en su domicilio. Su madre se levanta por la noche, vaga por toda la casa, enciende las luces y enciende el gas de la vieja cocina de gas. Una noche sale a la nieve llevando simplemente la bata. Usted no puede dormir por miedo a que se haga daño o que haga algo que perjudique a la familia. No quiere encerrarla en su habitación. ¿Qué puede hacer?

Muestre respeto

En todas sus interacciones con los pacientes con EA, recuerde a la persona detrás de la enfermedad, y trate a los pacientes con dignidad y respeto. Pueden no estar muy dignificados cuando caminan por un pasillo vestidos tan sólo con un abrigo y un sombrero, o cuando le escupen cuando intentaba alimentarles con algo que no les gusta. Recuerde que tienen una enfermedad que les roba la capacidad de controlar ese tipo de conducta. Sin embargo, usted sí es responsable de cómo responde.

EVALUACIÓN

Con frecuencia ocurre con los pacientes con EA que se establecen unos objetivos esperados demasiado altos y es necesario revisarlos. Tal vez las intervenciones que utilizó el personal no fueron eficaces. Si es un paciente nuevo, tal vez el personal no ha atinado con las intervenciones que serán útiles en ese paciente particular. Los libros de texto proponen muchas intervenciones para las conductas de los pacientes con EA. Sin embargo, el personal tiene la misión de determinar qué intervenciones serán eficaces en qué pacientes, y qué *miembros del personal* trabajan mejor con qué pacientes, y también qué miembros del personal trabajan bien en el *período* de la unidad de Alzheimer. Los pacientes con EA deben tener éxitos. A medida que avanza la enfermedad, son cada vez menores. Los profesionales de enfermería y el resto del personal deben reconocer los puntos fuertes de cada paciente y establecer objetivos alcanzables.

CONSIDERACIONES AL ALTA

No se puede dejar al cuidador fuera de la planificación de la asistencia del paciente con EA. Esto es especialmente importante si el cuidador decide tener al paciente en el domicilio. (A veces los cuidadores decidirán esta opción después de haber tenido cierto respiro con el paciente en el centro de cuidados

crónicos.) Observe a Peter, el cuidador, en el plan asistencial que se presenta a continuación. Al igual que otros tantos cuidadores, Peter sufre el cansancio de atender a un ser querido con EA.

Siempre que el cuidador tenga ayuda, el cansancio que supone la asistencia del paciente con EA no parece tan sobrecogedor. Tener ayuda en el domicilio es la clave para evitar el cansancio en el rol cuidado. Intentar atender al paciente solo produce síndrome de desgaste, depresión y a veces resentimiento hacia el paciente (Alzheimer's Association, 2007a). Un respiro es un reposo o una pausa de la rutina habitual de atender al paciente. Puede ser por un período breve, como una hora o dos, o puede durar varias semanas. Los servicios auxiliares de apoyo al cuidador pueden proceder de cuidadores pagados o de voluntarios, familiares o amigos, un centro de cuidados crónicos o un centro de cuidados del día. El cuidador necesita poder salir de la casa periódicamente a la vez que siente que su ser querido está seguro. El cuidador puede utilizar este tiempo para ir a hacer la compra, ir al centro de ancianos para realizar actividades o hacer algo que realmente le guste hacer. Algunos cuidadores llegan a dejar al paciente en un centro para poder tomarse unas verdaderas vacaciones, que son muy necesarias. Las familias que son inmigrantes en este país, o que no proceden de la cultura estadounidense de origen europeo dominante, pueden tener problemas psicosociales diferentes en relación con los cuidados de los ancianos. (El cuadro 15-8 ■ presenta información sobre los aspectos culturales en la asistencia de los ancianos.)

El profesional de enfermería podría poner en contacto al cuidador con la asociación de Alzheimer local. Si no hay una oficina próxima, el profesional de enfermería podría localizar el número de teléfono del grupo de apoyo de EA de su área. Habitualmente se puede obtener esta información en una residencia de ancianos local. Los miembros del grupo de apoyo con frecuencia tienen los nombres de cuidadores competentes que pueden ofrecer servicios de apoyo al cuidador.

Los centros de cuidados de día de adultos, cuando están disponibles, pueden ofrecer servicios de apoyo al cuidador a la vez que ofrecen un entorno estructurado en el que el paciente puede socializarse y disfrutar de actividades con otros pacientes que tienen EA.

Un profesional de enfermería de asistencia domiciliaria es con frecuencia la persona que ve signos de desgaste en el cuidador. El personal de enfermería debe educar a los cuidadores sobre los signos de desgaste, para que los puedan reconocer en ellos mismos. Los signos de desgaste incluyen:

- Pérdida de interés en el cuidado de uno mismo
- Pérdida de interés en la asistencia del paciente
- Buscar alivio en alcohol o fármacos
- Gritar al paciente o tratarle de forma brusca
- Aislarse de los amigos y otros familiares

CUADRO 15-8

CONSIDERACIONES CULTURALES

Aspectos culturales en la asistencia de los ancianos

El tipo de apoyo que dan a los ancianos sus familias depende en parte de las expectativas culturales. Mayor número de ancianos de familias estadounidenses de origen europeo son atendidos en residencias de ancianos que ancianos de otros orígenes étnicos y culturales. Ancianos de diversas familias pueden ser atendidos en el hogar por diversos motivos:

- La asistencia en el hogar es menos costosa.
- La asistencia del anciano en el hogar es compatible con los valores culturales.
- Las barreras lingüísticas hacen que las familias tengan dificultad para conocer los servicios y que los ancianos puedan afrontar su ubicación en un centro asistencial de cuidados crónicos.
- Las familias extendidas grandes pueden tener mecanismos para compartir la asistencia.

En EE. UU. muchas familias están intentando vivir en dos culturas. Los familiares ancianos pueden esperar ser atendidos por los familiares jóvenes, que también se espera que trabajen fuera de casa. Los posibles cuidadores pueden tener riesgo de cansancio en el rol cuidador si atienden al anciano en su domicilio, y se arriesgan a recibir críticas de su comunidad si no lo hacen. El profesional de enfermería que preste una asistencia sensible desde el punto de vista cultural debe ayudar a las familias a crear un plan acordado mutuamente para la asistencia de los ancianos.

La Alzheimer's Association ha preparado una lista de propuestas para que un cuidador siga estando sano. En el cuadro 15-9 ■ se muestran 10 formas adecuadas de permanecer sano como cuidador.

El afrontamiento familiar ineficaz también podría ser un diagnóstico de enfermería identificado en el cuidador. Los cuidadores pueden permanecer despiertos intentando evitar que los seres queridos se pierdan o se lesionen. Finalmente están menos vigilantes, cuando se producen enfermedades físicas o agotamiento mental. Un buen resultado para este diagnóstico sería el siguiente:

- La familia instalará diferentes cerraduras en las puertas que dan al exterior, para que el paciente no las pueda abrir desde el interior.

La figura 15-7 ■ ilustra la asistencia completa que necesitan los pacientes con demencia.

La Alzheimer's Association es consciente de las consecuencias de la cultura sobre la asistencia del paciente con demencia. Ha elaborado un conjunto de 10 pasos para educar a los cuidadores sobre la incorporación de los valores culturales al conocimiento y la atención de los ancianos de diversos orígenes étnicos. El cuadro 15-10 ■ contiene estas directrices.

CUADRO 15-9

Cómo ser un cuidador sano

1. Obtenga un diagnóstico lo antes posible si sospecha que su ser querido tiene un problema de demencia. Tendrá mayor capacidad de manejar el presente y planificar el futuro.
2. Descubra qué recursos están disponibles en su comunidad. Comience con el capítulo local de la asociación de Alzheimer. Otros recursos podrían incluir centros de día de adultos, voluntarios para apoyo domiciliario, asistencia sanitaria domiciliaria, servicio de comidas a domicilio.
3. Conviértase en un cuidador con información para poder comprender mejor y afrontar las difíciles conductas y cambios de personalidad que se producen en la EA. Aprenda a desarrollar nuevas habilidades de asistencia en cada fase de la progresión de la enfermedad.
4. Consiga ayuda y no intente hacerlo todo usted solo. Pida ayuda si nadie la ofrece. Si el estrés se hace insuperable, solicite ayuda profesional para usted mismo. Únase a un grupo de apoyo.
5. Cuídese a usted mismo. Practique conductas saludables. Tome una dieta nutritiva, haga ejercicio y descanse mucho. Utilice servicios de apoyo domiciliario para tener tiempo para ir de compras, comer con los amigos o incluso irse a unas vacaciones cortas.
6. Controle su nivel de estrés. El estrés puede producir problemas físicos y cambios de conducta. Sea consciente de sus síntomas y consulte con un médico. Practique técnicas de relajación que sean eficaces. Dese un masaje al mes.
7. Acepte los cambios a medida que se produzcan. Los pacientes con enfermedad de Alzheimer cambiarán, y también lo hacen sus necesidades. Puede tener que solicitar asistencia más allá de la que pueda prestar en el domicilio. Investigue por adelantado las opciones asistenciales disponibles para facilitar la transición.
8. Realice planificación legal y económica. Consulte con un abogado y discuta problemas relacionados con un poder notarial, el testamento vital y fideicomisos, asistencia médica futura, alojamiento y otras consideraciones fundamentales. En las primeras fases de la enfermedad el paciente con EA debe formar parte de este proceso. Implique también a otros familiares.
9. Sea realista. La progresión de la enfermedad de Alzheimer es inevitable y está fuera de su control. Dese a usted mismo permiso para elaborar el duelo por las pérdidas que experimente. Mantenga el sentido del humor y céntrese en los momentos positivos. Recuerde, está bien reírse, no de la persona con EA, sino con él y con la situación.
10. Atribúyase méritos, no culpa. Usted sólo es un ser humano. Ocasionalmente puede perder la paciencia y en ocasiones puede no ofrecer toda la asistencia como quisiera. Recuerde que hace lo mejor que puede, así que atribúyase méritos.

Fuente: Adaptado de «Be a Healthy Caregiver». *Colorado Chapter Newsletter of the Alzheimer's Association*. Winter, 2006.



Figura 15-7. ■ La asistencia de un paciente con demencia es una carga enorme. Los grupos de apoyo y los programas de apoyo domiciliario ofrecen ayuda. Fuente: *Mental Health Nursing* by Fontaine, K. Reproducido con autorización de Pearson Education, Saddle River, NJ.

CUADRO 15-10

Diez pasos para ofrecer una asistencia culturalmente sensible de la demencia

- Considere a cada persona como un individuo, además de como un producto de su país, religión, origen étnico, idioma y sistema familiar.
- Conozca las barreras lingüísticas, económicas y sociales a las que se enfrentan individuos de diferentes culturas, que impiden su acceso a los servicios sanitarios y sociales. Intente ofrecer los servicios en un idioma nativo de la familia.
- Sepa que las familias de diferentes culturas consideran y utilizan alternativas a la filosofía y la práctica sanitarias occidentales.
- No encuadre a todas las personas de un grupo étnico particular en la misma categoría, asumiendo que hay un único abordaje para todas las personas del grupo.
- Respete las diferencias culturales en relación con la distancia física y el contacto, el contacto ocular adecuado y la velocidad y el volumen de la voz.
- Cultive las relaciones con las familias a lo largo del tiempo, no esperando una confianza inmediata y un conocimiento de la asociación de Alzheimer.
- Considere los antecedentes y la experiencia de la familia para determinar qué servicios son adecuados.
- Considere las percepciones típicas de la cultura sobre el envejecimiento, la asistencia de los familiares ancianos y el deterioro de la memoria.
- Sepa que la cultura familiar influye en sus elecciones en relación con aspectos éticos, como nutrición artificial, soporte vital y autopsias.
- Considere que las comunidades de fe de diversas culturas son un sistema de apoyo crítico.

Fuente: Reproducido con autorización de Alzheimer's Association. (2007). *Diversity*. Available: http://www.alz.org/Resources/Diversity/downloads/GEN_EDU_10steps.pdf. Utilizado con autorización.

CASO CLÍNICO

Un varón estadounidense de origen chino de 75 años de edad ha sido diagnosticado de enfermedad de Alzheimer. Tiene confusión crónica, déficit total del autocuidado, deterioro de la integridad cutánea e incontinencia urinaria y fecal. Ha vivido en la casa de su hijo, su nuera y sus tres hijos pequeños. Ninguno de los otros hermanos ha dado ningún paso para ayudar a atenderle, porque se espera que el hijo mayor atienda a los padres ancianos. Ha llegado a ser muy difícil atender al anciano en el domicilio debido a que vaga por la noche y enciende el horno de gas. Acusa a su hijo de robarle y de ocultar sus pertenencias. La familia piensa que la demencia y la consiguiente conducta delirante es una forma de enfermedad mental y, por lo tanto, se lo han ocultado a otros miembros de la comunidad. Les gustaría llevar a su padre a una residencia de ancianos, pero piensan que ya no estarían cumpliendo su obligación familiar y traerían a la familia vergüenza y «pérdida de la cara». Piensan que los miembros de la comunidad estadounidense de origen chino les criticarían por no haber atendido adecuadamente a su padre anciano. El hijo ha pedido al médico que les diga a su padre y a sus otros hermanos que recomienda su traslado a una residencia de ancianos, lo que hace. El paciente es reacio a ir, pero el médico le tranquiliza asegurándole que tendrá profesionales sanitarios atendiéndole 24 horas al día. El médico también informa a los otros hermanos sobre toda la asistencia que ha necesitado el anciano, mucha de la cual desconocían. Se anima a toda la familia a que participe en el plan asistencial del anciano y se les invita a que formen parte de su vida diaria en el centro asistencial de cuidados crónicos. El personal se ha salido del camino para incluir a la familia en su asistencia, educarles sobre la EA y tranquilizarles sobre la asistencia que se está prestando. La familia ya no siente culpa ni vergüenza y tiene el alivio de que el anciano ahora recibe la asistencia que ellos ya no pueden proporcionarle.

El cuidador debe estar tranquilo de que el paciente no camina por el exterior. Hay otras cosas para mantener al paciente seguro en el interior. Primero de todo, el cuidador debe registrar al paciente en el programa Safe Return de la Alzheimer's Association. Este programa permite que las personas registren a los pacientes que vagabundean. También tiene una línea de ayuda durante 24 horas para facilitar el retorno de los pacientes perdidos con demencia. El programa precisa tener en su oficina una fotografía, la medición de la muñeca y el número de teléfono de los cuerpos de seguridad públicos. Después, la Alzheimer's Association enviará una pulsera de identificación al paciente y etiquetas identificadoras para la ropa. Si el paciente se pierde, una llamada al número gratuito de la línea de ayuda garantizará una respuesta rápida en el proceso de recuperación (Rowe, 2003).

También es importante garantizar la seguridad en el hogar. La Alzheimer's Association propone valorar el hogar para detectar posibles riesgos y eliminarlos en la medida de lo posible. Esto podría suponer disimular la entrada a diversas áreas del hogar que podrían ser peligrosas, como la puerta a las escaleras del sótano. La instalación de cerraduras de seguridad demasiado altas o demasiado bajas en el interior de las puertas

que dan al exterior hará difícil vagabundear fuera de la casa. Incluso se pueden instalar detectores de movimiento sencillos en el interior de la casa (Rowe, 2003).

Otra acción que se debe llevar a cabo es poner dispositivos «a prueba de niños» en armarios y puertas en las que pueda haber sustancias peligrosas. La casa debe estar bien iluminada en todo momento. Se deben quitar los objetos y las alfombras pequeñas. Se deben cerrar con llave todos los electrodomésticos que pudieran ser peligrosos para los pacientes con EA si los utilizan solos. (Recuerde a Edith y la manta eléctrica.)

La nevera se debe revisar con frecuencia para que todos los alimentos estén frescos y en buen estado. Se debe evaluar la seguridad de todas las plantas de interior. Algunas plantas son venenosas y podrían ser otra fuente de peligro si el paciente decide probar una flor o una hoja. Al eliminar tantos objetos peligrosos como sea posible, el cuidador se puede relajar un poco y disfrutar de la compañía del paciente sin preocuparse por problemas de seguridad.

El paciente con enfermedad de Alzheimer es un reto para cualquier cuidador, independientemente de que el paciente esté en su hogar, en un centro de día o en un centro de cuidados crónicos, o de si el cuidador es un familiar, un amigo o una persona contratada. El principal objetivo de los profesionales de enfermería es buscar la seguridad del paciente y el apoyo de la familia. El profesional de enfermería que quiere prestar la mejor asistencia posible a sus pacientes debe mantenerse actualizado con la última información sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Paciente con EA en fase media

Blanche Smith es una mujer de 70 años de edad con enfermedad de Alzheimer en fase media. Su marido de 75 años de edad la ha atendido en su domicilio con la ayuda de su hija de 45 años de edad. Lamentablemente, su hija se ha mudado a otro estado. Finalmente el Sr. Smith ha tomado la dolorosa decisión de llevar a Blanche a un centro de cuidados crónicos; irá allí el próximo mes. Blanche vaga por la casa día y noche. Muchas veces le pregunta quién es y qué hace en su casa. Aunque han estado casados durante 50 años, ella cree que él está allí para hacerle daño. Ha llamado a la policía más de una vez. Cuando ayer consiguió salir de casa, ya había vagado por varias manzanas cuando la encontró. Se puso tan histérica cuando él intentó llevarla a casa que los vecinos salieron a ver qué pasaba. Blanche tiene problemas para pensar en la palabra que quiere utilizar y puede llamar a los objetos con nombres que ha inventado. Le hace la misma pregunta una y otra vez, y esto le irrita. Después él se enfada consigo mismo por irritarse. El marido no duerme lo suficiente y está cansado todo el tiempo. No ha podido con-

tratar a nadie para que le ayude a cuidar a Blanche ni siquiera cuando va a hacer la compra. Los cuidados crónicos parecen ser la única solución. Quiere que Blanche esté segura, y quiere descansar él.

Valoración. En el momento del ingreso Blanche está bien vestida y limpia. Está acompañada por su esposo, Peter, que está muy atento a sus necesidades. Ella se refiere a Peter como su amigo y dice que ella tiene 25 años de edad y está soltera. Dice que no tiene hijos. Blanche reconoce su propio nombre. No sabe qué día es y no sabe dónde vive. Se distrae con frecuencia durante la entrevista. Empieza las frases y después finaliza a la mitad y se ríe nerviosamente. Su habla es dubitativa, y a veces utiliza la palabra errónea o inventa una palabra. Peter dice al profesional de enfermería que ha tenido que asumir las tareas del hogar. Blanche ya no puede cocinar, aunque ayuda a Peter en la cocina. En ocasiones tiene incontinencia urinaria, cuando a él se le pasan por alto los signos y no la lleva al baño. Ayuda a Blanche a bañarse, pero a veces ella lucha con él. Refiere que vaga por la casa por la noche y que se ha perdido en el vecindario. Admite estar muy cansado.

Diagnóstico. Aunque en este caso clínico se pueden identificar muchos diagnósticos de enfermería, los siguientes tendrían la máxima prioridad:

- Alteración del patrón del sueño
- Déficit del autocuidado: baño/higiene
- Déficit del autocuidado: vestido/acicalamiento
- Déficit del autocuidado: uso del WC
- Confusión crónica
- Riesgo de lesión
- Deterioro de la comunicación verbal

En el caso de Peter se aplican dos diagnósticos de enfermería:

- Cansancio en el rol cuidador, relacionado con la pérdida de la ayuda de la hija y no ser capaz de encontrar ayuda adicional para la asistencia de su esposa
- Afrontamiento familiar ineficaz, relacionado con la conducta errática de su esposa y el miedo por su seguridad

Resultados esperados. Los objetivos/resultados para Blanche incluyen que:

- La paciente no se lesionará.
- La paciente responderá adecuadamente tres preguntas de sí o no cada día.
- La paciente comunicará al menos una necesidad al día, con lenguaje verbal o no verbal.

Planificación y aplicación. Se integrarán las intervenciones para estos tres diagnósticos de enfermería, porque todos ellos están relacionados con el deterioro cognitivo de la paciente.

- El profesional de enfermería lleva a Blanche y a Peter a la nueva habitación de Blanche y la presenta a su compañera de habitación. Propone a Peter que traiga algunos objetos familiares para que Blanche los ponga en su habitación. *Tener un álbum de recortes, un álbum de fotos y algunas imágenes para la pared ayudará al personal en la reminiscencia con Blanche. Traer su silla favorita y un edredón con el que esté familiarizada para la cama puede facilitar su transición a una nueva ubicación.*
- El profesional de enfermería también propone a Peter que traiga un calendario grande y un reloj digital que Blanche pueda leer con facilidad. Pide a Peter que traiga una foto de Blanche cuando era joven. *Como Blanche se identifica como una mujer joven, esta fotografía, colocada fuera de la puerta, le ayudará a encontrar su nueva habitación con más facilidad. Como el color favorito de Blanche es el púrpura, el profesional de enfermería colocará un lazo púrpura al lado de la fotografía de Blanche para ayudarlo a identificar su nueva habitación.*
- El profesional de enfermería se comunicará con el personal sobre la tendencia de Blanche a vagabundear. *Como la unidad está cerrada, Blanche no tendrá que llevar una pulsera Wanderguard. Sin embargo, el personal debe conocer la tendencia de Blanche a vagar entrando y saliendo de las habitaciones de otros residentes. Esto sería una fuente de reacciones catastróficas con otros residentes si Blanche entrara en la habitación sin ser invitada y revolviera sus pertenencias. Esto podría producir lesiones a Blanche si el personal no estuviera vigilante.*
- El profesional de enfermería le pregunta por sus actividades favoritas y descubre que a Blanche le encanta caminar fuera de casa, le gusta la música, disfruta ayudando a Peter a preparar la comida y le sigue gustando jugar al bingo. *Todos estos datos darán al personal ejemplos de actividades recreativas que se pueden utilizar con Blanche cuando su conducta moleste a los demás.*
- El profesional de enfermería debe estar atento cuando los suelos estén mojados o cuando haya en el suelo objetos que se deben recoger. Se evitará que haya desorden. La unidad se debe mantener bien iluminada cuando empiece a oscurecer en el exterior, para que Blanche siga viendo para poder caminar.
- El profesional de enfermería se debe comunicar con Blanche con frases sencillas. Cuando Blanche no entienda lo que se le ha dicho, se deben repetir las instrucciones, utilizando las mismas palabras al menos otras dos veces. El profesional de enfermería debe evitar utilizar negativas cuando hable con Blanche. *Es mejor decir «Venga por aquí» que «No vaya allí». La segunda frase necesita más procesamiento debido a la palabra negativa «no».*

- El profesional de enfermería debe limitar las opciones de Blanche, para que no se vea superada. *Tendrá más facilidad para elegir entre un vestido rojo y uno azul que para decidir sobre toda la ropa que va a llevar.*
- Cuando Blanche tenga dificultad para recordar una palabra, el profesional de enfermería se la dirá, y después utilizará la palabra en una frase para ver si eso es lo que quería decir. El profesional de enfermería aseguró a Peter que siempre se acercaría a Blanche desde delante y no la tocaría hasta que le viera. Le hablará de una forma tranquila. *Estas intervenciones ayudarán a Blanche a sentirse segura y evitarán reacciones catastróficas.*

Evaluación. Después de 2 semanas Blanche se ha adaptado a su nuevo entorno. Se alegra de ver a Peter cuando llega. Sigue pensando que es un amigo, aunque le reconoce como alguien a quien conoce. Puede mostrarle su habitación. Juega al bingo todos los miércoles y pone la mesa para comer todos los días. No ha sufrido lesiones y sigue las instrucciones razonablemente bien si se dan instrucciones paso a paso. Los miembros del personal invierten tiempo en escucharla y ayudarla con su comunicación. Peter oye a Blanche reírse por primera vez en varios meses cuando un miembro del personal lo pasa mal intentando adivinar qué objeto quiere. Es evidente que Blanche se siente más cómoda en este entorno que en su domicilio, en el que las expectativas de su conducta eran diferentes. Aquí puede ser ella misma, y no tiene que luchar con aquella persona que solía ser.

Pensamiento crítico en el proceso de enfermería

1. ¿Qué factores influyeron en la decisión de Peter Blanche de llevarla a una residencia de ancianos? Si hubiera decidido mantener a Blanche en su hogar, ¿qué adaptaciones habría tenido que hacer?
2. Discuta las opciones de los diagnósticos de enfermería que se consideraron los más importantes. ¿Está usted de acuerdo con estas elecciones? ¿Por qué o por qué no?
3. Si estuviera educando a Peter sobre las fases media y tardía de la enfermedad de Alzheimer, ¿qué información piensa usted que sería la más importante que debería saber?

Nota: En el apéndice I puede encontrarse un comentario sobre las preguntas de pensamiento crítico.

Nota: La bibliografía y los recursos de este y el resto de capítulos se han reunido al final del libro.

Revisión del capítulo

TÉRMINOS CLAVE

afasia

agnosia

apraxia

demencia

fenómeno del atardecer

hiperoralidad

ilusión

inhibidores de la colinesterasa

labilidad emocional

marañas neurofibrilares

neologismos

orientación sobre la realidad

perseveración

placas de beta-amiloide

polifarmacia

reacciones catastróficas

terapia de reminiscencia

trastorno confusional

trastorno confusional inducido por sustancias

trastorno de las funciones ejecutivas

PUNTOS clave

- Los trastornos cognitivos distorsionan los procesos del pensamiento. El trastorno confusional es un trastorno cognitivo que es reversible si se trata la causa subyacente. La demencia es un trastorno cognitivo que es progresivo e irreversible. El deterioro de la memoria y la confusión son síntomas de ambos trastornos.
- La depresión a veces se puede confundir con un trastorno cognitivo.
- El trastorno confusional y la demencia precisan un abordaje asistencial en equipo en el que estén implicados médicos, profesionales de enfermería, terapeutas, trabajadores sociales, directores de actividades y auxiliares de enfermería.
- Hay 12 tipos de demencia identificables, aunque la demencia de tipo Alzheimer es la más frecuente, y afecta a 4,5 millones de estadounidenses.
- Los científicos no han encontrado la causa definitiva de la enfermedad de Alzheimer, aunque han descubierto factores de riesgo definitivos y posibles. Al avanzar la edad aumenta la susceptibilidad de presentar EA.
- Se llega al diagnóstico de enfermedad de Alzheimer descartando otros diagnósticos. Sólo se puede diagnosticar de forma definitiva en la autopsia.
- La estructura del encéfalo del paciente con EA en la autopsia muestra placas de beta-amiloide, marañas neurofibrilares y deficiencia del neurotransmisor acetilcolina.
- Hay tres fases básicas de la EA: temprana, media y tardía. La fase más prolongada es la fase media. Desde el comienzo hasta el final, la evolución de la enfermedad puede ser de 5 a 17 años. Los signos varían y empeoran a medida que avanza la enfermedad en cada una de las fases.

- No hay curación para la EA. Los inhibidores de la colinesterasa prolongan las fases temprana y media. Los científicos están trabajando en otros fármacos y vacunas. El resto de los cuidados son paliativos.
- El objetivo de la asistencia es proteger al paciente con EA del peligro y ayudarle con todas las actividades de la vida diaria.
- La terapia de reminiscencia puede ayudar al paciente con EA a evocar los recuerdos que le quedan; la terapia de validación da valor a las creencias del paciente.
- La familia del paciente con EA también precisa apoyo y atención.



EXPLORE MediaLink

Pueden encontrarse recursos interactivos adicionales en la página web complementaria www.prenhall.com/eby. Haga clic en «Chapter 15» y en «Begin» para seleccionar las actividades de este capítulo.

- Audio Glossary
- NCLEX-PN® review
- Case study
- Study online
- Critical thinking questions
- Matching questions
- Weblinks

Protocolo asistencial de pensamiento crítico

Asistencia de un paciente con trastorno confusional

Área de interés del examen NCLEX-PN®: Integridad fisiológica

Estudio de un caso: Arthur Song es un granjero jubilado de 78 años de edad que ha ingresado por un cambio de su estado mental. Tuvo un ACV (accidente cerebrovascular) hace 5 años y recuperó la mayor parte de sus funciones. Sigue teniendo algo más débil el lado derecho, aunque era independiente con las AVD y estaba alerta y orientado hasta hace 2 días. Acude a un neurólogo para la rehabilitación del accidente cerebrovascular, a un urólogo por su problema prostático y al internista para sus cuidados médicos generales. Cuando ingresa en el hospital está orientado sólo en cuanto a persona, no en cuanto a lugar ni tiempo. Su esposa afirma que esta mañana no sabía quién era ella.

Diagnóstico de enfermería: Confusión aguda

RECOPILE DATOS

Subjetivos

Objetivos

¿Informaría usted de estos datos? Sí/No

Si así lo hiciera, ¿a quién? _____

Asistencia de enfermería

¿Cómo lo verificaría? _____

Datos recopilados

(use todos los correctos)

- El neurólogo ha prescrito varios fármacos.
- El internista ha prescrito varios fármacos.
- El urólogo ha prescrito varios fármacos.
- El paciente ha tenido un cambio súbito del estado mental.
- Los síntomas son variables; a veces está orientado y a veces no.
- Antecedente de tabaquismo, hasta hace 30 años.
- La esposa afirma que el paciente toma varios fármacos de venta sin receta para la congestión nasal, la molestia digestiva y cefaleas ocasionales.
- El paciente afirma: «No sé qué hacer».
- El paciente es incapaz de bañarse, lo que sí podía hacer antes de este episodio.
- El paciente toma en su domicilio una dieta rica en sal.
- La prensión de la mano derecha es más débil que la de la izquierda.
- Su afición es la marquertería.

Intervenciones de enfermería

(use todas las correctas, colóquelas en orden de prioridad)

- Orientar al paciente sobre la realidad.
- Hacer una lista de todos los fármacos que esté tomando el paciente, con receta y de venta sin receta.
- Decir a su esposa que se prepare para su traslado a una residencia de ancianos.
- Iniciar el entrenamiento vesical para prevenir la incontinencia.
- Ayudar al paciente con las AVD mientras tenga confusión aguda.
- Enseñar al paciente estrategias para reforzar la memoria.
- Decir a la esposa del paciente que, como a veces está orientado, probablemente no esté enfermo y hace esto para llamar la atención.
- Colocar cerca de la cama los objetos personales de uso habitual para que los pueda alcanzar fácilmente.
- Utilizar palabras y frases sencillas.
- Sujetar al paciente en la cama para prevenir las caídas.
- Presentarse a usted mismo siempre que entre en la habitación.
- Animar a un familiar que se quede con el paciente cuando sea posible.
- Enseñar al paciente las políticas de la unidad.

Compare su verificación con el ejemplo proporcionado en el apéndice I.

Preparación del examen NCLEX-PN®

CONSEJO PARA PASAR LA PRUEBA

Preste atención a la localización a que hace referencia la pregunta. La acción de enfermería correcta puede variar si el paciente está en su domicilio con una consulta, un hospital o un centro de cuidados crónicos. Por ejemplo, las alucinaciones pueden representar una situación potencialmente mortal si se asocian al trastorno confusional de la abstinencia alcohólica en el hospital. Las alucinaciones en un paciente con esquizofrenia en una consulta pueden ser un motivo para ajustar la medicación.

- 1** Cuando el profesional de enfermería observa un cambio de la cognición de un nuevo paciente postoperatorio, la primera acción del profesional de enfermería debe ser:
 1. Notificarlo al médico.
 2. Empezar a valorar al paciente para detectar las posibles causas.
 3. Suspender los analgésicos del paciente hasta que llegue el médico.
 4. Enviar al laboratorio una muestra de orina para su cultivo.
- 2** Se ha diagnosticado a un paciente de trastorno confusional relacionado con una neumonía de inicio reciente. Su esposa pregunta al profesional de enfermería cuánto durará la confusión. La mejor respuesta del profesional de enfermería sería:
 1. «Seguro que se habrá resuelto en el momento en que salga del hospital».
 2. «En cuanto empiece a mejorar la neumonía, también mejorará la confusión».
 3. «En cuanto se adapte a estar en el hospital, desaparecerá la confusión».
 4. «Todos los pacientes con trastorno confusional reaccionan de forma diferente. Podrían ser desde varios días hasta varios meses».
- 3** ¿Cuál de las siguientes características diferencia el trastorno confusional de la demencia?
 1. En el trastorno confusional el inicio es gradual; en la demencia es súbito.
 2. No hay trastorno de la memoria en el trastorno confusional.
 3. En el trastorno confusional los síntomas pueden fluctuar durante un período de 24 horas; en la demencia no.
 4. La afasia está presente sólo en la demencia, no en el trastorno confusional.
- 4** Un paciente con trastorno confusional intenta continuamente subirse a las barras laterales de la cama. La respuesta más adecuada de profesional de enfermería sería:
 1. Administrar fármaco un ansiolítico.
 2. Proponer a la familia que un familiar podría querer quedarse sentado al lado de la cama para mantenerle tranquilo.
 3. Sujetar al paciente con una camisa de fuerza hasta que se pueda avisar al médico.
 4. Dejar bajar la barra lateral.
- 5** Se puede describir que una paciente con confusión que coge un cepillo de dientes y empieza a cepillarse el pelo tiene:
 1. Agnosia.
 2. Afasia.
 3. Apraxia.
 4. Trastorno de las funciones ejecutivas.
- 6** La hija de una paciente recién diagnosticada de enfermedad de Alzheimer pregunta al profesional de enfermería si ella también tendrá la enfermedad. La mejor respuesta del profesional de enfermería sería:
 1. «La enfermedad de Alzheimer no tiene componente hereditario».
 2. «No tiene más probabilidad de tener la enfermedad que otras personas».
 3. «Tener un progenitor con la enfermedad aumenta el riesgo hasta 1,5 a 2 veces el de la población general».
 4. «Ser mujer es un factor de riesgo definido».
- 7** Un profesional de enfermería está atendiendo a un varón con enfermedad de Alzheimer que se niega a salir de la cama de otro paciente que está preparado para ir a la cama. El profesional de enfermería dice: «Por favor, levántese». Cuando el paciente no se mueve, ¿qué debe hacer a continuación el profesional de enfermería?
 1. Repetir: «Por favor, levántese».
 2. Decir: «Le he pedido que se levante de esta cama. No es suya».
 3. Quitarle al paciente a la colcha y ayudarlo a sentarse.
 4. Decir: «Si no se levanta de esta cama ahora mismo, no le daré postre hoy con la cena».
- 8** Una paciente camina hacia el profesional de enfermería agitando el puño y diciendo: «Usted me ha escondido las cosas. ¿Dónde ha puesto mi bolso?» La mejor respuesta del profesional de enfermería sería:
 1. «Ya sabe que no escondería sus cosas».
 2. «No me amenace con el puño. Trabajo aquí».
 3. «Parece usted enfadada. Ayúdeme a buscar su bolso».
 4. «Estoy demasiado ocupado para esconder sus cosas. He visto a otra residente en su habitación antes. Tal vez ella se lo llevó».
- 9** Una paciente no se quiere bañar salvo que se pueda llevar con ella a su muñeca. ¿Qué debe hacer el profesional de enfermería?
 1. Insistir en que deje la muñeca en la cama. Tranquilizarla de que estará bien.
 2. Quitarle la muñeca a Millie y dársela a su compañera de habitación para que la cuide hasta que vuelva Millie.
 3. Abrir un cajón del vestidor y poner la muñeca en su interior antes de salir de la habitación.
 4. Dejarle que lleve la muñeca.
- 10** Una paciente está de pie ante la puerta cerrada de la unidad de Alzheimer, tirando del picaporte y diciendo: «Mis hijos van a llegar a casa del colegio en cualquier momento y tengo que ir a casa a atenderles». La mejor respuesta del profesional de enfermería sería:
 1. «Sus hijos son todos adultos. No tiene por qué ir a casa».
 2. «Esta es su casa ahora. Sus hijos viven muy lejos».
 3. «Hábleme de sus hijos».
 4. «Usted tiene 75 años. Sus hijos se hicieron adultos hace mucho tiempo. ¿No lo recuerda?»

En el apéndice I pueden encontrarse las respuestas a las preguntas de revisión, así como un comentario del plan asistencial y el protocolo asistencial de pensamiento crítico.

¡Aprenda de sí mismo!

CAPÍTULO 13 Trastornos durante la infancia y la adolescencia

Revise la teoría psicosocial de Erikson al nivel personal. En cada una de las fases hasta su edad actual, considere cómo las experiencias ambientales le han ayudado a conseguir el éxito. (No olvide considerar las experiencias negativas que haya podido tener, además de las positivas.) ¿Qué piensa que ha contribuido a su resiliencia? Si hubiera tenido una tendencia genética hacia un trastorno mental, ¿hay alguna experiencia que podría haber afectado de forma adversa a su salud mental?

- Lactancia (nacimiento hasta 18 meses): confianza frente a desconfianza
- Primera infancia (18 meses-3 años): autonomía frente a vergüenza y duda
- Infancia tardía (3-6 años): iniciativa frente a culpa
- Edad escolar (6-12 años): laboriosidad frente a inferioridad
- Adolescencia (12-20 años): identidad frente a confusión de roles
- Edad adulta joven (20-30 años): intimidad frente al aislamiento
- Edad adulta (30-65 años): productividad frente a estancamiento

CAPÍTULO 14 Trastornos de la conducta alimentaria

Como señala este capítulo, el autoconcepto total de una persona, es decir, su imagen corporal, su autoestima y su identidad personal, están muy relacionados con la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria. Es importante que los profesionales de enfermería (y los estudiantes de enfermería) se pongan en contacto con sus propias actitudes sobre estas áreas de la vida. Dese unos pocos minutos y considere su propio autoconcepto. Usted debe saber qué trae al contexto clínico.

Imagen corporal

Describa cómo ve su cuerpo. Decida qué cambiaría de su cuerpo si pudiera. En conjunto, ¿está satisfecho o insatisfecho con su aspecto? ¿La alimentación y el peso han aparecido en sus respuestas?

Autoestima

¿Cuáles considera que son sus puntos fuertes? ¿Cómo describiría sus normas éticas/morales? ¿Su aspecto afecta a su autoestima? ¿Describiría su autoestima como positiva o negativa? ¿Quién le ha ayudado a desarrollar su autoestima? ¿Cómo? ¿Qué tipos de

cosas amenazan a su autoestima? ¿Cómo se protege a usted mismo contra la amenaza? ¿Considera que usted influye en la vida de otras personas? ¿Cómo puede usted ayudar a moldear una autoestima positiva en los demás?

Identidad personal

Describa a usted mismo con palabras objetivas, por ejemplo, edad, raza, ocupación, altura, peso. Describa sus cualidades o rasgos, por ejemplo, sus conductas habituales, sentimientos, estado de ánimo. ¿Hay alguna de esas cosas que quiera cambiar? ¿Tiene usted un modelo de rol? ¿Su peso o sus hábitos alimentarios entraron en su descripción de usted mismo? ¿Cómo cree usted que podrían describirle otras personas? ¿Cómo reacciona ante las personas que son obesas? ¿Cómo reacciona ante las personas que tienen un peso muy insuficiente? ¿Cómo cree que afecta su reacción a las personas sobre sus identidades personales?

CAPÍTULO 15 Demencia y trastornos cognitivos

Haga este sencillo cuestionario de emparejamiento para divertirse. Un síntoma o signo de trastorno confusional o de demencia está a un lado, y un ejemplo de la conducta resultante está en el otro.

Síntomas/signos

1. Fabulación
2. Desorientación
3. Fenómeno del atardecer
4. Confusión
5. Perseveración
6. Ilusiones
7. Labilidad emocional

Descripción/ejemplo

- A. Risa franca seguida por sollozos intensos y lágrimas
- B. «¿Por qué esos hombres de uniforme están en mi salón?»
- C. «¿Dónde está mi cartera?»
«¿Dónde está mi cartera?»
«¿Dónde está mi cartera?»
- D. «Está oscureciendo. Hay sombras por todas partes. ¿Quién es ese? Es mejor que siga moviéndome, para que no pueda atrapar».
- E. «¿Cuántos años tengo? Tengo 18 años. Acabo de terminar el instituto».
- F. «¿Dónde estoy? ¿Qué día es hoy? ¿Quién es usted?»
- G. «Debo irme ahora a casa. Mis hijos van a llegar a casa del colegio, y tengo que estar allí».

Respuestas

- 1 (E) 2 (F) 3 (D) 4 (G) 5 (C) 6 (B) 7 (A)

Temas especiales en enfermería de salud mental

UNIDAD IV



Capítulo 16 **Violencia y maltrato**

Capítulo 17 **Problemas psicosociales en la asistencia de los pacientes generales**

Capítulo 16

Violencia y maltrato

BREVE sinopsis

Familias violentas

Maltrato infantil

Maltrato de ancianos

Aspectos legales de la violencia familiar

Agresión sexual y violación

El lenguaje importa

Violencia en el centro sanitario

**PLAN ASISTENCIAL
DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:**
Paciente en una relación
de maltrato

**PROTOCOLO ASISTENCIAL
DE PENSAMIENTO CRÍTICO:**
Asistencia de un paciente
que está agitado

CASO CLÍNICO:
Atribución

OBJETIVOS del aprendizaje

Al finalizar la lectura de este capítulo, usted será capaz de:

1. Identificar los pacientes con riesgo de violencia familiar.
2. Aplicar el proceso de enfermería a pacientes que sufren violencia familiar.
3. Identificar los pacientes que tienen riesgo de hacerse violentos en el contexto sanitario.
4. Aplicar el proceso de enfermería a los pacientes con riesgo de agresión.
5. Describir formas de procurar la seguridad del personal y los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) pasó 3 años estudiando la violencia en todo el mundo. Su informe sobre la violencia y la salud indica que 1,6 millones de personas pierden la vida cada año por violencia. Por cada persona que muere como consecuencia de violencia, muchas más están heridas y sufren diversos problemas sanitarios físicos, reproductivos y mentales. De acuerdo con la revisión de seguimiento del progreso basada en este informe, la violencia en una forma u otra afecta a casi todas las personas en algún momento de su vida (OMS, 2007).

La OMS define la **violencia** como el uso intencional de fuerza física o poder, real o como tentativa, contra otra persona, contra uno mismo o contra un grupo o comunidad, que produce o tiene una probabilidad elevada de producir lesiones, muerte, daños psicológicos, desarrollo anormal o privación (OMS, 2007).

La definición incluye la violencia entre individuos, además de la conducta suicida y la violencia colectiva, como en un conflicto armado. Además de los actos físicos, incluye intimidación y amenazas, y las diversas consecuencias psicológicas y relacionadas con el desarrollo para los individuos, sus familias y comunidades. El informe utiliza un «modelo ecológico» para explicar la naturaleza multifactorial de la violencia (fig. 16-1 ■).

El primer nivel del modelo ecológico identifica los factores de la historia biológica y personal que influyen en cómo se comportan los individuos. Explora la probabilidad de que una persona se convierta en víctima o perpetrador de violencia. La persona sometida a maltrato es víctima durante el maltrato. Después es superviviente. En la asistencia de enfermería insistimos en la capacidad de la persona de sobrevivir y superar el maltrato. Un **perpetrador** es una persona que inflige violencia a otra. Los ejemplos de factores que afectan al riesgo de violencia incluyen trastornos de personalidad, abuso de sustancias, haber experimentado maltrato y antecedente de conducta agresiva (OMS, 2002).

El segundo nivel analiza las relaciones, como las familias, los amigos, los iguales y las parejas. Explora la forma en que estas relaciones pueden aumentar el riesgo de convertirse en una víctima o un perpetrador de violencia. Por ejemplo, si un niño crece en una familia en la que se tolera la violencia, tiene mayor probabilidad de ser víctima de violencia o agresor (OMS, 2002).

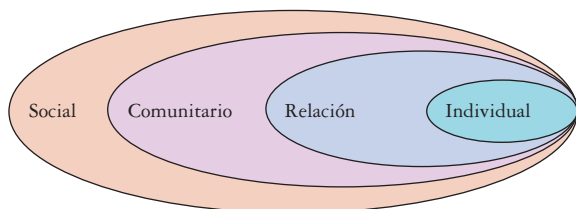


Figura 16-1. ■ Modelo ecológico de la OMS para comprender la violencia. Fuente: World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. Ginebra: Autor. Reproducido con autorización.

El tercer nivel explora los contextos comunitarios en los que se producen las relaciones sociales, como colegios, lugares de trabajo y vecindarios. Identifica las características de estos contextos que pueden contribuir al riesgo de violencia. Los ejemplos comunitarios incluyen densidad de población, tolerancia de la comunidad al tráfico de drogas y niveles elevados de desempleo (OMS, 2002).

El cuarto nivel del modelo ecológico analiza los factores sociales generales que crean un clima en el que se fomenta o se disuade de la violencia. Estos factores incluyen disponibilidad de armas y normas sociales y culturales. Las normas culturales pertinentes incluyen actitudes que dan prioridad a los derechos parentales respecto al bienestar de los hijos, actitud de que el suicidio es una elección individual en lugar de un acto de violencia que se puede prevenir, dominio masculino sobre mujeres y niños, y apoyo del uso de una fuerza excesiva por la policía. Los factores sociales que afectan a la violencia también incluyen políticas económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades económicas o sociales entre distintos grupos de la sociedad (OMS, 2002).

Los anillos superpuestos del modelo representan cómo los factores de cada uno de los niveles fortalecen o modifican los factores de los otros niveles. Por ejemplo, una persona con un antecedente de maltrato tiene mayor probabilidad de actuar de forma violenta en una comunidad que tolera la violencia que en un entorno más pacífico. Ningún factor único explica por qué una persona se comporta de forma violenta. La violencia es un problema complejo enraizado en la interacción de factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos. El modelo económico también indica que para reducir y prevenir la violencia es necesario actuar en varios niveles diferentes al mismo tiempo (OMS, 2002). La primera sección de este capítulo aborda la violencia en individuos y familias. La segunda parte aborda la violencia en el puesto de trabajo en el centro sanitario. El cuadro 16-1 ■ presenta algunos ejemplos de la OMS de cómo acciones en los diferentes niveles del modelo ecológico pueden prevenir la violencia.

Familias violentas

Los niños están modelados por sus experiencias infantiles. Algunos están expuestos a experiencias positivas y a padres que son habitualmente buenos modelos de rol. Algunos están expuestos a modelos de crianza de maltrato, abandono, explotación y victimización. ¿Cómo aprenderá este último grupo a criar a sus propios hijos?

La violencia familiar es la conducta violenta que se produce entre personas que son familiares o que son miembros del mismo hogar. Incluye maltrato físico y emocional y abandono de niños, maltrato entre parejas íntimas adultas y maltrato de ancianos. Es una cruel ironía que el grupo social que se supone que proporciona amor y apoyo también sea el

CUADRO 16-1**Recomendaciones de la OMS para la prevención de la violencia en la sociedad**

- Abordar los factores de riesgo individuales y dar pasos para modificar las conductas de riesgo individuales.
- Influir en las relaciones personales íntimas y trabajar para crear entornos familiares saludables, además de ofrecer ayuda profesional y apoyo a las familias disfuncionales.
- Monitorizar los lugares públicos, como colegios, puestos de trabajo y vecindarios, y tomar medidas para abordar los problemas que pudieran producir violencia.
- Abordar la desigualdad de sexo y las actitudes culturales y prácticas adversas.
- Abordar los factores culturales, sociales y económicos más generales que contribuyen a la violencia y tomar medidas para modificarlos, incluyendo medidas para cerrar la brecha entre ricos y los pobres y para garantizar un acceso equitativo a bienes, servicios y oportunidades.

Fuente: World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. Ginebra: Autor.

grupo más violento al que pertenece la mayoría de las personas. Las conductas que normalmente no serían aceptadas entre extraños, compañeros de trabajo o amigos con frecuencia se toleran en las familias (Fishwick, Parker y Campbell, 2001).

IDENTIFICACIÓN DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR VIOLENCIA FAMILIAR

La violencia familiar se produce en todos los grupos socioeconómicos. La raza no indica quién tiene riesgo de violencia familiar. Aparece en todas las razas aproximadamente con la misma frecuencia. Los maltratadores y las víctimas pueden tener cualquier edad. Pueden ser médicos, profesionales de enfermería, bibliotecarios, abogados o domadores de cocodrilos.

Los profesionales de enfermería no encontrarán violencia familiar buscando un tipo de persona. La conducta es el indicador. La base de la conducta violenta es el establecimiento de un control poderoso sobre otra persona, habitualmente mediante la promoción de un clima de miedo. El maltratador piensa que tiene derecho a controlar a la otra persona por todos los medios necesarios (Berlinger, 2001).

Cuando los profesionales sanitarios intentan crear un estereotipo de una familia violenta, la tragedia es que se omiten las personas que no encajan en el estereotipo y, por lo tanto, se les niega tratamiento. ¿Podría haber sido realmente víctima de una agresión la esposa del presidente del consejo con el ojo morado que dijo que se había caído por las escaleras? Sí, y necesita un profesional de enfermería u otro profesional sanitario para reconocerlo.

Sexo

Aproximadamente 1,3 millones de mujeres y 835.000 varones en EE. UU. son asaltados cada año física o sexualmente por un cónyuge actual o previo, una pareja íntima o alguien con el que mantienen una cita; el 25-30% de las mujeres será agredido por una pareja íntima durante toda la vida (Kovach, 2004). Aunque los varones también están afectados, la inmensa mayoría de la violencia familiar es perpetrada por varones contra mujeres y niños. La figura 16-2 ■ muestra a un varón amenazando con el puño a una mujer y a una niña.

Agresión entre personas del mismo sexo

Las personas que mantienen relaciones homosexuales también pueden ser violentas. Las estadísticas muestran que la violencia entre parejas íntimas del mismo sexo se produce con la misma frecuencia que en las relaciones heterosexuales. Tiene similitudes con las relaciones entre parejas íntimas heterosexuales en que atraviesa las fronteras de edad, raza, estilo de vida y nivel socioeconómico; aumenta con el tiempo; las víctimas con frecuencia se quedan a pesar del maltrato continuo; y la base del maltrato es el poder y el control (American Medical Association [AMA], 2000). Debido al estigma contra la homosexualidad, las personas implicadas en relaciones del mismo sexo tienen menor probabilidad de denunciar o solicitar ayuda por el maltrato (AMA, 2000). Hay mayor prevalencia de maltrato entre varones homosexuales que entre mujeres homosexuales, y hay pocos recur-



Figura 16-2. ■ Hombre maltratador amenazando a una mujer y a su hija con el puño. Fuente: PhotoEdit Inc.

sos para las víctimas masculinas (Kovach, 2004). En EE. UU. hay aproximadamente 2000 refugios para violencia por parejas íntimas; sólo 21 de ellos ofrecen servicios a varones (Kovach, 2004).

CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS VIOLENTAS

Las familias violentas tienen algunas cosas en común. La transmisión multigeneracional de la violencia significa que los niños aprenden sus patrones de conducta en sus familias tomando a sus progenitores como modelos de rol. Aunque los progenitores habitualmente no actúan de formas totalmente positivas o negativas hacia sus hijos, cuanto más estén expuestos los niños a un estilo de crianza particular y a una calidad de experiencia, más internalizan ese estilo y lo manifiestan en sus propias actitudes y prácticas de crianza (Bavolek, 2000).

De la misma forma que la violencia persiste de una generación a la siguiente, también lo hace una función familiar inadecuada. Cuando los padres nunca han aprendido a ser afectuosos con sus hijos, o lo que pueden esperar razonablemente de los hijos en diferentes niveles del desarrollo, o cómo afrontar las frustraciones y los retos de la vida de una forma saludable, tienen mayor probabilidad de abandonar a sus hijos o de perpetuar el legado de una función familiar inadecuada (Moss, Lynch, Hardie y Baron, 2002).

Los niños que son testigos de violencia aprenden conductas agresivas. También llegan a ver la violencia como una opción para afrontar la frustración o la ira. El maltrato infantil y el maltrato de las parejas íntimas muestran un patrón repetido en familias.

Factores de riesgo

Las estadísticas indican que hay numerosos factores de riesgo que se pueden encontrar en familias en las que hay maltrato. De acuerdo con el último informe de la OMS, el abuso de alcohol y de sustancias, la enfermedad mental y las desigualdades económicas aumentan el riesgo de la mayor parte de los tipos de violencia (OMS, 2007). La edad, el estado civil y el empleo parecen tener una participación importante en el maltrato de las parejas íntimas. Las mujeres jóvenes de entre 17 y 28 años de edad tienen la mayor frecuencia de violencia por sus parejas íntimas. Esto se complica si la mujer está soltera, separada o divorciada; si está gestante; si abusa de drogas o alcohol, o si mantiene una relación con alguien que lo hace; si fue maltratada cuando era niña; y si tiene una pareja desempleada y los ingresos combinados son bajos (Kovach, 2004; Walton-Moss y Campbell, 2002).

Aislamiento social

El aislamiento social es otra característica común de las familias violentas. Como la conducta violenta tiene consecuencias legales y sociales, la violencia en la familia se convierte en el

secreto familiar. Aun cuando nunca haya una regla declarada de «mantener el secreto», se dice a los familiares de muchas formas sutiles que no deben hablar de ello. El secretismo es un factor que explica la insuficiente denuncia de la violencia familiar. El maltratador con frecuencia disuade a los familiares de que tengan amigos o de que socialicen fuera de la familia. Puede que no se permita a la esposa del maltratador que trabaje fuera de casa. Se produce aislamiento social en el maltrato infantil, el maltrato de las parejas íntimas y el maltrato de ancianos.

Abuso de poder

En todas las formas de violencia familiar el maltratador tiene cierto poder o control sobre la víctima (hijo, pareja o anciano). El maltratador puede tener control económico y social. El maltratador habitualmente es quien tiene el control de toda la familia, toma todas las decisiones y gasta el dinero según su criterio. El maltratador culpa a la víctima de los problemas familiares e incluso del propio maltrato. Si el maltratador detecta cualquier indicación de independencia o desobediencia de la víctima, la violencia habitualmente aumenta.

El abuso de poder que da lugar a la violencia doméstica puede adoptar muchas formas, que tienden a superponerse. Raras veces una relación violenta incluye únicamente un tipo de abuso (Walton-Moss y Campbell, 2002). Algunos ejemplos incluyen los siguientes (Kovach, 2004):

- **Físico.** Infligir lesiones físicas, impedir el acceso a los recursos necesarios para mantener la salud, obligar a consumir alcohol o drogas, atar o sujetar
- **Emocional.** Socavar la sensación de autoestima de la víctima con críticas intensas, insultos, ridículo, intimidación o desprecio
- **Sexual.** Forzar contacto sexual sin consentimiento, herir intencionalmente a alguien durante las relaciones sexuales, obligar a alguien a mantener relaciones sexuales sin protección de la gestación y de enfermedades de transmisión sexual, realizar comentarios sexuales degradantes
- **Psicológico.** Generar una sensación de miedo mediante amenazas de hacer daño o abandonar a la víctima, mostrar posesividad o celos extremos, mantener el control sobre las finanzas o a aislar a la víctima de los demás

Abuso de alcohol y drogas

El abuso de sustancias se ha asociado a violencia familiar. Aunque las familias con un progenitor que abusa de sustancias tienen mayor probabilidad de experimentar violencia, la relación no es simplemente de causa y efecto. Tenga cuidado con concluir que el alcohol hace que las personas golpeen a sus familias. No todas las personas que consumen drogas y alcohol son violentas hacia sus familias. Estar

CUADRO 16-2**Comprobación de la realidad sobre violencia familiar**

Las citas son de personas implicadas. Cada cita es de una situación diferente:

- «Ojalá no hubiera contestado. Papá no habría matado a mi perro. Pobre perro. Lo siento mucho».
- «Sólo estaba intentando asustarte. Era sólo porque estaba bebido, ¿sabes? No te habría hecho tanto daño si hubiera estado sobrio».
- «Ojalá hubiera tenido la boca cerrada. No me habría pegado».
- «Mamá me dijo: Cállate, o te volverá a pegar».
- «No debí sonreír a mi tío la primera vez que me puso sobre su regazo. Tal vez no me habría tocado así. Debería haber intentado con más fuerza detenerle, y me odio a mí misma».
- «Ella se lo buscó».
- «Si lo cuentas, también le haré esto a tu hermana».
- «Ahora que está muerto, nunca me perdonaré a mí mismo. La última vez que le vimos en el SU su padre dijo que se había caído del patinete otra vez, como le había ocurrido otras cuatro veces. Debí haber sabido que era maltrato».

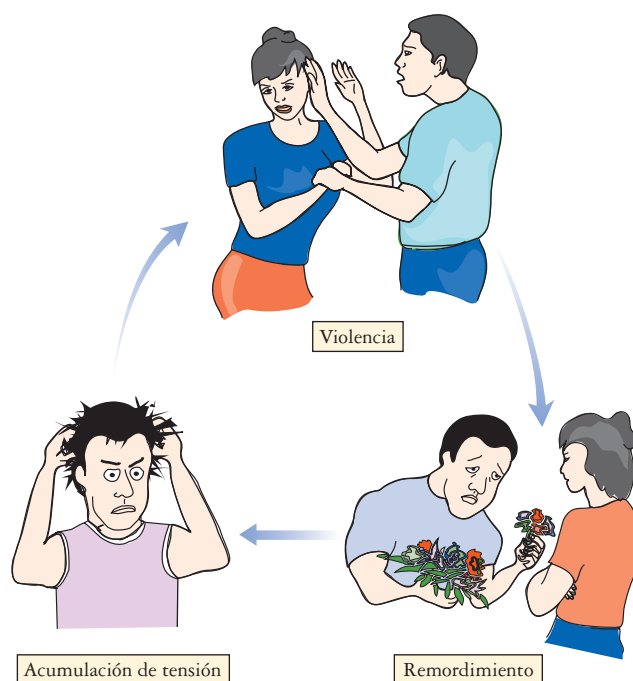


Figura 16-3. ■ El ciclo de la violencia.

bebido no es una excusa para la violencia. Los maltratadores suelen excusar su conducta así: «Les herí porque estaba borracho». Si la bebida hiciera que las personas se volvieron violentas, ¿por qué no golpean al camarero o al oficial de policía que les pone una multa de tráfico? Las personas han aprendido que pueden controlar a sus parejas o sus hijos con violencia y que en cierta medida nuestra sociedad lo disculpa. El cuadro 16-2 ■ presenta algunas citas de personas implicadas en situaciones violentas.

Ciclo de violencia

Se ha identificado un patrón en la conducta de violencia familiar. La fase de acumulación de tensión puede durar meses o años, comenzando con críticas verbales y desprecios, que progresan hasta el primer incidente de violencia física, que puede durar desde 2 hasta 24 horas (Kovach, 2004). Este primer episodio de violencia es seguido por remordimiento sincero por parte del maltratador. El maltratador se disculpa, dice que nunca va a ocurrir de nuevo, y hace algo agradable por la persona a la que ha herido. Este tiempo de remordimiento también se llama «luna de miel». La esposa maltratada cree que nunca volverá a ocurrir. Después vuelve a empezar a acumularse la tensión. El maltratador está irritable, celoso o discutiendo. La fase de acumulación de tensión finaliza con otro episodio violento, después de lo cual el maltratador lo lamenta de nuevo. El ciclo se vuelve a repetir. Como el problema de la violencia familiar empeora con el tiempo, los incidentes violentos se producen cada vez con más frecuencia. Finalmente los episodios de remordimiento desaparecen y lo

único que queda es tensión y violencia. La figura 16-3 ■ ilustra el ciclo de la violencia.

Violencia de pareja

El 95% del maltrato entre parejas íntimas es el maltrato de hombres hacia mujeres. Se estima que una de cada tres mujeres ha experimentado violencia por una pareja íntima en algún momento de su vida (Hastings, 2001). La figura 16-4 ■ muestra a un hombre preparándose para herir a su pareja.

Como en otras formas de violencia familiar, las víctimas del maltrato de pareja tienden a ocultar el maltrato. Más de la mitad de todas las mujeres que consulta en servicios de urgen-



Figura 16-4. ■ Varón maltratador preparándose para golpear a su pareja. Fuente: Alamy Images.

cias sufre maltrato por su pareja, aunque la mayoría no da un motivo sincero de sus lesiones (Hastings, 2001). Es interesante señalar que las mujeres víctimas de maltrato consultan en el servicio de urgencias con más frecuencia por otros motivos que por las lesiones relacionadas con el maltrato. El miedo y el estrés que genera ser víctima de violencia de pareja (VP) con frecuencia producen enfermedades crónicas, como cefalea, dolor de espalda y ansiedad. Con frecuencia estas enfermedades, y no las lesiones, son el motivo de la consulta al SU (Kovach, 2004). Desde el punto de vista físico, las víctimas de VP son propensas a problemas digestivos, como síndrome del intestino irritable, infecciones urinarias y enfermedades de transmisión sexual. Los efectos mentales suelen ser depresión y trastornos de estrés postraumático (Kovach, 2004). La American Medical Association y la American Nurses Association proponen realizar cribado sistemático de VP a todas las mujeres que consulten en un centro sanitario (Kovach, 2004). Aun cuando los miembros del personal del centro sanitario pregunten a todas las mujeres si son maltratadas, no se detectan muchos casos.

Como las víctimas de violencia de pareja tienden a ser reservadas, los profesionales de enfermería deben basarse en sus capacidades de valoración para detectar la probabilidad de maltrato de pareja. Algunos de los indicadores de maltrato por la pareja que puede valorar un profesional de enfermería incluyen:

- Lesiones múltiples en varias fases de curación; pueden incluir hematomas no explicados, quemaduras, laceraciones, especialmente si están localizadas en áreas que habitualmente están cubiertas por ropa (Kovach, 2004)
- Una historia sobre la lesión que no es compatible con el daño (como una caída por las escaleras cuando una fractura espiral del húmero sólo se puede deber a torsión del brazo)
- Vergüenza ante lesiones antiguas no explicadas; parece evasiva, ansiosa o deprimida (Berlinger, 2001)
- Ha pospuesto la consulta para recibir tratamiento por la lesión (Berlinger, 2001)
- Miedo en presencia del maltratador, intento de ocultar el miedo
- Sin amigos, relaciones distantes con la familia
- Preocupaciones para evitar que la pareja se enfade
- La pareja no deja a la paciente sola con nadie; la pareja puede parecer poco colaboradora o dominante y puede responder a todas las preguntas por la paciente; la pareja también puede parecer demasiado preocupada por el bienestar de la paciente (Berlinger, 2001)

Cuando están presentes estos datos que indican maltrato, el profesional de enfermería debe profundizar en la evaluación preguntando a la paciente específicamente por el maltrato. Recuerde que la paciente es la que decide cómo va a responder, y si puede recibir ayuda en este momento. Se ha

demostrado que la mujer es más receptiva para solicitar ayuda por su situación inmediatamente después de que se haya producido el maltrato y antes de que el maltratador haya entrado en la fase de luna de miel del ciclo de violencia (McFarlane y cols., 2004). Sin embargo, el profesional de enfermería no puede controlar la conducta de otra persona. El profesional de enfermería no tiene la responsabilidad de rescatar a la mujer y de convencerla para que presente cargos contra su pareja (Berlinger, 2001). Cuando sea posible, el personal de enfermería debe evitar utilizar palabras como *maltrato* o *agresión* o cualquier otro término que la paciente pueda interpretar como crítico (Kovach, 2004). Si la paciente niega maltrato o la necesidad de ayuda, el profesional de enfermería debe respetar esa decisión, aunque puede seguir dando la información sobre refugios y otros recursos. Un motivo por el que las mujeres mantienen relaciones de maltrato es que no saben que tienen opciones. Los profesionales de enfermería pueden tratar este problema con información incluso en una visita breve en el servicio de urgencias o en la consulta. La información que usted dé a la paciente en una tarjeta pequeña, del tamaño de una tarjeta de visita, podría ser una semilla que se transforme en acción más adelante, cuando esté preparada. Sin embargo, usted debe asegurarse de que la paciente se sienta segura cuando lleve esta información a su domicilio si existe la posibilidad de que la pueda ver el maltratador y pueda ser el origen de más violencia (Kovach, 2004).

¿POR QUÉ LAS MUJERES SE QUEDAN TANTO CON SUS PAREJAS MALTRATADORAS?

En apariencia parece evidente: si una mujer es maltratada emocional o físicamente por su pareja, debería dejarlo. Sus hijos son testigos de violencia y aprenden tanto a ser violentos como a ser víctimas. Por eso, ¿por qué se queda? Hay muchas razones por las que las mujeres tienen mucha dificultad para marcharse.

- Él la amenaza con matarla si se marcha (el 30-50% de todas las mujeres asesinadas en EE. UU. son asesinadas por su pareja cuando intentan dejarla [Hastings, 2001]).
- Ella depende económicamente de él y no tiene trabajo (el maltratador aísla a su pareja y no la deja salir a trabajar).
- Miedo a perder la custodia de los hijos (sólo recientemente se utiliza el antecedente de maltrato por la pareja como factor en las decisiones sobre la custodia de los hijos).
- No tiene ningún lugar al que ir (él la ha aislado de sus amigos).
- Ausencia de información sobre sus opciones (no sabe dónde obtener información, consejo o ayuda).
- Probablemente tenga autoestima baja y miedo a estar sola (no está segura de que pueda superarlo por sí sola; durante años él le ha dicho que es inútil).
- Ella piensa que no se considera que los maltratadores sean responsables de su conducta (ha visto que esto ocurre).

CUADRO 16-3

Mitos y realidades sobre la violencia doméstica

Mito: Los perpetradores de la violencia doméstica maltratan a sus parejas porque están sometidos a mucho estrés o están desempleados.

Realidad: El estrés y el desempleo no hacen que las personas maltraten a sus parejas. La violencia doméstica se produce en todos los grupos socioeconómicos, no sólo en los desempleados. Si el estrés produce violencia, ¿por qué los agresores maltratan sólo a sus familias? Aprenden que pueden conseguir lo que quieran (poder y control) mediante el uso de fuerza, sin enfrentarse a consecuencias graves.

Mito: Las personas abusan de sus parejas porque abusan del alcohol o de las drogas.

Realidad: El alcohol y las drogas no hacen que las personas maltraten a sus familiares, aunque con frecuencia lo utilizan como excusa. El abuso de sustancias aumenta la gravedad de los episodios violentos. Exigir a los maltratadores que acudan únicamente a tratamiento del abuso de sustancias no impedirá que golpeen a sus parejas o hijos.

Mito: A las víctimas de la violencia doméstica les gusta que les golpeen.

Realidad: Se ha caracterizado a los supervivientes de la violencia doméstica como mujeres masoquistas que disfrutan cuando las golpean. No hay datos de esto. Los

supervivientes al maltrato quieren desesperadamente que finalice el maltrato. Aplican varias estrategias de supervivencia para protegerse a sí mismas y sus hijos. Recibir una paliza para que el maltratador no golpee a los niños puede ser una estrategia de supervivencia, pero a la víctima no le gusta.

Mito: Las víctimas de la violencia doméstica nunca dejan a sus maltratadores, y si lo hacen se meten en otras relaciones de maltrato.

Realidad: La mayoría de los supervivientes de violencia doméstica abandona a sus maltratadores. Pueden ser necesarios varios intentos para separarse permanentemente porque los maltratadores utilizan violencia, control económico o amenazas sobre los hijos para obligar a las víctimas a volver. La falta de apoyo comunitario puede obligar a las víctimas a volver. El riesgo de violencia futura puede aumentar cuando la víctima se marcha. Aunque algunas víctimas entran en otras relaciones de maltrato, no hay datos de que esta sea la experiencia de la mayoría.

Fuente: Center for Substance Abuse Prevention. (2004). *It won't happen to me: Alcohol abuse and violence against women (for those who are concerned about the issue)*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Washington, DC: Autor. Acceso el 28 de agosto de 2007, en http://pathwayscourses.samhsa.gov/vawc/vawc_intro_pg1.htm.

- Negación. Piensa: «Está enfermo y me necesita», o «Su verdadero yo es cuando lo siente» (en lugar de: «Es un criminal y debería estar en la cárcel»).
- Tiene depresión que puede acompañar al maltrato; no tiene energía para realizar ninguna acción (Berlinger, 2001).
- Puede estar sometida a presiones religiosas, culturales o sociales para quedarse (Berlinger, 2001).
- Ha desarrollado buenas habilidades de supervivencia, aunque no habilidades de asertividad (sabe cómo quedarse pero no como irse).

El cuadro 16-3 ■ compara los mitos y las realidades sobre la violencia doméstica.

Trabajar con supervivientes de la violencia familiar es otra área en la que los profesionales de enfermería deben analizar sus propias actitudes. ¿Se sentiría usted enfadado con una mujer que llegara al servicio de urgencias tras ser lesionada por su pareja y que tuviera previsto volver a vivir con él? Algunos profesionales de enfermería sí lo hacen, y esta actitud crítica puede afectar al desempeño de sus funciones profesionales.

Autocomprobación crítica. Considere la situación de una madre que tiene miedo a dejar a su pareja maltratadora. No tiene trabajo, habilidades ni amigos. ¿A qué le parecería que vivir con el maltrato es mejor que asumir el riesgo de estar sola en el mundo?

Los profesionales de enfermería pueden introducir diferencias en la vida de las mujeres maltratadas. Empiece creyéndolas cuando le dicen que las han maltratado, y acepte a estas pacientes como personas independientemente de lo que decidan hacer. Reconozca la experiencia de la paciente validando que «el maltrato es un problema muy frecuente», para que la paciente sepa que no está sola. Establezca una relación de confianza. El uso terapéutico de su propio yo es eficaz en situaciones de crisis como esta. La figura 16-5 ■ muestra a una mujer



Figura 16-5. ■ Mujer maltratada solicitando la ayuda de un asesor no crítico. *Fuente:* Pearson Education/PH College.

maltratada consultando con un asesor no crítico. Otras intervenciones se analizan en el apartado «Asistencia de enfermería» de este capítulo.

Maltrato infantil

El maltrato infantil puede adoptar la forma de maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual o abandono físico, emocional y médico en una persona menor de 18 años de edad. Los niños que son testigos de violencia familiar también son víctimas.

Casi un millón de niños estadounidenses son víctimas de maltrato infantil cada año. Las últimas estadísticas desglosan las proporciones de niños maltratados como se detalla a continuación (Anbarghalami, Yang, Van Sell y Miller-Anderson, 2007):

- El 62,4% sufre abandono
- El 17,5% sufre maltrato físico
- El 9,7% sufre abuso sexual
- El 7% sufre maltrato emocional o psicológico
- El 2,1% sufre abandono médico

El **maltrato físico** de los niños puede adoptar la forma de castigo corporal grave. La figura 16-6 ■ muestra un niño al que se castigó azotándole con un cordón eléctrico.



Figura 16-6. ■ Niño con marcas producidas tras golpearle con un cordón eléctrico. A veces el tipo de maltrato se puede determinar por las características de las heridas en la víctima. Fuente: Robert A. Felter, M.D.



Figura 16-7. ■ Quemaduras por escaldadura en los pies de un niño pequeño. Fuente: Roy Alson, PhD, MD, FACEP, FAAEM.

Este castigo con frecuencia se asocia a no saber qué se puede esperar razonablemente de los niños en diferentes fases del desarrollo. Por ejemplo, se puede castigar a un niño de 1 año de edad por llorar, o a un lactante por ensuciar los pañales. El traumatismo craneal (a veces por sacudir al niño) es la principal causa de muerte y discapacidad en lactantes y niños que sufren maltrato. Las lesiones intencionadas de los niños también pueden adoptar la forma de golpes, sacudidas, cortes, quemaduras, atragantamiento, tirar del cabello u otras lesiones.

Los profesionales de enfermería deben plantearse la posibilidad de que haya maltrato cuando las lesiones de un niño no sean compatibles con las explicaciones que se dan. El niño pequeño que es traído al servicio de urgencias con quemaduras por escaldadura en los pies debe llevar al profesional sanitario a sospechar si los cuidadores refieren que el niño accidentalmente encendió el agua caliente cuando estaba en la bañera a la vez que el niño grita diciendo «cazuela caliente» (fig. 16-7 ■).

La conducta del niño puede ser retraída, excesivamente agresiva o puede mostrar retraso en alcanzar las tareas del desarrollo. El niño maltratado puede tener múltiples lesiones en diversas fases de curación. El niño puede tener un antecedente de múltiples visitas al servicio de urgencias o de visitas a diversos profesionales sanitarios. El progenitor maltratador puede hablar por el niño y puede no querer dejar al niño solo con el profesional de enfermería por miedo a que el niño diga lo que ha ocurrido.

En **maltrato emocional** incluye agresión verbal, como despreciar al niño, culparle, gritarle e insultarle. Puede haber conflicto constante y caos en el hogar. Los padres pueden no darle afecto y protección, posiblemente porque desconocen cómo dárselos. El maltrato emocional con frecuencia acompaña a otras formas de maltrato o abandono. Los padres que maltratan a sus hijos pueden ser emocionalmente inmaduros. Pueden carecer de habilidades para satisfacer sus propias

necesidades emocionales, y mucho menos las necesidades de sus hijos. El maltrato emocional se puede manifestar en muchas formas en el niño: retraimiento, ira, dificultades de aprendizaje, hábitos nerviosos, como chuparse el dedo o morderse las uñas, o trastornos de conducta que podrían verse en conductas antisociales o destructivas (Mulryan, Cathers y Fagin, 2000).

El **abuso sexual** incluye actos sexuales (caricias, penetración peniana, inserción de dedos u otros objetos, masturbación, exposición de los genitales del agresor, contacto oral y orogenital, exposición de la víctima a pornografía) realizados por un adulto, para la gratificación del adulto, con un niño menor de 18 años. Otro tipo de abuso sexual es la explotación, que supone la utilización de un niño para producir pornografía. La mayoría de los niños sometidos a abuso sexual conocen a su maltratador; un progenitor o un cuidador están implicados aproximadamente en la mitad de los casos (Mulryan y cols., 2000).

La mayoría de los casos de abuso sexual infantil no se detectan. Esto se debe en parte a la reserva familiar. Se influye cuidadosamente en las víctimas para que no hablen. El agresor puede amenazar a la víctima con la muerte, golpes o la pérdida de su amor si lo dice. Puede decirle que si se lo dice a alguien le hará lo mismo a su hermana. El hecho de que el maltrato infantil sea mucho más frecuente de lo que saben los profesionales sanitarios y las fuerzas del orden se debe en parte a la negación por los profesionales debido al tabú del incesto. El incesto padre-hija es la forma más frecuente del abuso sexual infantil descrita. Los hermanos también pueden ser los agresores del incesto. Si se sospecha un diagnóstico de abuso sexual, también se debe considerar como posibles agresores a los hermanos. Cuando los datos son ambiguos, los profesionales sanitarios pueden no querer pensar en el problema. Otro motivo del diagnóstico insuficiente del maltrato infantil es que si se notifica y el niño no ha sido sometido a maltrato, la familia y el niño pueden sufrir mucho por el estigma de esta acusación y el proceso legal implicado. Los profesionales sanitarios pueden tener miedo a exponerse a esto.

El niño superviviente de abuso sexual que no ha hablado a nadie del abuso puede ser llevado a un profesional sanitario con síntomas inespecíficos, como trastornos del sueño, dolor abdominal, enuresis (orinarse en la cama), encopresis (incontinencia fecal) o fobias (Anbarghalami y cols., 2007). El niño puede tener los siguientes síntomas y signos: enfermedad de transmisión sexual, hemorragia o molestia vaginal o rectal, gestación, infección urinaria recurrente, exhibicionismo sexual, conocimiento prematuro de la conducta sexual, retraimiento social, autoestima baja, disminución del rendimiento escolar, insomnio y conducta agresiva. La mayoría de los casos de abuso sexual se descubren cuando inicialmente habla alguien del abuso (Anbarghalami y cols., 2007).

El **abandono** es el hecho de no satisfacer las necesidades físicas, emocionales, médicas o del desarrollo de un niño.

A veces el abandono se debe a falta de conocimiento y de recursos, o a problemas personales del progenitor o de otro cuidador, como inmadurez, problemas de salud mental o abuso de sustancias (Mulryan y cols., 2000). El abandono médico se podría deber a creencias y ritos o culturales. A veces el maltrato es intencional. El abandono incluye el abandono de un niño, la supervisión inadecuada, la ausencia de suministro de asistencia sanitaria, la ausencia de solicitud de tratamiento oportuno de lesiones o enfermedades, un tratamiento emocional de maltrato, no enviar a un niño a la escuela o poner en riesgo la seguridad del niño. El abandono es el tipo más frecuente de maltrato infantil.

No es sólo la agresión física activa la que produce problemas potencialmente mortales. El abandono también puede ser destructivo para los niños a lo largo del tiempo, incluso más que el maltrato físico. Tanto el maltrato como el abandono aumentan la probabilidad de algunos trastornos mentales y problemas como depresión, trastorno de estrés post-traumático (TEPT), otros trastornos de ansiedad, dificultad para confiar en los demás, abuso de sustancias y conducta antisocial. La posibilidad de delincuencia en el futuro y criminalidad en la vida adulta aumentan en un 29% de niños que sobreviven a la violencia familiar (Widom y Maxfield, 2001).

PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

¿Es realmente útil enseñar al público conductas preventivas que fomenten su salud? La respuesta es «¡Sí!» Las muertes en accidentes de tráfico relacionados con el alcohol han disminuido como consecuencia de varias campañas nacionales para concienciar al público. ¿Ha visto los anuncios «*Designated Driver*» (Conductor designado) o «*Mothers Against Drunk Driving*» (Madres contra la conducción bajo los efectos del alcohol) en la televisión o en revistas? Sus campañas ponen una cara humana a la tragedia de los accidentes de tráfico relacionados con alcohol. Estos programas educativos salvan vidas. Las manifestaciones para romper el ciclo de la violencia están ahí para educar al público sobre los peligros de que un niño maltratado crezca hasta ser un padre maltratador (fig. 16-8 ■).

Los programas para la prevención del maltrato infantil se basan en los puntos fuertes de la familia. Las estrategias incluyen educación de los padres, visitas domiciliarias y grupos de apoyo para los padres. Los programas de prevención ayudan a los padres a desarrollar habilidades de crianza de los hijos, comprender la disciplina adecuada para cada edad, comprender los beneficios de la disciplina no violenta y aprender a satisfacer las necesidades emocionales, físicas y del desarrollo de los niños. Los programas de prevención también pueden ayudar a los padres a aprender a identificar sus propias necesidades de apoyo y descanso. El cuadro 16-4 ■ aporta consejos sobre cómo ser un padre afectuoso.

CUADRO 16-4

Consejos para ser un progenitor afectuoso

Todos podemos dar pasos para mejorar nuestra relación con nuestros hijos. Pruebe estos:

- Ayude a sus hijos a sentirse amados y seguros.
- Asegúrese de que saben que les ama, aun cuando cometan errores.
- Anímeles.
- Alabe sus virtudes.
- Pase tiempo con sus hijos haciendo cosas que les gusten
- Solicite ayuda si la necesita:
Hable con alguien (amigo, vecino, familiar, clero, profesor, profesional de enfermería, médico, asesor).

Reciba asesoramiento.

Acuda a una clase para padres.

- Sea un modelo de rol para la resolución de problemas sin violencia, sin ira y sin insultos. Adopte un abordaje de resolución de problemas con su pareja y sus hijos.
- Sepa lo que sus niños son capaces de hacer a diferentes edades para que sus expectativas sean razonables.
- Haga una pausa. Busque una niñera. Si no se puede permitir una, túrnese con otro progenitor: se puede turnar cuidando a los suyos y después él cuida a los de usted.



Figura 16-8. ■ Mujeres manifestándose en una protesta, intentando romper el ciclo de la violencia doméstica. Fuente: AP Wide World Photos.

Maltrato de ancianos

El **maltrato de ancianos** es el maltrato o el abandono de un anciano. Se puede producir en el domicilio o en un centro de cuidados crónicos. Puede ser perpetrado por un familiar o por otro cuidador. Al igual que ocurre con los niños, el maltrato puede adoptar diferentes formas, y el anciano puede estar sometido a más de un tipo (Gray-Vickrey, 2004). El maltrato puede ser físico o emocional; puede ser abandono o maltrato económico o explotación material (Gray-Vickrey, 2004). Los casos de abuso de ancianos por sus cónyuges se superponen a los problemas de maltrato de pareja. Se estima que entre uno y dos millones de estadounidenses mayores de 65 años han sido sometidos a alguna forma de maltrato por alguien de quien dependían para sus cuidados (National Center of Elder Abuse, 2005). Las últimas esta-

dísticas de las agencias Adult Protective Services muestran el siguiente desglose (National Center of Elder Abuse, 2006):

- Abandono: 57,6% (abandono por los cuidadores 20,4%, abandono por uno mismo 37,2%)
- Maltrato emocional/psicológico/verbal: 14,8%
- Maltrato económico o explotación material: 14,7%
- Maltrato físico: 10,7%
- Abuso sexual: 1%
- Otro: 1,2%

El maltrato de ancianos puede incluir la aplicación de fuerza física que produce lesiones, ausencia de satisfacción de las necesidades físicas básicas de alimento y agua, quitar las gafas o los audífonos, confinamiento, dejar a la persona sola durante períodos prolongados, aplicación de sujeciones, acoso sexual o uso erróneo de sustancias (utilizar de forma errónea los fármacos prescritos u obligar a la víctima a tomar sedantes o alcohol). Puede incluir negar al anciano su tratamiento médico, ignorar las necesidades emocionales de la víctima o maltratar de forma activa a la persona emocionalmente con amenazas, humillación o insultos. También supone el uso inadecuado de la propiedad y los recursos del anciano, robarle cosas del hogar para venderlas, engañar al anciano para que firme cheques de la seguridad social o «tomar prestado» dinero que nunca se devolverá.

Es importante que los profesionales de enfermería reconozcan qué ancianos tienen mayor probabilidad de ser maltratados. Se ha demostrado que la mayor parte de los maltratos se produce en mujeres mayores de 80 años que necesitan ayuda parcial o total con las actividades de la vida diaria tipo (Gray-Vickrey, 2004). Con frecuencia el agresor es un familiar con el que vive el anciano. Los hijos adultos son los maltratadores más frecuentes (National Center of Elder Abuse, 2006). Los maltratadores pueden tener pocos recursos para prestar asistencia al anciano, se pueden sentir superados y pueden tener habilidades de afrontamiento inadecuadas. Esto es especialmente cierto si el anciano tiene una discapacidad física o emocional por accidente cerebrovascular, parálisis, enfermedad de Parkinson o Alzheimer, o tiene abuso de sustancias, especialmen-

te de alcohol. La incontinencia urinaria o fecal, o ambas, con frecuencia produce ira o frustración en el cuidador. Los propios cuidadores pueden tener un antecedente de otra conducta violenta o de abuso de sustancias. También pueden estar vengándose de tiempos pasados en los que fueron maltratados por una persona mayor. Podría ser una continuación de un maltrato del cónyuge a lo largo de toda la vida (Gray-Vickrey, 2004).

El maltrato en los centros de cuidados crónicos puede tener desencadenantes distintos. Habitualmente se debe a unas condiciones laborales estresantes que podrían incluir tener una dotación escasa de plantilla y ausencia de apreciación del personal por los pacientes y la administración. Una formación inadecuada del personal en relación con las conductas de los pacientes difíciles y las respuestas adecuadas a esas conductas también podría formar parte de la causa. La figura 16-9 ■ muestra a una anciana que sufrió múltiples hematomas en los brazos y el cuerpo mientras vivía en un centro residencial.

Los ancianos pueden tener dificultad para desvelar que se les está maltratando. La misma dinámica familiar que se ha descrito en la violencia de pareja puede aparecer aquí. Además, los ancianos pueden tener miedo a la institucionalización si denuncian el maltrato por sus cuidadores.

Debido a esto, las habilidades de valoración del proceso de enfermería son especialmente importantes. El cuadro 16-5 ■ muestra algunas de las indicaciones de que un anciano puede estar siendo sometido a maltratos. Tenga en cuenta que los trastornos médicos generales de la ancianidad pueden producir algunos de estos signos. La presencia de uno o varios de estos



Figura 16-9. ■ Anciana con múltiples hematomas en los brazos y el cuerpo, infligidos cuando vivía en un centro asistencial residencial. Fuente: National Association of State Units on Aging.

CUADRO 16-5

Signos de maltrato y abandono en los ancianos

- Hematomas bilaterales en los brazos
- Múltiples lesiones en diversas fases de curación
- Cualquier lesión alrededor de la cara, el cuello y los oídos, incluyendo dientes rotos
- Fracturas óseas espirales, especialmente en los brazos
- Quemaduras, especialmente en las plantas de las manos, las palmas de los pies o las nalgas; cualquier signo de quemaduras por cuerdas en las extremidades
- Lesión vaginal
- Deshidratación
- Malnutrición
- Alteración de la integridad cutánea
- Mala higiene personal: pelo enmarañado, olor intenso, ropa sucia, uñas largas
- Sin prótesis dentales, gafas ni audífonos, aunque el paciente los necesite
- Miedo al cuidador
- Menosprecio verbal del anciano por el cuidador

signos no diagnostica definitivamente el maltrato, pero, en el contexto adecuado, puede indicar maltrato. Si el anciano tiene deterioro cognitivo, la valoración será más difícil y el personal de enfermería deberá basarse más en datos objetivos.

Aspectos legales de la violencia familiar

Las leyes que regulan la respuesta por el profesional de enfermería ante la sospecha de violencia familiar han sido aprobadas por los cuerpos legislativos estatales. No hay ninguna ley única que regule la responsabilidad de los profesionales de enfermería.

La mayor parte de los estados también exige que los profesionales de enfermería que sospechan maltrato de ancianos lo notifiquen a la agencia estatal que presta los servicios de protección de los adultos. Se debe entrar en contacto con el defensor de los residentes en centros de cuidados crónicos del condado en caso de sospecha de maltrato en un centro de cuidados crónicos. La decisión de denunciar el maltrato de pareja habitualmente queda a discreción de la víctima, salvo que la víctima tenga menos de 18 años o más de 65. Los profesionales de enfermería deben conocer las leyes de los estados en los que ejerzan.

ALERTA clínica

Todos los estados de EE. UU. y las provincias de Canadá tienen leyes de notificación obligatoria del maltrato infantil. El número de teléfono para denunciar el maltrato infantil habitualmente está en «Child Abuse» en las páginas blancas comerciales de la guía telefónica. También puede llamar a la línea de ayuda telefónica de urgencia nacional sobre maltrato infantil: 1- (800)-422-4453 (1-800-4-A-CHILD).

En los casos de violencia familiar, la documentación del proceso de enfermería es especialmente importante, porque es muy probable que se utilice como evidencia judicial. La documentación del proceso de enfermería puede corroborar los datos policiales. Se considera que es una información objetiva y real obtenida poco después del maltrato cuando los datos y las manifestaciones están recientes en la mente del profesional de enfermería (Isaac y Enos, 2001). La documentación debe incluir citas de las personas implicadas sobre lo que ha ocurrido, y una descripción objetiva de la interacción entre la víctima y el posible agresor. Describa conductas sin interpretaciones. Por ejemplo, «La paciente se encogió y se volvió hacia otro lado cuando su marido se aproximó a la cama», no «La cliente tiene mucho miedo a su marido». Ni que decir tiene que la documentación debe ser legible si es manuscrita. A veces se incluyen fotografías de las lesiones en la historia clínica, pero sólo con el permiso del paciente. Todas las fotografías deben estar firmadas y fechadas por el profesional sanitario responsable y el fotógrafo (Gray-Vickrey, 2004). Otra forma de documentar las lesiones es el uso de un «mapa corporal», que es un diagrama del cuerpo que permite que el profesional de enfermería indique la localización y el tipo de las lesiones encontradas (Isaac y Enos, 2001). No es necesario que el profesional de enfermería pida al superviviente de un maltrato una descripción detallada del maltrato. Las tareas de desvelar por completo y discutir en profundidad el maltrato se deben dejar mejor para la psicoterapia.

Los hallazgos de la exploración física que se deben documentar incluyen (Hockenberry, 2005; Isaac y Enos, 2001):

- Localización, tamaño, forma y color de los hematomas o de otras lesiones; el tamaño y la localización aproximados se pueden documentar en un dibujo de la silueta corporal; tome fotografías de las lesiones con el consentimiento informado del paciente
- Características distintivas, como un hematoma con la forma de una mano o la hebilla de un cinturón; quemaduras redondas que pudieran estar producidas por un cigarrillo
- Simetría de la lesión (como hematomas simétricos en los brazos)
- Grado de dolor, sensibilidad ósea
- Datos de lesiones previas
- Estado general de salud e higiene
- Semblante/afecto del paciente (lloroso, agitado, enfadado, tranquilo, etc.)

Además de la documentación de la exploración física, es importante que el profesional de enfermería documente las propias palabras del paciente y presente las frases con comillas. Haga lo mismo para los comentarios del cuidador. Incluya lo que se llama «declaraciones espontáneas en estado de excitación» en términos legales; son declaraciones que hace la víctima poco después del maltrato, mientras sigue teniendo un

estado mental agitado (Isaac y Enos, 2001). Registre cuánto tiempo ha transcurrido desde que se produjo el maltrato.

PERPETRADORES DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

Las personas que perpetran violencia sobre sus familias con frecuencia son adultos a los que se maltrató cuando eran niños. A pesar de todo, si se aprende a responder a la frustración con violencia, entonces también se puede aprender a responder de una forma no violenta. Como otros cambios del estilo de vida, son cambios difíciles, aunque es posible hacerlos. Una vez más, los problemas de violencia pueden verse afectados por diferentes culturas. Las mujeres inmigrantes pueden ser especialmente vulnerables a la violencia doméstica (cuadro 16-6 ■).

Muchas comunidades tienen programas terapéuticos para los hombres maltratadores. Estos programas terapéuticos tienen su máxima eficacia cuando son ordenados por el tribunal, con castigo por incumplimiento. Los varones maltratadores raras veces tienen introspección para admitir y comprender su propia conducta. El profesional de enfermería debe clarificar con todas las partes implicadas que la responsabilidad de la conducta violenta está en el maltratador. Es más probable que se produzca un cambio duradero si el tratamiento combina

CUADRO 16-6

CONSIDERACIONES CULTURALES

Violencia contra mujeres inmigrantes

Se piensa que la violencia doméstica es más frecuente en mujeres inmigrantes que en ciudadanas estadounidenses. Hay varios motivos: las mujeres inmigrantes pueden sufrir mayores niveles de maltrato porque proceden de culturas que toleran la violencia doméstica, o porque tienen menos acceso a los servicios legales y sociales que los ciudadanos estadounidenses. Pueden desconfiar del sistema legal, tener miedo a la deportación o tener una barrera lingüística. Una mujer golpeada que no es una inmigrante legal, o cuya situación de inmigración depende de su marido, es aislada por dinámicas culturales y legales que pueden impedir que adione a su marido, o incluso que solicite ayuda legal. Puede que ni siquiera se la comprenda si llama al 911 o intenta obtener ayuda para recibir alimento o refugio. Según Leslye Orloff, directora del Battered Immigrant Women Program de Washington, DC, los factores de los inmigrantes de estrés, problemas económicos y problemas culturales no son la causa del maltrato, aunque estas condiciones crean barreras para que las mujeres inmigrantes tengan más dificultad para obtener ayuda (Voice of America, 2004).

Los profesionales de enfermería deben estar alerta a la posibilidad de la violencia familiar en familias inmigrantes, y hacer provisiones para tener intérpretes y derivaciones a servicios sociales cuando proceda. La nueva legislación federal ofrece la misma ayuda a las mujeres inmigrantes maltratadas independientemente de su situación legal como a las ciudadanas estadounidenses; sin embargo, si los varones inmigrantes ilegales son culpables de violencia doméstica, pueden ser deportados (Voice of America, 2004).

terapia de manejo de la ira y un programa diseñado para modificar las actitudes hacia las mujeres (Fishwick y cols., 2001).

En el caso del maltrato o abandono de ancianos, la preocupación principal del paciente anciano puede ser el miedo a la institucionalización en una residencia de ancianos. A veces es necesario retirar al paciente del domicilio e iniciar un procedimiento criminal contra el agresor. Cuando ingrese en una residencia de ancianos, este paciente tendrá necesidades psicosociales importantes, como duelo, ansiedad e impotencia. Cuando el maltrato se debe a ignorancia del cuidador o cansancio en el rol cuidador, a veces es posible mantener al anciano en su mismo domicilio, con servicios sociales para los pacientes y sus cuidadores. El cuidador que ha perpetrado maltrato o abandono se puede beneficiar de la educación sobre las necesidades del paciente y cómo satisfacerlas, consejo, servicios de apoyo domiciliario o tratamiento de trastornos mentales o dependencia de sustancias.

Agresión sexual y violación

La **agresión sexual** y la **violación** se refieren a cualquier contacto sexual forzado sin consentimiento. El consentimiento es una cuestión fundamental. Se considera que el contacto sexual con menores es un delito, independientemente de que hayan dado o no su consentimiento. Los menores carecen de la capacidad legal de dar consentimiento para mantener relaciones sexuales debido a su inmadurez y vulnerabilidad.

Las estadísticas son sorprendentes. En EE. UU. se comete una agresión sexual cada 2,5 minutos; una de cada seis mujeres y uno de cada 33 varones en EE. UU. son víctimas de agresión sexual (Rape, Abuse, Incest Network, 2005).

La violación es un crimen de violencia, ira y poder, no sexo. Las motivaciones para violar a mujeres y hombres son similares: humillar, controlar o dominar a la víctima. Los supervivientes de una violación con frecuencia afirman que ya nunca han vuelto a ser los mismos. Nunca pueden confiar en su seguridad ni ser tan despreocupados como antes de este tipo de agresión.

Sólo a partir los años setenta en EE. UU. se consideró un crimen la violación conyugal. Antes de aquel momento si un varón atacaba y forzaba a una penetración sexual a una mujer estaba cometiendo violación salvo que la mujer fuera su esposa. Actualmente la violación conyugal es delito en todos los estados. Entre el 60 y el 80% de todas las víctimas de una violación son violadas por un cónyuge, una pareja, un familiar o un amigo. Hasta el 70% de las violaciones no se denuncia, aun cuando la violación sea un delito grave. Las mujeres tienen menos probabilidad de denunciar la violación cuando conocen al atacante (Smith y Kelly, 2001).

SÍNDROME DEL TRAUMA DE LA VIOLACIÓN

El síndrome del trauma de la violación es un diagnóstico de enfermería para el grupo de síntomas que se producen después de una agresión sexual violenta forzada, o un intento de ataque. Incluye una fase aguda de desorganización del estilo de

CUADRO 16-7

Síntomas del síndrome del trauma de la violación

- Trastornos del sueño, pesadillas
- Negación, culpa, autoinculpación
- Desorganización
- Miedos, ansiedad, fobias
- Humillación, vergüenza
- Autoestima baja, sentimientos de inutilidad
- Cambios en las relaciones familiares y amistosas
- Impotencia, desesperanza
- Incapacidad de tomar decisiones
- Disfunción sexual
- Pérdida de apetito
- Estado de ánimo bajo
- Abuso de sustancias
- Trauma físico inicialmente, después pueden persistir síntomas físicos (específicos o inespecíficos)

vida del superviviente y un proceso de reorganización a largo plazo. El cuadro 16-7 ■ presenta los síntomas del síndrome del trauma de la violación. Los resultados deseados para los pacientes con este diagnóstico son que a corto plazo el paciente deberá resolver la crisis relacionada con el trauma y comenzar el proceso de resolución del duelo. El resultado a largo plazo es que el paciente reinicie sus relaciones sociales y su estilo de vida habituales.

El lenguaje importa

Vamos a hablar sobre cómo hablamos. El lenguaje importa porque comunica nuestras actitudes. Cuando nos referimos a las personas que han experimentado la violencia como *víctimas*, indicamos que están indefensas. Cuando utilizamos el término *superviviente*, dejamos implícito que estas personas han pasado por una situación muy difícil y lo han superado. Han sobrevivido. Cuando nos referimos a las personas que están en el sistema sanitario para recibir asistencia relacionada con violencia familiar, utilizaremos el término *superviviente*, y nuestro objetivo como profesionales de enfermería será dar a estos supervivientes la capacidad de superar su duelo y su trauma, dejar atrás el maltrato y pasar a estilos de vida nuevos y saludables.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

Nuestras actitudes culturales hacen que los profesionales de enfermería tengan dificultad para valorar la posibilidad de maltrato y agresión sexual. Tanto los pacientes como los profesionales sanitarios son reacios a discutir estos problemas. Como el maltrato es muy frecuente y tiene mucha carga emocional, es importante que el profesional de enfermería no

sea amenazante y que se gane la confianza de los pacientes para permitirles hablar sobre ello. También es importante que el profesional de enfermería y el paciente tengan privacidad total. Si el paciente no se siente seguro y apoyado, podría tener miedo a ser sincero (Berlinger, 2001). El profesional de enfermería debe explicar a la familia que es necesaria la privacidad para realizar una exploración. Es útil que el centro sanitario tenga una política de privacidad que esté expuesta en la sala de espera y a la que pueda referirse el profesional de enfermería (Berlinger, 2001).

Puede ser útil plantear preguntas generales para detectar un antecedente de maltrato sexual, como: «¿Alguna vez alguien le ha obligado a mantener relaciones sexuales cuando no quería?», seguido por: «¿Quiere hablarme más ello?» (Fishwick y cols., 2001). Se debe preguntar a todas las mujeres por el maltrato. Algunas se sentirán ofendidas, pero algunas dirán: «Sí. Gracias por preguntarlo. ¿Me puede ayudar?» Por esto preguntamos.

Para valorar la posibilidad de maltrato, el profesional de enfermería podría decir: «Vemos muchas lesiones como las que usted tiene. A veces se han producido porque alguien ha golpeado a la mujer. ¿Cómo le ha sucedido esto?», o «No creo que se tropezara con el picaporte. ¿Alguien le ha golpeado en el ojo?» En esta valoración el profesional de enfermería no debe indicar que la respuesta «correcta» es que el paciente ha sido sometido a maltrato, sino indicar que es creíble y aceptable que el paciente desvele el maltrato si se ha producido.

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

Cuando el paciente ha desvelado que es un superviviente de violencia familiar o una agresión sexual, la primera acción del profesional de enfermería debe ser la escucha activa. Ahora que el paciente esté dispuesto a revelar el maltrato, es probable que se beneficie de discutirlo con un interlocutor no crítico (Fishwick y cols., 2001). Una vez más, el uso terapéutico del propio yo es una importante intervención de enfermería.

Algunos diagnósticos de enfermería frecuentes en los supervivientes de la violencia incluyen:

- Síndrome postraumático o síndrome del trauma de la violación
- Afrontamiento ineficaz
- Impotencia
- Riesgo de violencia dirigida a otros
- Riesgo de suicidio
- Autoestima baja situacional
- Alteración del patrón del sueño
- Sufrimiento espiritual

Los profesionales de enfermería que trabajan en cualquier contexto pueden encontrar pacientes con síndrome postraumático, que es una respuesta maladaptativa mantenida a un epi-

sodio traumático muy intenso, como violencia familiar o agresión sexual. Puede durar poco tiempo o puede persistir durante años.

Las valoraciones de enfermería que llevan al diagnóstico de síndrome postraumático incluyen:

- Escenas retrospectivas o revivir el episodio traumático
- Pesadillas, insomnio y otros trastornos del sueño
- Ira, culpa y ansiedad
- Miedo, que se podría relacionar con personas o situaciones que recuerdan el traumatismo al superviviente
- Dificultad para expresar los sentimientos
- Dificultad para experimentar sentimientos de amor, empatía o felicidad
- Dificultad en las relaciones
- Abuso de sustancias
- Síntomas físicos que pueden ser específicos del traumatismo o inespecíficos, como dolor abdominal, náuseas o cefalea

Los resultados deseados para el paciente que tiene síndrome postraumático son que el paciente deberá:

- Discutir el episodio traumático.
- Expresar sus sentimientos directamente.
- Establecer un equilibrio entre sueño y actividad.
- Mostrar reducción de la densidad, el miedo, la culpa y la ira.
- Referir disminución de los síntomas físicos.
- Identificar los sistemas de apoyo que le ayudarán con el afrontamiento.
- Demostrar aumento de la capacidad de afrontar el estrés.

El profesional de enfermería puede elegir entre las siguientes intervenciones, que se han diseñado para tratar el síndrome postraumático:

- Establecer una relación profesional de enfermería-paciente de confianza. *La confianza es la base para empezar a trabajar en problemas personales y problemas relacionados con el duelo, como los que se experimentan después de un trauma. Los pacientes pueden tener dificultad adicional para mostrar confianza después de haber sufrido un trauma. Confiar en el profesional de enfermería es un buen paso hacia la normalización de la relación con los demás.*
- Animar al paciente a que exprese sus sentimientos sobre el episodio traumático, especialmente sentimientos negativos, como ira. La escritura de un diario (u otro tipo de escritura), hablar con el profesional de enfermería o con un amigo y orar son algunas formas de expresar las emociones. *La identificación y la expresión de los sentimientos ayudan al paciente a empezar a resolver el duelo y la vida asociados al episodio traumático. Las personas comprenden mejor sus propios sentimientos cuando los han expresado verbalmente.*

- Adoptar un abordaje de aceptación y no crítico ante el paciente. *El paciente puede tener intensos sentimientos negativos y de enfado y puede sentir que estos sentimientos son aterradores o incluso inadecuados. Cuando el profesional de enfermería no es crítico, el mensaje para el paciente es que los sentimientos del paciente son aceptables. La aceptación del paciente también ayuda a recibir los sentimientos de auto culpa del paciente.*
- Dar al paciente la oportunidad de discutir el episodio con otras personas que han sobrevivido a la violencia. *Personas con experiencias similares comprenden mejor los sentimientos asociados. Otras personas que han sobrevivido a la violencia, como los miembros de un grupo de apoyo a supervivientes de una violación, pueden ser capaces de ayudar al paciente a identificar los problemas y planificar los mecanismos para abordarlos. Compartir con otros que tienen una experiencia en común puede ser una poderosa herramienta para la recuperación.*

ALERTA clínica

Muchos profesionales de enfermería tienen historias personales de violencia familiar o agresión sexual. Para mantener relaciones profesionales objetivas con pacientes supervivientes o perpetradores de violencia, estos profesionales de enfermería deben resolver los problemas sobre su propio maltrato. Los profesionales de enfermería se deben curar antes de poder ayudar a los demás a curarse.

- Educar al paciente y a su familia cuando esté indicado, para temas como síndrome postraumático, recursos comunitarios, grupos de formación de padres, grupos de supervivientes, refugios y leyes relativas a la violencia familiar. *El paciente tiene mayor capacidad si está informado.*
- Discutir estrategias de afrontamiento y ayudar al paciente a elaborar una lista de recursos que pueda utilizar de forma realista. *Después de una crisis, el paciente puede estar más abierto al cambio de las conductas de afrontamiento. El paciente tiene mayor probabilidad de aceptar las propuestas de personal de enfermería de nuevas formas de afrontar o nuevos recursos que puede utilizar cuando está abierto al cambio. El paciente puede desconocer los servicios incluso de la ciudad en que vive. Puede ser muy útil una lista de recursos que puede utilizar el paciente cuando esté preparado. Las opciones realistas son las únicas que puede utilizar el paciente.*

EVALUACIÓN

Después de que el profesional de enfermería haya intervenido con un paciente que ha experimentado violencia o maltrato, el profesional de enfermería debe evaluar si se han obtenido los resultados deseados. El paciente que es un superviviente de la violencia debe ser capaz de discutir el episodio traumático, expresando sus sentimientos directamente. Los supervivientes también deben equilibrar el sueño y la actividad. Deben ser capaces de identificar los recursos para obtener ayuda en el

afrontamiento, y de manifestar una reducción de la ansiedad y un aumento de la capacidad de afrontar el estrés.

Violencia en el centro sanitario

Esta sección aborda la asistencia de los pacientes que están enfadados, agresivos o agitados. Estos pacientes pueden estar en un centro sanitario. Algunas situaciones se relacionan específicamente con pacientes hospitalizados en el contexto psiquiátrico.

Como analizaremos con más detalle en el siguiente capítulo, la ira es un sentimiento normal en respuesta a la frustración. Puede ser productiva y adaptativa cuando motiva a una persona a cambiar de conducta o a luchar contra la injusticia, aunque también puede ser destructiva o maladaptativa. Cuando la ira no tiene una base racional, o cuando el paciente está manifestando con sus actos sentimientos de ira hacia otras personas, puede ser peligrosa. La **agresión** es una acción física o verbal forzada, que puede ser peligrosa en el contexto sanitario. La **peligrosidad** incluye acciones que tienen un riesgo elevado de producir lesiones a uno mismo o a los demás.

La violencia en los contextos sanitarios se debe a los pacientes y ocasionalmente a sus familias, que se sienten frustrados, vulnerables o fuera de control. Los profesionales de enfermería y sus auxiliares, que tienen el contacto más directo con los pacientes, son los que tienen más riesgo. La violencia se puede producir en cualquier parte del contexto hospitalario, aunque es más frecuente en las unidades psiquiátricas, los servicios de urgencias, las salas de espera y las unidades geriátricas. La tasa de lesiones y enfermedades en las residencias de ancianos es mayor del doble de la incidencia en la industria en conjunto. Las lesiones de los empleados de residencias de ancianos incluyen exposición a patógenos transportados por la sangre, lesiones ergonómicas, caídas e infecciones, además de violencia en el lugar de trabajo (National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH], 2002).

CAUSAS DE CONDUCTA VIOLENTA

Factores biológicos

Algunos datos científicos indican que la química del encéfalo, la lesión del encéfalo, la genética y los factores ambientales pueden producir tendencias agresivas y acciones violentas. La predisposición a la violencia se puede deber a la genética y a la química del encéfalo, y después se transforma en un patrón de maltrato por el entorno psicológico de los años de la juventud. Una deficiencia de serotonina se ha asociado a una conducta impulsiva y agresiva. Las influencias negativas se pueden atenuar por una buena crianza y por tratamientos ecológicos (Wilkinson, 2003).

El lóbulo frontal del cerebro regula la capacidad de planificar, resolver problemas y controlar los impulsos. Si se lesiona (como en un traumatismo craneal), el paciente puede tener conducta impulsiva con explosiones de agresividad. Un mal control de los impulsos es un aspecto importante de algunas conductas violentas. Un acto impulsivo es un acto que no es premeditado. Es una acción que se realiza sin tener en conside-

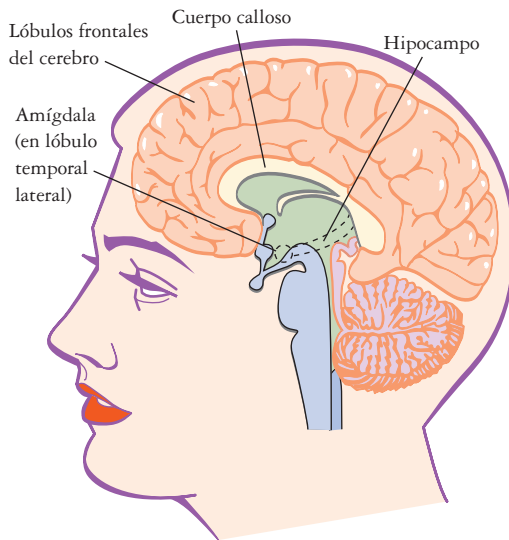


Figura 16-10. ■ Estructuras del encéfalo asociadas a la conducta agresiva. Fuente: *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing* by Kneisl/Wilson/Trigoboff, © Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, NJ.

ración las consecuencias. Cuando un paciente tiene escaso control de los impulsos, puede actuar violentamente sin previo aviso. La figura 16-10 ■ muestra las áreas del encéfalo que se asocian a la conducta violenta.

La epilepsia del lóbulo temporal puede producir explosiones emocionales. Los tumores del sistema límbico pueden producir cambios de personalidad, incluyendo irritabilidad y escaso control de los impulsos. En la investigación actual se están asociando los neurotransmisores del encéfalo a la conducta agresiva.

Factores cognitivos

La teoría cognitiva explica cómo las **atribuciones** de una persona (el significado que una persona da a un acontecimiento), sus expectativas y su diálogo interno conectan las experiencias con reacciones agresivas.

CASO CLÍNICO

Considere el caso de Ken y Maxine. Los dos iban conduciendo a trabajar el lunes por la mañana. Ken pensaba: «¡Estos conductores idiotas! Harán que llegue tarde a trabajar». Maxine pensaba: «El tráfico es denso esta mañana». Un coche se quedó parado delante de ellos, retrasando el tráfico. Ken aceleró y adelantó peligrosamente una línea de coches a la derecha, gritando a medida que pasaba. Maxine esperó en la fila de coches. Encendió la radio para oír un informe del tráfico, y después para oír música. Ken y Maxine tuvieron diferentes atribuciones del mismo acontecimiento. Ken pensaba que los demás conductores eran tontos o estúpidos, o incluso querían que llegara tarde. Maxine atribuyó el enlentecimiento al inevitable tráfico denso. La conducta violenta de Ken y la conducta de búsqueda de información de Maxine se debieron a su reacción cognitiva (pensamiento) a la situación. Las atribuciones tienen una función importante en el inicio de la ira (Rickelman, 2003).

La forma en la que las personas hablan consigo mismas, llamada *diálogo interior*, se ve afectada por los significados que atribuyen a sus experiencias. Este diálogo interior afecta a las percepciones y reacciones emocionales de las personas a los acontecimientos. Si un profesional de enfermería accidentalmente confunde la medicación de dos pacientes, un paciente puede pensar: «Los profesionales de enfermería son estúpidos. No les importa que me pueda matar». El otro puede pensar: «Se producen accidentes. Probablemente el profesional de enfermería estaba muy ocupado». El diálogo interior afecta a cómo responderán emocionalmente estos pacientes, y si se enfadarán o no.

Factores de aprendizaje social

Cuando las personas están expuestas a la violencia en sus familias de origen, y después se hacen adultos para maltratar a sus propios hijos, la teoría del aprendizaje social es que su conducta ha sido aprendida. La observación de modelos de rol o el refuerzo positivo a la conducta producen aprendizaje social.

Los niños pueden aprender en programas de televisión, películas y videojuegos que la violencia ofrece recompensas sociales y materiales. Algunos niños están expuestos a estos medios y sólo están estimulados ligeramente por ellos. Otros niños se ven muy arrastrados hacia la violencia que se presenta en los medios de comunicación. La reacción de las personas a la violencia de los medios de comunicación y del mundo real es complicada. El perpetuo dilema de naturaleza frente a crianza se aplica también a la etiología de la violencia (fig. 16-11 ■).

ASISTENCIA INTEGRAL

Los objetivos del equipo terapéutico en cualquier contexto sanitario incluyen la seguridad de los pacientes y del personal. Se puede diseñar el entorno del centro sanitario para mejorar la seguridad. El National Institute for Occupational Safety and Health (2002) dispone de recomendaciones para el diseño ambiental y los controles administrativos para mejorar la seguridad de los empleados. Se resumen en la tabla 16-1 ■.



Figura 16-11. ■ Los niños pueden aprender la violencia mientras juegan con videojuegos violentos. Fuente: The Image Works.

TABLA 16-1

Entorno laboral sanitario seguro: recomendaciones del NIOSH

RECOMENDACIÓN PARA AUMENTAR LA SEGURIDAD EN EL LUGAR DE TRABAJO	FUNDAMENTOS
Elaborar sistemas de señalización de emergencia, alarmas y monitorización.	Permite que el personal solicite ayuda. Impide que el personal esté aislado con pacientes violentos.
Instalar dispositivos de seguridad, como detectores de metales, para evitar que entren en el centro personas armadas.	Se ha demostrado que los detectores de metales reducen el número de armas de fuego, cuchillos y aerosoles con gases irritantes que se introducen en los centros sanitarios.
Tener buena iluminación en pasillos y aparcamientos. Instalar cámaras y espejos en áreas con visibilidad reducida.	Los ataques se reducen en áreas iluminadas y áreas con buena visibilidad. Los posibles atacantes pueden ser visibles con una iluminación adecuada.
Disponer de escoltas de seguridad hasta los aparcamientos por la noche.	Es menos probable que ataquen al personal cuando están con un guardia de seguridad.
Diseñar las áreas de espera de modo que sean cómodas para los pacientes y los visitantes que puedan sufrir demoras en el servicio.	Las áreas de espera tienen aumento del riesgo de violencia. El hacinamiento, el malestar y la frustración aumentan el riesgo.
Disponer de baños y salidas de emergencia para el personal.	Una salida secundaria favorece la salida segura sin enfrentarse a una persona potencialmente violenta. El agresor se puede ocultar en el baño para enfrentarse al personal.
Instalar mostradores anchos o recintos con cristal blindado en las áreas de recepción y las farmacias.	Se roban las farmacias para obtener dinero y drogas. Las áreas de recepción tienen mayor riesgo de conducta violenta.
Disponer los muebles y otros objetos para minimizar su uso como armas.	Si los muebles son ligeros, sin bordes afilados, o están unidos al suelo, tienen menos probabilidades de ser un arma peligrosa.
Diseñar los patrones de dotación de personal para impedir que el personal trabaje solo y minimizar el tiempo de espera de los pacientes.	Es más peligroso que los empleados estén solos. La espera aumenta la frustración.
Restringir el movimiento del público en los hospitales.	El entorno está mejor controlado cuando el acceso del público está limitado a áreas concretas.
Ofrecer a todos los trabajadores formación para reconocer y manejar las agresiones, resolver los conflictos y mantener la alerta ante los riesgos.	El conocimiento es poder.

Establecimiento de límites

Se produce establecimiento de límites cuando el personal decide los límites de la conducta adecuada y deja claros estos límites con los pacientes. La finalidad de estos límites es la seguridad y el aprendizaje por el paciente de una conducta adecuada, no el castigo del paciente. Otro objetivo es dar al paciente la seguridad de los límites del conocimiento de que no se permitirá que se dañe a sí mismo, a los demás ni a la propiedad.

Manejo de la ira

El manejo de la ira es una terapia que procede de la teoría cognitiva-conductual. En los grupos de manejo de la ira los pacientes aprenden qué es la ira, cómo identificarla en ellos mismos, los acontecimientos o datos que se producen antes de sus explosiones de ira, cómo pensar de forma diferente sobre

los datos que previamente producían ira, y cómo utilizar conductas no violentas alternativas.

Algunos pacientes experimentan automáticamente ira debido a diversos estímulos que para otras personas no serían amenazantes. En la terapia de manejo de la ira estos pacientes aprenden a pensar de forma diferente en estas situaciones (a «reencuadrar su respuesta cognitiva») para poder responder con emociones más sinceras, como miedo o frustración. Este reencuadre del pensamiento del paciente se denomina *reestructuración cognitiva*. Cuando los pacientes se conocen a sí mismos suficientemente bien, pueden empezar a cambiar sus atribuciones. Pueden poner fin a la ira automática y pasar a un marco mental de resolución de problemas. El objetivo del manejo de la ira es que el paciente utilice resolución cognitiva de los problemas en lugar de reacciones emocionales para responder a los problemas.

CUADRO 16-8**LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA****Asistencia del paciente con riesgo de conducta agresiva**

- ✓ Hable lentamente y en un tono de voz normal. *La voz alta le puede parecer amenazante al paciente.*
- ✓ Dé instrucciones sencillas y concretas, como: «Sr. King, vaya a su habitación». *El paciente agitado puede estar sobreestimulado por los estímulos internos de la psicosis, o se puede ver superado por los acontecimientos y los sentimientos. Las indicaciones sencillas serán más fáciles de procesar. Las orientaciones claras reducen los malentendidos.*
- ✓ Reconozca los sentimientos del paciente, como: «Parece que lo está pasando mal», o «Debe estar decepcionado». *El paciente puede no sentirse tan aislado si el profesional de enfermería valida sus sentimientos.*
- ✓ Comunique que espera que el paciente mantenga el control, por ejemplo: «Deje el libro. Sé que puede hacerlo». *La confianza del paciente en sí mismo puede aumentar por la confianza que tenga en él el profesional de enfermería.*

Intervenciones verbales

El principio de «intervención menos restrictiva» (v. capítulo 8) se aplica al tratamiento de la conducta del paciente. El equipo terapéutico empieza hablando con el paciente. El cuadro 16-8 ■ ofrece directrices para las intervenciones verbales en el paciente enfadado. La secuencia de intervenciones, desde la menos restrictiva hasta la más restrictiva, es la siguiente:

- Intervenciones verbales
- Redirección del paciente (a su habitación o lejos del área en la que está aumentando la conducta)
- Fármacos
- Aislamiento o sujeciones

Fármacos

Los pacientes aprenden más sobre el control de los impulsos o el manejo de la conducta si se les permite que manejen su propia conducta sólo con intervenciones verbales del personal. A veces los pacientes están demasiado agitados y no pueden manejar su propia ira incluso con orientaciones verbales del personal. Después se les pide que se alejen de la situación estresante. Si no pueden hacerlo, o si la redirección no es eficaz, pueden ser necesarios fármacos.

El médico debe elegir el fármaco en base al motivo de la agitación del paciente. Si el paciente tiene síntomas psicóticos, se debe utilizar un fármaco antipsicótico como haloperidol o risperidona. Si el síntoma predominante es la ansiedad, la mejor opción es un ansiolítico. El lorazepam es con frecuencia

la benzodiacepina de elección porque actúa rápidamente. Si el paciente tiene manía, se debe utilizar un fármaco estabilizador del estado de ánimo, como litio o carbamacepina, además de una benzodiacepina. Los pacientes con agresividad moderada también han respondido a los fármacos anticonvulsivos valproato disódico y fenitoína, aun cuando no tuvieran manía (Wilkinson, 2003). Si el paciente tiene agresividad impulsiva, puede ser eficaz la utilización de un antidepresivo de la categoría de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como fluoxetina (Wilkinson, 2003).

Algunos profesionales de enfermería ponen en duda el uso de benzodiazepinas para la ansiedad. Su idea es que los pacientes deben aprender a manejar su propia conducta. Piensan que un fármaco ansiolítico le quita al paciente la oportunidad de aprender esta lección. Afirman que los fármacos se pueden convertir incluso en el mecanismo de afrontamiento preferido del paciente. En realidad, en una situación aguda de ansiedad o agitación intensa, cuando el paciente es incapaz de afrontar eficazmente la situación, están indicados los ansiolíticos para mantener la seguridad del paciente, de otros pacientes y del personal. El uso de fármacos es adecuado cuando se utiliza después de que hayan fracasado otras intervenciones, dentro del principio de la intervención menos restrictiva.

Aislamiento y sujeciones

En el contexto psiquiátrico intrahospitalario se puede utilizar el aislamiento en una habitación o se pueden usar sujeciones físicas como medidas de seguridad. Estos abordajes se utilizaban mucho en psiquiatría en el pasado. Se consideraba que el aislamiento o la sujeción de los clientes incluso era una forma de tratamiento. A lo largo de los años ha habido pacientes que han resultado lesionados o incluso han muerto mientras estaban sometidos a sujeción o aislados. Incluso cuando no se producen lesiones físicas, el proceso produce pérdida de dignidad. Se pueden vulnerar los derechos humanos del paciente. La opinión actual es que el aislamiento y la sujeción no son tratamientos. Sólo se deben utilizar como intervenciones de seguridad para proteger la seguridad del paciente y de los demás.

La Health Care Financing Administration (Center for Medicare and Medicaid Services) ha elaborado regulaciones estrictas y claras sobre las circunstancias en las que se puede sujetar o aislar a un paciente. Aunque un profesional de enfermería puede iniciar la sujeción en una urgencia conductual que pone en peligro la seguridad del paciente o de otras personas, un médico u otro profesional independiente y autorizado debe escribir una prescripción en un plazo de una hora. Se puede sujetar a los adultos durante un máximo de 4 horas, a los adolescentes y niños de 0-17 años durante 2 horas, y a los niños menores de 9 años durante un máximo de 1 hora. Los pacientes en aislamiento o con sujeciones deben estar sometidos a observación constante por el personal.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

La historia del paciente es una parte importante de la valoración de enfermería. Varios aspectos de la historia del paciente aumentan la probabilidad de que un paciente tenga una conducta violenta. Si el profesional de enfermería conoce la historia del paciente, se pueden hacer planes para prevenir la violencia antes de que se produzca. Estos factores predictivos de la violencia son:

- Antecedente de conducta violenta (principal factor predictivo)
- Psicosis no tratada (especialmente si se acompaña de ideas delirantes paranoides)
- Abuso de sustancias
- Edad y sexo: los varones adultos jóvenes son los que mayor probabilidad tienen de tener una conducta violenta inadecuada, aunque la psicosis no tratada puede hacer que tanto varones como mujeres sean violentos; se ha sabido que varones jóvenes han llevado armas al colegio, desde la escuela elemental hasta el instituto (fig. 16-12 ■).

Cuando un paciente tiene mal control de los impulsos puede actuar de forma violenta sin previo aviso. Sin embargo, la mayor parte del tiempo la conducta del paciente indica que la agresividad está aumentando. Las conductas que indican riesgo de violencia incluyen:

- Voz alta
- Pupilas dilatadas



Figura 16-12. ■ Se sabe que hay niños que llevan armas de fuego a los centros educativos, desde la escuela primaria hasta el instituto. Fuente: The Stock Connection.

- Puños apretados
- Zancadas
- Susplicacia/paranoia
- Amenazas de violencia
- Comentarios sarcásticos
- Mandíbulas apretadas
- Expresión facial enfadada

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

El principal diagnóstico de enfermería es Riesgo de violencia dirigida a otros. Los pacientes también pueden tener Ansiedad, Afrontamiento ineficaz y Riesgo de violencia autodirigida.

Los resultados deseados para los pacientes con riesgo de conducta agresiva son que el paciente:

- No se lesionará a sí mismo ni lesionará a los demás.
- Manifestará verbalmente al profesional de enfermería sus sentimientos de frustración o de pérdida de control.
- Discutirá los sentimientos de miedo, ira, ansiedad y frustración, y formas alternativas no violentas de afrontarlos.
- Reenmarcará los pensamientos que llevan a la ira o la agresión.

El profesional de enfermería puede elegir entre las siguientes intervenciones de conducta agresiva:

- Colocarse de forma segura. Estar fuera del espacio personal del paciente (longitud de los brazos), en el lado no dominante del paciente. Utilizar una postura abierta con las manos a la vista. Tener siempre visible al paciente. Ponerse entre el paciente y la puerta (Pryor, 2006). En lugar de mirar directamente al paciente, girar su cuerpo ligeramente hacia un lado. *Estas posturas minimizan la probabilidad de que el paciente agresivo golpee al profesional de enfermería, o de que el profesional de enfermería quede atrapado en la habitación del paciente. Si el paciente agita los brazos, el profesional de enfermería resultará lesionado menos por un golpe en el costado que por un golpe en la parte delantera del cuerpo.*
- Animar al paciente a que exprese sus sentimientos. *Con frecuencia los pacientes con conducta agresiva no comprenden sus propios sentimientos. La manifestación verbal de los sentimientos puede ayudar al paciente a desarrollar introspección.*
- Trabajar con el paciente en la reestructuración cognitiva (cambio del diálogo interno desde temas agresivos hasta abordajes de resolución de problemas). *La reestructuración cognitiva ayuda al paciente a cambiar la conducta agresiva automática hasta un abordaje de resolución de problemas ante los episodios vitales.*
- Evitar la actitud defensiva o la conducta que pueda ser interpretada como agresividad. Actuar con confianza, no de forma agresiva. *Si el paciente dice: «No me han traído el*

desayuno y voy a pegar a todo el mundo en esta unidad», el profesional de enfermería debe adoptar un abordaje de resolución de problemas ante los sentimientos del paciente. El profesional de enfermería no debe intentar justificar por qué no le han llevado el desayuno al paciente. Si tiene hambre, llévele comida. Si se siente olvidado, déjele saber que es importante. Mantenga la voz en el intervalo normal, para que no parezca agresivo. Tener la sensación de confianza, no de controlar al paciente, fomenta la colaboración en lugar de la agresión.

- Ser un modelo de rol para un abordaje de resolución de problemas ante un conflicto. Por ejemplo, si el paciente se niega a tomar los fármacos, escuchar primero sus motivos, discutir todos los problemas y después decirle las consecuencias de su elección. Animarle a tomar la medicación sin coaccionarle. *Los pacientes pueden aprender nuevas conductas de resolución de problemas por el ejemplo del profesional de enfermería. El cumplimiento aumenta cuando el paciente decide cumplir, en lugar de que se le engañe o se le obligue. Es importante que el profesional de enfermería sea fiable. Los pacientes se ponen a la defensiva cuando los profesionales de enfermería son autoritarios.*
- Ayudar al paciente a identificar datos sobre la ira, o los acontecimientos que desencadenan respuestas de ira. El paciente puede querer trabajar en esto escribiendo un diario. *Cuando el paciente puede identificar lo que le produce ira, puede empezar a prevenir la conducta de ira. Escribir un diario ayuda a muchas personas que trabajan en el desarrollo de su introspección.*
- Si tiene miedo, conseguir ayuda. *Confíe en su propia sensación de la situación. La asistencia de los pacientes es un trabajo en equipo. Los pacientes tienen menos probabilidad de ser agresivos si está presente más de un miembro del personal.*
- Alabar al paciente por sus éxitos en el uso de alternativas a las agresiones. Por ejemplo, el profesional de enfermería podría decir: «Le vi salir a jugar al baloncesto cuando Charlie le estaba gritando. Es una buena forma de evitar una pelea». *El refuerzo positivo fomenta la persistencia de las nuevas conductas.*

EVALUACIÓN

Cuando el profesional de enfermería está valorando el plan asistencial de un paciente con riesgo de conducta agresiva, se deben considerar varios aspectos. ¿El paciente evitó lesionar a otras personas, expresó sus sentimientos, aprendió nuevas estrategias para evitar una conducta agresiva y realmente intentó utilizar las nuevas estrategias? En caso positivo se han alcanzado los objetivos para el paciente.

El más difícil e importante de estos resultados deseados es realmente intentar la nueva conducta. El cambio de conducta es difícil y es un objetivo a largo plazo, por lo que los profesionales de enfermería con frecuencia deben derivar a los pacientes a servicios para asesoramiento o a grupos comunitarios para el manejo de la ira para que trabajen de forma continua en la conducta de afrontamiento. Consulte con los departamentos de servicios sociales de su centro para recibir información sobre la derivación local.

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Paciente en una relación de maltrato

Jill Donovan, una mujer blanca de 24 años de edad, ha ingresado en su unidad medicoquirúrgica con un posible cólico biliar (colecistitis). La acompaña su esposo, Jeff, que parece muy preocupado y atento a sus necesidades. Raras veces la deja sola.

Valoración. Cuando usted llega para obtener datos sobre Jill para la valoración, Jeff no quiere salir de la habitación y discute con usted sobre la necesidad de que explore a Jill a solas. Jeff finalmente sale, pero asegura a Jill que estará esperando «al otro lado de la puerta» si necesita algo. Jill responde a sus preguntas en voz baja utilizando las menos palabras posibles. Dice que es ama de casa y tiene un hijo de 2 años, con poco tiempo para actividades fuera de casa. El dolor que tiene ahora empezó anoche, después de una comida rica en grasas. Su médico de cabecera estaba preocupado de que pudiera ser la vesícula y quería que ingresara para una posible operación después de una batería de pruebas. Su marido realmente no pensaba que fuera necesario, pero finalmente cedió cuando el dolor era tan intenso que no podía estar de pie.

Cuando le pregunta por los hematomas que tiene en la piel, se vuelve evasiva. Le dice que es «torpe» y que siempre se está tropezando con las cosas. Dice que le salen hematomas con facilidad. Cuando le pide que le muestre los brazos, los mantiene hacia arriba después de ajustar las mangas de la bata para que cubran los brazos. También observa hematomas en los dos hombros. Cuando palpa el abdomen para detectar sensibilidad, observa más hematomas en la zona abdominal. Cuando ausculta los ruidos pulmonares posteriores, ve hematomas en el flanco derecho. Atribuye los muchos hematomas a una reciente caída por las escaleras en casa cuando pisó un juguete de su hija en la parte de arriba de las escaleras. Se ríe nerviosamente por ser una «patosa», y no sabe cómo la soporta su «maravilloso marido». «Es perfecto. Realmente no lo merezco. Toma todas las decisiones y maneja todo nuestro dinero. Llevo una vida muy buena. Raras veces tengo que hacer nada excepto atender a nuestra hija». Cuando sale de la habitación después de la valoración, entra Jeff. Va directamente a Jill y empieza a estirar la colcha. Le oye preguntarle si el profesional de enfermería le ha molestado de alguna forma y si todo está bien. Jill confirma que la conversación con el profesional de enfermería no ha sido amenazante.

Diagnóstico. Usted comunica sus datos al supervisor de enfermería, que inicia el plan asistencial. Debido a la sospecha de maltrato físico y psicológico, los dos deciden que el diagnóstico más pertinente sería:

- Síndrome postraumático

Otros diagnósticos que serían adecuados serían:

- Dolor, agudo, relacionado con posible inflamación de la vesícula biliar, como se manifiesta por la afirmación de la paciente
- Autoestima baja crónica, relacionada con vulnerabilidad personal, como se manifiesta por los comentarios negativos sobre el propio yo, falta de voluntad de denunciar el maltrato y actitud pasiva
- Afrontamiento ineficaz, relacionado con maltrato conyugal, como se manifiesta por uso inadecuado de negación como mecanismo de afrontamiento

Identificación de los resultados. Se deberían establecer resultados adecuados para los diagnósticos de enfermería. Los siguientes son ejemplos de cada uno de los anteriores:

- La paciente referirá dolor de 3 en una escala de 1 a 10 30 minutos después de la administración de un analgésico.
- La paciente describirá uno de sus rasgos positivos durante el ingreso hospitalario.
- La paciente admitirá antes del alta que está siendo sometida a maltrato físico y psicológico.

Planificación y aplicación

- Como primer paso, debe ganarse la confianza de Jill, estableciendo una relación profesional de enfermería-paciente terapéutica. Busque un momento en el que pueda estar a solas con Jill, como durante un baño o cuando Jeff se va a comer, para preguntarle directamente. Dígame que las lesiones no parecen compatibles con su historia y pregunte: «¿Quién le ha hecho esto?» *Preguntarle por las lesiones delante de su marido aumentará el miedo de Jill y puede hacer que Jeff tenga mayor tendencia a vengarse de ella después del alta. El profesional de enfermería intenta facilitar que la paciente pueda revelar la verdad sin decir a la paciente lo que debe decir.*
- Aunque Jill continúa con la negación, usted sigue pudiendo darle información sobre refugios y otros recursos. La información podría estar impresa en una tarjeta pequeña para llevar en la cartera. *Si tiene miedo a que Jeff la encuentre y le pregunte por ello, se le podría dar un solo número de teléfono a Jill, que se identificaría como el de un grupo de apoyo de mujeres para madres jóvenes.*
- Insista en que el maltrato es un problema frecuente para tranquilizarla de que no está sola en su situación. Comunique su sospecha de maltrato por el cónyuge a su supervisor y al trabajador social del hospital. *Aunque todos los estados tienen leyes que exigen la notificación de la sospecha de maltrato infantil, y la mayoría de los estados exige la notificación de la sospecha de maltrato de ancianos, hay pocas leyes que exijan la notificación del maltrato de los cónyuges. Esta notificación queda a discreción del superviviente*

de la violencia familiar. El trabajador social de su centro debe conocer las leyes de su estado en relación con el maltrato.

- Documente los hallazgos de las lesiones de la paciente, incluyendo su localización, tamaño y forma. Documente cualquier interacción que haya observado entre la paciente y su marido que pueda ser indicativa de maltrato. No interprete la conducta, pero descríbalas de forma exacta y objetiva. *Es crucial una descripción clara sin interpretación, porque la información se puede utilizar en un tribunal.*
- Valore con frecuencia el nivel de dolor e intente aliviarlo, incluyendo analgésicos y medidas para fomentar el bienestar.
- Fomente su autoestima. Escuche de forma activa sus preocupaciones. Enséñela a sustituir su diálogo interior negativo por un diálogo positivo. Alabe sus éxitos. *Una relación de confianza con el profesional de enfermería fomenta la autoestima.*
- Determine sus puntos fuertes y cómo ha afrontado situaciones estresantes en el pasado. Infórmele de sus opciones sin expresarle su opinión. *Jill debe reconocer sus opciones para poder realizar elecciones adaptativas para un afrontamiento eficaz.*
- Trate a Jill con dignidad y respeto, y no haga juicios si decide quedarse en su situación de maltrato. *En promedio son necesarios de cinco a siete intentos para que una mujer maltratada abandone al maltratador. El apoyo directo del personal de enfermería le puede capacitar para marcharse antes.*

Evaluación. Para evaluar su éxito, revise todos los resultados esperados para ver si se han podido conseguir. ¿Estuvo Jill a salvo de lesiones durante el ingreso hospitalario? ¿El dolor estuvo controlado? ¿Compartió ideas sobre los rasgos positivos que veía en ella misma? ¿Admitió que era una superviviente de maltrato por su cónyuge? Si no tuvo éxito en su intento de ayudar a Jill a conseguir cualquiera de estos resultados, vuelva a valorar el problema y el resultado, y determine si otras intervenciones podrían tener éxito.

Pensamiento crítico en el proceso de enfermería

1. ¿Cómo se sentiría en relación con una paciente que evidentemente fuera maltratada y negara la situación? ¿Sus sentimientos interferirían con su tratamiento objetivo de la paciente?
2. ¿Cómo respondería usted al marido, que podría ser el perpetrador de la violencia contra su paciente?
3. Si no se hubiera resuelto nada en el momento del alta, describa sus sentimientos y si intentaría o no más acciones para este caso.

Nota: En el apéndice I puede encontrarse un comentario sobre las preguntas de pensamiento crítico.

Nota: La bibliografía y los recursos de este y el resto de capítulos se han reunido al final del libro.

Revisión del capítulo

TÉRMINOS CLAVE

abandono

abuso sexual

agresión

agresión sexual

atribuciones

maltrato de ancianos

maltrato emocional

maltrato físico

peligrosidad

perpetrador

violación

violencia

PUNTOS clave

- La violencia es un problema complejo que está enraizado en la interacción de factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos.
- La violencia familiar se produce en familias de todos los grupos socioeconómicos, razas y culturas.
- Es una cruel ironía que el grupo social que se supone que debe dar amor y apoyo es también el grupo más violento al que pertenece la mayoría de las personas.
- Los progenitores violentos con frecuencia tuvieron ellos mismos progenitores violentos.
- Los maltratadores con frecuencia mantienen aisladas socialmente a sus parejas, abusan del poder que tienen sobre sus familias y obligan a la víctima a mantener el maltrato en secreto.
- Hay un patrón repetitivo de violencia familiar llamado «ciclo de la violencia».
- El abuso de sustancias realmente no produce violencia familiar, aunque sí está relacionado. Los maltratadores bajo la influencia de sustancias son más violentos. Con frecuencia utilizan el abuso de sustancias como excusa.
- Hay estrategias eficaces para prevenir la violencia familiar y la agresión sexual.
- Los niños, las parejas íntimas y los ancianos son los grupos que tienen mayor probabilidad de sufrir violencia familiar.
- La violación es un crimen de violencia, ira y poder, no sexo. Las motivaciones de la violación son humillar, controlar o dominar a la víctima.
- Todos los estados tienen leyes de notificación obligatoria del maltrato infantil.
- En el caso del maltrato o abandono de ancianos, la preocupación fundamental del paciente anciano puede ser miedo a la institucionalización en una residencia de ancianos. Si el paciente ingresa en una residencia de ancianos, tendrá necesidades psicosociales importantes que debe abordar el profesional de enfermería, como duelo, ansiedad e impotencia.
- Los profesionales de enfermería pueden establecer una diferencia para los supervivientes de la violencia.
- Los profesionales de enfermería que son ellos mismos supervivientes de violencia deben resolver sus propios problemas antes de intentar intervenir profesionalmente con otros supervivientes.
- Las personas que trabajan en el entorno sanitario tienen riesgo de violencia. Hay estrategias eficaces para prevenirla.
- Los grupos de manejo de la ira enseñan a las personas a utilizar la reestructuración cognitiva para modificar la forma en la que responden al estrés.



EXPLORE MediaLink

Pueden encontrarse recursos interactivos adicionales en la página web complementaria www.prenhall.com/eby. Haga clic en «Chapter 16» y en «Begin» para seleccionar las actividades de este capítulo.

- Audio Glossary
- NCLEX-PN® review
- Case study
- Study online
- Critical thinking questions
- Matching questions
- Weblinks
- Video Case: Sara (Posttraumatic Stress Disorder)

Protocolo asistencial de pensamiento crítico

Asistencia de un paciente que está agitado

Área de interés del examen NCLEX-PN®: Entorno asistencial seguro y eficaz

Estudio de un caso: Edward Clay es un paciente estadounidense de origen europeo de 55 años de edad que ingresó en el hospital para cirugía hace 2 días. También tiene esquizofrenia. La operación fue bien, y su situación está estable. Anoche empezó a tener ansiedad y no durmió bien. Esta mañana, cuando el profesional de enfermería entró en su habitación, el Sr. Clay gritó: «¡Sáquenme de aquí! ¡Los demonios me persiguen!» Se ha llamado al médico, y llegará a la unidad en aproximadamente 15 minutos.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de violencia dirigida a otros

RECOPILE DATOS

Subjetivos

Objetivos

¿Informaría usted de estos datos? Sí/No

Si así lo hiciera, ¿a quién? _____

Asistencia de enfermería

¿Cómo lo verificaría? _____

Compare su verificación con el ejemplo proporcionado en el apéndice I.

Datos recopilados

(use todos los correctos)

- El paciente está inquieto, moviéndose primero en la cama y después paseando por la habitación.
- Antecedente de hipertensión.
- Tiene los puños apretados.
- Habla en voz alta.
- El paciente tiene un antecedente de empujar a un cuidador del hogar del grupo en el que vive.
- El paciente afirma: «Intentan secarme hasta matarme».
- T 37,7 °C
- El paciente afirma: «No sé qué hacer».
- El paciente mira alrededor, como si pudiera ver cosas que no están presentes en la habitación.
- El paciente mide 162,6 cm.
- El paciente es vegetariano.

Intervenciones de enfermería

(use todas las correctas, colóquelas en orden de prioridad)

- Pedir al paciente una descripción detallada de sus antecedentes médicos.
- Actuar de forma tranquila y confiada.
- Hablar con un tono tranquilo.
- Dejar al paciente en su habitación y cerrar la puerta del paciente hasta que llegue el médico.
- Preguntar al paciente si quiere beber agua.
- Estar cerca de la puerta en la habitación del paciente.
- Mantenerse fuera del alcance del paciente.
- Decir al paciente que el médico llegará en aproximadamente 15 minutos para ver qué puede hacer para ayudarlo.
- Tranquilizar al paciente de que está seguro en el hospital.
- Decir al paciente que si intenta golpearle, usted llamará a la policía.
- Decir al paciente que usted es el profesional de enfermería y está ahí para ayudarlo.
- Preguntar al paciente si necesita algo.
- Llamar al guardia de seguridad del hospital para que le ayude a sujetar al paciente en su cama.
- Decir al paciente: «Creo que debería volver a la cama hasta que llegue el médico».
- Decir al paciente: «Deje de actuar de esta forma o se meterá en problemas con el médico».

Preparación del examen NCLEX-PN®

CONSEJO PARA PASAR LA PRUEBA

A veces las preguntas del examen NCLEX-PN® se refieren al ámbito de la práctica de la enfermería (como preguntar si sabe qué debe notificar o qué puede delegar). Recuerde que el examen NCLEX-PN® es una prueba nacional. Aunque se hayan ampliado las funciones de los auxiliares de enfermería en el lugar en el que se trabaja, no podrán realizar tareas de enfermería (como alimentación por sonda o administrar fármacos) en el examen NCLEX-PN®.

- 1** Una paciente afirma que su pareja con frecuencia la insulta y crítica. Después dice: «Al menos no me maltrata, como les ocurre a otras mujeres». La mejor respuesta del personal de enfermería sería:
 1. «Evidentemente, eso es preferible a que la golpeen».
 2. «Es importante que reconozcamos nuestras limitaciones para poder mejorar nuestra situación».
 3. «Aunque no haya violencia física, el maltrato emocional puede ser igual de devastador para la propia autoestima».
 4. «Es importante estar satisfecho con su situación en la vida».
- 2** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor la violencia?
 1. La violencia se puede seguir hasta un factor particular de la vida temprana de un individuo.
 2. La violencia es un problema complejo que se puede relacionar con una interacción entre factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos.
 3. La violencia se relaciona con más frecuencia con la historia biológica y personal de una persona que con cualquier otra cosa.
 4. La violencia está producida por tener armas en casa.
- 3** Un paciente sospecha que su hija está sufriendo maltrato físico. Después afirma: «No puede ser cierto. Está casada con un importante médico». La mejor respuesta del enfermero sería:
 1. «La violencia familiar se produce en todos los grupos socioeconómicos. Dígame por qué piensa que su hija está siendo sometida a maltrato».
 2. «El maltrato es mucho más frecuente en los grupos socioeconómicos bajos».
 3. «Los médicos tienen interés en fomentar la salud. Su yerno (probablemente) no es un maltratador».
 4. «También me resultaría difícil creerlo a mí».
- 4** Una paciente afirma que acaba de terminar una relación de maltrato de 15 años. Pregunta si los patrones de conducta de su hijo de 11 años, que ha sido testigo y víctima de maltrato físico, se verán afectados en la vida posterior. La mejor respuesta del profesional de enfermería sería:
 1. «Siempre que haya salido de la relación antes de que cumpla 18 años, no debería haber ningún problema».
 2. «Olvidará la situación cuanto más alejado esté de sus circunstancias tempranas».
 3. «Si no muestra ningún signo de ser él mismo un maltratador por ahora, hay buenas probabilidades de que no se vea afectado».
 4. «Los niños pueden aprender patrones de conducta del progenitor al que elijan como modelo de rol. Ser testigo de violencia con frecuencia puede generar una conducta agresiva en el niño».
- 5** Una paciente golpeada afirma: «Mi marido lo siente mucho. Me ha dicho que no va a volver a ocurrir nunca». La mejor respuesta del profesional de enfermería es:
 1. «Lamentarlo después de un episodio de violencia es frecuente. Salvo que reciba ayuda con su ira, esto podría ocurrir de nuevo».
 2. «Me alegra que se haya dado cuenta de que su respuesta era errónea. Espero, por el bien de usted, que esto sea el final».
 3. «Una vez que el agresor admite su error, habitualmente es el final de la violencia».
 4. «Tiene usted suerte de que la conducta violenta se haya producido sólo una vez en su matrimonio».
- 6** Un niño de 4 años ingresa en el hospital por una fractura. Es la tercera vez en este año que ingresa. El enfermero sospecha maltrato físico; su responsabilidad legal es:
 1. Decir a los padres que alguien está maltratando su hijo.
 2. Notificar inmediatamente sus sospechas a las autoridades correspondientes de acuerdo con las leyes de su estado.
 3. Notificar su sospecha y dejar que el supervisor se encargue.
 4. Atender al niño. La notificación de las lesiones sospechosas es competencia del médico.
- 7** ¿Cuál de las siguientes conductas indicaría que un niño está siendo sometido a abuso sexual?
 1. Un niño de 5 años pregunta de dónde vienen los niños.
 2. Un niño de 10 años pregunta si él también empezará a sangrar como las niñas todos los meses.
 3. Una lactante de 10 meses presenta lesiones herpéticas recurrentes en la boca.
 4. Una niña de 4 años quiere jugar a los médicos con el niño de 4 años que vive en la puerta de al lado.
- 8** El profesional de enfermería está evaluando a un varón de 80 años que va a ingresar en un centro de cuidados crónicos. Su hogar está muy sucio. El hombre no se ha afeitado, no se ha cepillado los dientes y tiene las uñas sucias. La respuesta del profesional de enfermería a la situación sería:
 1. Ingresar al paciente en el centro de cuidados crónicos lo antes posible.
 2. Indicar a la nuera que le bañe antes de llevarle al centro.
 3. Preguntar al paciente quién le ha estado atendiendo. Derivar el resto de las preguntas sobre su aspecto al cuidador.
 4. Notificar el abandono y el maltrato a la agencia estatal responsable de la asistencia comunitaria de los ancianos.
- 9** Un resultado adecuado a corto plazo de los pacientes que experimentan síndrome del trauma de la violación sería:
 1. El paciente reiniciará sus relaciones sociales y su estilo de vida habituales.
 2. El paciente identificará al agresor y testificará contra él.
 3. El paciente comenzará el proceso de resolución del duelo.
 4. El paciente se negará a discutir el incidente de la violación como dato de autoprotección.
- 10** Un paciente de la unidad psiquiátrica camina hacia el profesional de enfermería agitando el puño y amenazando en voz alta. ¿Cuál de las siguientes intervenciones de enfermería sería adecuada? Seleccione todas las correctas.
 1. Salir del espacio personal del paciente. Estar entre el paciente y la puerta.
 2. Obtener ayuda para sujetar al paciente mientras le administra un fármaco psicotrópico.
 3. Hablar lentamente y con un tono de voz normal.
 4. Caminar hacia el paciente de forma confiada y decirle que no le va a intimidar con amenazas.
 5. Dar al paciente propuestas sencillas y concretas sobre lo que debe hacer.

En el apéndice I pueden encontrarse las respuestas a las preguntas de revisión, así como un comentario del plan asistencial y el protocolo asistencial de pensamiento crítico.

Capítulo 17

Problemas psicosociales en la asistencia de los pacientes generales

BREVE sinopsis

Ansiedad

Paciente en crisis

Pacientes enfadados

Habilidades no saludables de
enfrentamiento y comunicación

Manipulación

Cuando los profesionales de
enfermería fomentan la
patología de los pacientes

Enfermedad crónica

Necesidades psicosociales de
poblaciones especiales

Necesidades espirituales

**PLAN ASISTENCIAL
DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:**
Paciente con sufrimiento
espiritual

**PROTOCOLO ASISTENCIAL
DE PENSAMIENTO CRÍTICO:**
Asistencia de un paciente con
una conducta manipuladora

CASOS CLÍNICOS:
Pacientes en crisis
Pacientes enfadados
Paciente con ira no resuelta
Conducta pasiva-agresiva
Conducta manipuladora

OBJETIVOS del aprendizaje

Al finalizar la lectura de este capítulo, usted será capaz de:

1. Identificar las necesidades psicosociales de los pacientes en el contexto de la medicina general.
2. Aplicar el proceso de enfermería para satisfacer las necesidades psicosociales de los pacientes fuera del contexto psiquiátrico.
3. Aplicar el proceso de enfermería a las necesidades espirituales de los pacientes.

Las enfermedades y los ingresos hospitalarios pueden ser muy estresantes. Los pacientes pueden tener dificultad para manejar el estrés con sus habilidades de afrontamiento habituales. En consecuencia, los pacientes con frecuencia están en su peor momento cuando están enfermos u hospitalizados. A veces los pacientes dirigen sus sentimientos de ira y frustración a los profesionales de enfermería, lo que puede ser muy difícil de aceptar. Los profesionales de enfermería pueden no sentirse preparados para satisfacer las difíciles necesidades psicosociales de sus pacientes. Además, los profesionales de enfermería pueden tener interacciones más tensas con los pacientes debido a las restricciones de personal y la reducción del tiempo que el profesional de enfermería tiene que pasar con cada paciente (Childers, 2003).

La práctica de la enfermería es holista, lo que significa que tratamos al paciente como un todo, no sólo sus enfermedades. Todas las personas tienen necesidades físicas y psicológicas. Cuando realizamos el mejor trabajo de enfermería, abordamos las necesidades fisiológicas y psicosociales de nuestros pacientes. Sin embargo, cuando los profesionales de enfermería están muy atareados, es fácil centrarse únicamente en la enfermedad médica del paciente. Recuerde que una persona con esquizofrenia puede tener una infección urinaria y una persona con insuficiencia cardíaca congestiva puede tener ansiedad o sufrimiento espiritual. Todos tenemos las dimensiones corporal, mental y espiritual, que componen nuestro propio yo global (fig. 17-1 ■).

A veces a los profesionales de enfermería se les da muy bien satisfacer las necesidades fisiológicas de los pacientes, pero tienen más dificultad con las necesidades psicosociales. Este capítulo va a presentar algunas estrategias para satisfacer las necesidades psicosociales de los pacientes en el contexto de la medicina general.



Figura 17-1. ■ Dimensiones de una persona. Todas ellas se incluyen en la asistencia de enfermería holista.

Autocomprobación crítica. Tom es un estudiante de enfermería al que le gusta la ciencia y las habilidades de enfermería. No le gustan los temas psicosociales, y piensa que hay demasiado de eso en la escuela de enfermería. Quiere trabajar donde pueda evitar los problemas psicosociales de los pacientes. ¿Qué debería hacer Tom?

Ansiedad

En el capítulo 11 hemos analizado los trastornos de ansiedad, que son trastornos mentales reales que se caracterizan por ansiedad. En este capítulo abordamos el tipo de ansiedad que se produce habitualmente en la vida diaria, especialmente en pacientes hospitalizados.

La ansiedad leve puede realmente ser una ventaja para los pacientes, porque hace que estén más alerta y dispuestos a aprender. No precisa ninguna intervención específica por el profesional de enfermería. El profesional de enfermería puede utilizar la educación del paciente para prevenir un aumento del nivel de ansiedad.

Muchas experiencias de pacientes en hospitales o de los residentes de centros de cuidados crónicos producen ansiedad. Puede haber amenazas relacionadas con la integridad biológica, como dolor, los síntomas físicos de la enfermedad, preocupaciones sobre los resultados del tratamiento de las pruebas diagnósticas e incluso cambios de la dieta. El paciente puede haber tenido una experiencia desagradable previa en un centro sanitario o con un profesional sanitario, lo que afecta a su conducta actual. Hay amenazas a la seguridad emocional y la autoestima, como el cambio de los roles familiares, la separación de las personas importantes, preocupaciones económicas, inseguridad laboral, pérdida del estatus profesional, preocupaciones sobre la desfiguración por la lesión o por cirugía, e incluso la propia muerte. Algunos pacientes están preocupados por el aspecto que tendrán con una bata de hospital. No es sorprendente que los pacientes del hospital tengan ansiedad.

La ansiedad también se puede deber a experimentar lo desconocido. Los pacientes pueden tener una sensación inespecífica de miedo cuando no saben qué pueden esperar. Los profesionales de enfermería pueden ayudar a los pacientes a evitar esta fuente de ansiedad mediante la educación de los pacientes. Aunque una intervención sea dolorosa, los pacientes tienden a tolerarla mejor si el profesional de enfermería les ha guiado previamente sobre lo que pueden esperar. Es importante orientar a los pacientes cuando ingresan en sus unidades, diciéndoles lo que se espera de ellos y lo que pueden ellos esperar del personal. Mostrar a los pacientes cómo llamar al profesional de enfermería es una parte crítica de esta educación. Mantener a un paciente informado sobre cuándo se van a realizar las pruebas, cuándo estarán listos los resultados de las pruebas y cuándo pasará visita el médico parece sencillo, pero hará maravillas para aliviar la ansiedad de los pacientes.

El paciente que ya tiene múltiples agentes estresantes tiene mayor probabilidad de tener un aumento de la ansiedad en el

contexto terapéutico. La ansiedad está producida no tanto por el episodio en sí como por cómo percibe el episodio el paciente, qué otras cosas ocurren en la vida del paciente y qué habilidades y recursos tiene el paciente para afrontar todos los problemas actuales. El profesional de enfermería debe tener en mente que en la mayoría de los denominados pacientes difíciles el trastorno subyacente es el miedo (Childers, 2003).

El profesional de enfermería puede observar conductas que utilizan los pacientes ansiosos para manejar su ansiedad. Estas incluyen:

- *Comportamiento impulsivo*, que es la expresión de la ansiedad como ira o conducta agitada
- *Somatización*, o expresión de la ansiedad como síntomas físicos o alteración de las funciones corporales (como cefalea o dolor epigástrico)
- *Retraimiento*, que es retirarse de la fuente de la ansiedad o quedarse inmovilizado
- Resolución activa de problemas

Como todo el mundo ha experimentado ansiedad, hay diversos métodos para afrontarla. Algunos mecanismos de afrontamiento habituales son hablar con otras personas sobre los problemas, realizar trabajo físico o actividad física, resolución sistemática de problemas, evitar la situación estresante, llorar o reír, expresar verbalmente emociones intensas, utilizar el humor, orar, dormir en exceso, distraerse de la situación estresante con otras actividades (lectura, música, técnicas de relajación o aficiones), y obtener alivio con alimentos, cigarrillos o fármacos que producen alteración del estado mental (incluyendo alcohol) (Goeman, Raines y Sultan, 2002; Meisenhelder y Chandler, 2000).

Se utilizan ansiolíticos para tratar la ansiedad de los pacientes mientras están en el hospital cuando los métodos terapéuticos no farmacológicos no son eficaces. Los profesionales de enfermería de hospitales y centros de cuidados crónicos administran estos fármacos con frecuencia y deben estar familiarizados con sus indicaciones, efectos y efectos colaterales.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

El profesional de enfermería comienza con una valoración del aspecto y la conducta del paciente. El profesional de enfermería también pregunta al paciente por los síntomas subjetivos de ansiedad. (Los síntomas de la ansiedad son los de la estimulación simpática. Consulte en la tabla 11-2 los diferentes niveles de ansiedad.) Si el paciente tiene ansiedad leve a moderada, el profesional de enfermería puede actuar tanto tratando los síntomas como impidiendo que aumenten hasta niveles mayores. A medida que aumenta el nivel de ansiedad, disminuye la capacidad del paciente de concentrarse.

Si el paciente tiene ansiedad intensa o angustia, el enfermero debe actuar rápidamente para fomentar el afrontamiento del paciente y reducir su nivel de ansiedad. El paciente con mucha ansiedad estará muy incómodo y no podrá colaborar con el tratamiento. En el nivel de la angustia el paciente puede tener la sensación de que la muerte es inminente. En este punto la seguridad del paciente es la principal preocupación.

Después de valorar el nivel de ansiedad del paciente, el profesional de enfermería debe valorar los mecanismos de afrontamiento habituales del paciente. Es difícil valorar esto mediante observación directa, por lo que el profesional de enfermería puede preguntar: «¿Habitualmente qué le ayuda a sentirse mejor cuando está estresado?», o «Cuando usted tiene un problema grave, ¿cómo lo resuelve?»

Para valorar los recursos que tiene el paciente para la resolución de problemas, el profesional de enfermería puede preguntar: «¿A quién puede pedir ayuda cuando tiene un problema?», o «Cuando necesita ayuda, ¿quién le puede ayudar?» En ocasiones los pacientes no tienen experiencia en pedir ayuda. En este caso el profesional de enfermería podría hacer preguntas específicas para ayudar al paciente a conocer sus recursos, como: «Si tuviera que ir en coche a la consulta del médico, ¿qué haría?» «¿Qué ocurriría si necesitara ayuda para hacer la compra o ir a comprar medicinas?» «¿Pertenece usted a algún grupo?» Los clubes, las fraternidades, los sindicatos y grupos religiosos con frecuencia tienen mecanismos para ayudar a sus miembros.

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

La ansiedad es un diagnóstico de enfermería reconocido por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). La *ansiedad* es «una sensación inespecífica y desagradable de molestia o miedo, acompañada por una respuesta autónoma» (signos vitales elevado). La ansiedad está producida por una anticipación del peligro; alerta a un individuo para que tome medidas para enfrentarse a una amenaza (NANDA, 2005).

Los resultados deseados para el paciente con ansiedad son que el paciente:

- Manifestará verbalmente sus sentimientos.
- Tendrá disminución de los síntomas de ansiedad: signos vitales dentro de los límites normales, semblante tranquilo y pacífico, el paciente refiere que está aliviado.
- Enumerará métodos alternativos para afrontar el estrés.
- Pondrá en práctica técnicas de relajación para reducir su propio nivel de ansiedad.

A continuación se presentan algunas intervenciones de enfermería para los pacientes con ansiedad, con sus fundamentos:

- Mantener una actitud tranquila y no amenazante cuando interactúa con el paciente. *La ansiedad es contagiosa:*

se transmite fácilmente de una persona a otra. El paciente se sentirá más seguro cuando el profesional de enfermería esté tranquilo. Los profesionales de enfermería también deben valorar su propio nivel de ansiedad. Los profesionales de enfermería pueden estar ansiosos cuando trabajan con pacientes ansiosos. La comunicación no verbal es en ocasiones más importante que las palabras que dice el profesional de enfermería. Mantener una expresión facial agradable y hablar en un tono tranquilo ayudará a aliviar la ansiedad (Childers, 2003).

- Comunicarse con el paciente de acuerdo con su valoración del nivel de ansiedad del paciente. Los pacientes con ansiedad leve pueden ser receptivos a la educación o a la comunicación complicada. Los que tienen ansiedad moderada pueden aprender, pero su capacidad de centrarse puede estar reducida. La ansiedad intensa limita las breves respuestas del paciente a instrucciones y preguntas concretas. En un estado de angustia la seguridad del paciente es el problema más importante.
- Ofrecerse a sí mismo, pasando tiempo con el paciente ansioso. La presencia del profesional de enfermería puede ser tranquilizadora para un paciente ansioso, especialmente durante una intervención o un tratamiento, aunque también durante la ansiedad generalizada.
- Escuchar activamente los sentimientos y preocupaciones del paciente. El cuadro 17-1 ■ enumera conductas asociadas a la escucha activa. La escucha activa fomenta la confianza. Aumenta la autoestima, la introspección y la capacidad de afrontamiento del paciente.
- Si el paciente tiene ansiedad intensa, no dejarle solo. La ansiedad intensa puede hacer que las personas teman por su vida. La presencia del profesional de enfermería puede transmitir tranquilidad y seguridad.
- Reconocer la ansiedad y el posible miedo del paciente; animar al paciente a que manifieste verbalmente sus sentimientos sobre el acontecimiento que ha producido ansiedad y sobre otros problemas vitales. La validación de los sentimientos del paciente puede ser el impulso para que el paciente exprese sus frustraciones y empiece a hacer preguntas que

puedan aliviar el miedo y la ansiedad. La manifestación verbal de los sentimientos ayuda a los pacientes a comprenderlos. También ayuda al profesional de enfermería a valorar la situación del paciente. La escucha no crítica de los sentimientos del paciente y la respuesta a las preguntas fomentan la confianza.

- Ayudar al paciente a explorar las opciones de respuestas de afrontamiento saludables, incluyendo la resolución activa de problemas. Si el nivel de ansiedad del paciente es leve a moderado, puede ser un momento adecuado para aprender nuevos métodos de afrontamiento. La ansiedad puede ayudar a motivar al paciente para intentar nuevas conductas. El alivio de la ansiedad refuerza el uso por el paciente de la nueva habilidad de afrontamiento.

EVALUACIÓN

En último término el objetivo es que los pacientes manejen su propia ansiedad con habilidades de afrontamiento saludables. Si las intervenciones tienen éxito, la evaluación del profesional de enfermería mostrará que el paciente utiliza estrategias de afrontamiento saludables, la ansiedad está en un nivel leve a moderado y el paciente refiere disminución de los sentimientos de ansiedad.

Paciente en crisis

Se produce una crisis cuando los métodos habituales de afrontamiento o de resolución de problemas de un individuo no le permiten adaptarse de forma eficaz a un acontecimiento. Una **crisis** es un estado de desequilibrio agudo y limitado en el tiempo. Se puede afectar la capacidad de un individuo desarrollar sus funciones. Las crisis son episodios potencialmente mortales que pueden llevar a las personas a alterar el transcurso de sus vidas (Cohan y Cole, 2002). La figura 17-2 ■ muestra cómo una crisis puede progresar hasta impotencia y desintegración de la personalidad o hasta nuevas habilidades de afrontamiento y mayor nivel de desempeño de funciones.

En general se considera que hay tres tipos de crisis. Una *crisis situacional* se puede deber a:

- Acontecimientos en el entorno (muerte de un ser querido, desastre natural, guerra)
- Acontecimientos personales o físicos (diagnóstico de enfermedad grave, lesión, desfiguración corporal)
- Acontecimientos sociales (muerte de un ser querido, separación, divorcio)

El segundo tipo de crisis es madurativa. Una *crisis madurativa* está desencadenada por las transiciones normales del desarrollo normal. Los seres humanos se desarrollan por las fases de lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta, mediana edad y ancianidad. Cada una de las fases del desarrollo tiene sus propios agentes estresantes y sus propias tareas. Las crisis madurativas se producen cuando el individuo no es capaz de adap-

CUADRO 17-1

Escucha activa

La escucha activa es una importante intervención de enfermería. Para escuchar activamente, el profesional de enfermería:

- De forma ideal se sienta al nivel de los ojos del paciente.
- Está libre de distracciones.
- Utiliza un lenguaje corporal atento (asentimiento con la cabeza, contacto ocular, prestar atención, brazos no cruzados).
- Se centra en los sentimientos y preocupaciones del paciente, no en la valoración de enfermería ni en otros problemas de enfermería.
- Anima al paciente a que explique con más detalle sus sentimientos y acciones, sus precursores y sus consecuencias.

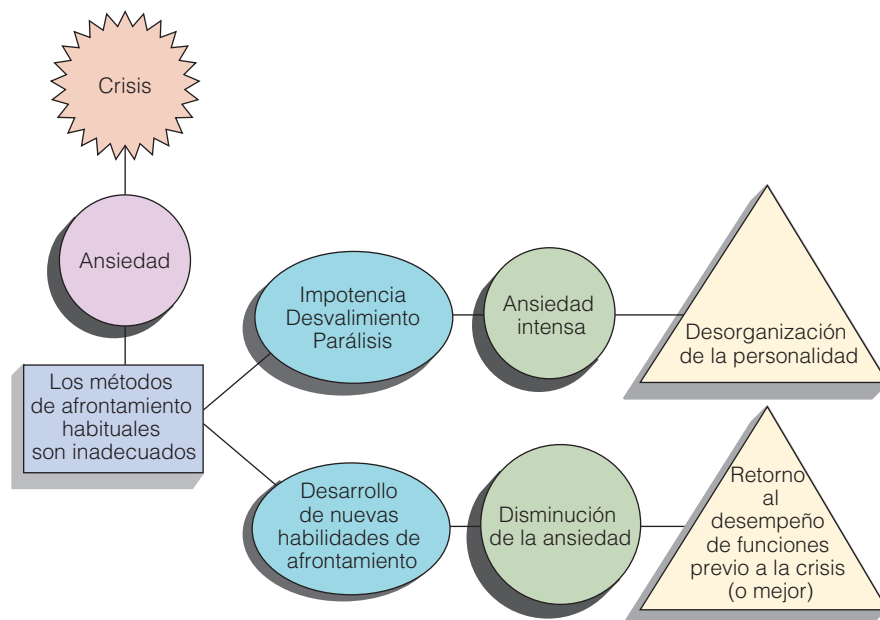


Figura 17-2. ■ Progresión de una crisis. La progresión de una crisis hacia la resolución con éxito o sin éxito depende de lo que las personas hacen cuando sus mecanismos de afrontamiento habituales son ineficaces. Fuente: *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing* by Kneisl/Wilson/Trigoboff, © Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, NJ.

tarse a los cambios necesarios para alcanzar las nuevas tareas del desarrollo. Los ejemplos de crisis madurativas incluyen incapacidad de adaptarse a los retos de empezar la escuela, la transición de la escuela al trabajo o la jubilación.

El tercer tipo es la *crisis como reflejo de psicopatología*, o un trastorno mental. Este tipo de crisis está producido por el trastorno mental, o es más difícil resolverla por el trastorno (Townsend, 2002). Un ejemplo de crisis como reflejo de psicopatología es el caso de Craig. Craig es un varón de 30 años de edad con esquizofrenia. Tenía miedo a que los extraterrestres de televisión vinieran a matarle. Corrió aterrorizado por una calle muy concurrida, donde la policía le recogió y le llevó al hospital.

El número y la gravedad de los agentes estresantes de la vida de una persona también afectan a si esta persona tendrá una crisis. Si una persona ya tiene múltiples agentes estresantes vitales, es probable que la adición de uno nuevo supere su capacidad de afrontamiento.

Hay tres componentes fundamentales de la teoría de la intervención ante una crisis que son básicos para identificar si un paciente está en una crisis. Son el episodio desencadenante, la percepción del episodio por el paciente y los métodos habituales de afrontamiento del paciente (Registered Nurses Association of Ontario, 2006).

Si dos personas experimentan el mismo acontecimiento, una puede tener una crisis, mientras que la otra no. El que un acontecimiento se convierta en una crisis o solamente en un agente estresante para una persona determinada depende de determinados factores de riesgo para la aparición de crisis, que incluyen:

- Con qué intensidad ha estado expuesta la persona a la situación. (Por ejemplo, las personas que sobrevivieron al ataque del World Trade Center del 11 de noviembre de 2001 tenían mayor probabilidad de experimentar una crisis que las que lo vieron en la televisión.)
- Hasta qué punto el episodio amenaza la vida (diagnóstico de tumor cerebral frente a diagnóstico de apendicitis).
- Trastornos psiquiátricos previos (como depresión, esquizofrenia o trastorno de ansiedad, que pueden reducir la capacidad de afrontamiento).
- Maltrato infantil. (Este episodio puede producir una reacción catastrófica o habilidades de afrontamiento menos eficaces ante los agentes estresantes vitales.)
- Pobreza (hace que se disponga de menos recursos).
- Expectativas culturales de que el individuo puede no solicitar ayuda para el afrontamiento, o creencias de base cultural de que una situación es una crisis, podrían no ser reconocidas por los cuidadores de otra cultura.

Tres factores pueden equilibrar una posible crisis y ayudar a una persona a tener éxito en el restablecimiento del equilibrio (Aguilera, 1998). Son las siguientes:

1. **Percepción del acontecimiento.** Cómo percibe el individuo el acontecimiento es crítico para determinar cómo afectará al individuo. ¿La enfermedad es un castigo de Dios? ¿Es una molestia leve? ¿Es lo peor posible que le puede ocurrir? ¿Este acontecimiento va a cambiar el futuro?
2. **Apoyo situacional.** La disponibilidad de personas para ayudarle a resolver el problema es importante. Las relaciones sig-

nificativas dan apoyo y ayuda durante una crisis, y ayudan en su resolución. La ausencia de relaciones de apoyo puede producir autoestima baja, lo que hace que un acontecimiento parezca incluso más amenazante.

3. **Mecanismos de afrontamiento.** Es crítico que una persona tenga habilidades para afrontar los cambios vitales y los acontecimientos estresantes. Una crisis se puede resolver cuando la persona aprende nuevos métodos adaptativos de afrontamiento.

La figura 17-3 ■ ilustra los factores de equilibrio para prevenir la crisis.

CASO CLÍNICO

Considere los casos siguientes. Mónica ingresó en un centro de cuidados crónicos. Tiene un marido que la apoya desde el punto de vista emocional. La acompañó cuando ingresó. Uno de sus métodos de afrontamiento es oír música cuando se siente estresada. El personal posibilitó que pudiera oír música en su habitación. Le entristeció mucho dejar su casa, pero no tuvo una crisis.

David también ingresó en el centro de cuidados crónicos por imposibilidad de cuidarse a sí mismo después de una caída. Recientemente finalizó una relación con su pareja de muchos años. David siempre pensó que lo peor sería vivir en una residencia de ancianos. Su familia no le visita. Ha perdido el interés en comer, habla muy poco y dice que se siente «completamente abrumado». David está experimentando una crisis.

En estos casos de Mónica y David, Mónica tenía varios factores de equilibrio que le ayudaron a evitar una crisis. David

tenía múltiples agentes estresantes y menos factores de equilibrio, por lo que acabó en una crisis.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

El profesional de enfermería comienza el proceso de valoración de los pacientes en crisis con el conocimiento de qué situaciones pueden hacer que el paciente tenga riesgo. Las situaciones que probablemente produzcan una crisis incluyen los episodios ambientales, físicos y psicosociales que ya se han señalado. En el hospital, un nuevo diagnóstico importante, una lesión súbita o la posibilidad de una cirugía que produzca desfiguración pueden precipitar una crisis. En el centro de cuidados crónicos dejar el hogar, la pérdida de un cónyuge o la pérdida súbita de las capacidades funcionales pueden producir crisis en algunos residentes.

Después de identificar a los pacientes en riesgo, el profesional de enfermería debe obtener datos sobre:

- El estilo de afrontamiento habitual del paciente (lo que hace habitualmente el paciente cuando está sometido a estrés extremo)
- El posible acontecimiento productor de la crisis
- Otros agentes estresantes que experimenta actualmente el paciente
- Cómo percibe el paciente el acontecimiento actual
- El sistema de apoyo del paciente

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

Algunos diagnósticos de enfermería frecuentes en los pacientes en crisis incluyen Ansiedad (se debe especificar el nivel), Afrontamiento ineficaz, Riesgo de violencia autodirigida y Sufrimiento espiritual.

El **humanismo** asume que las personas tienen la capacidad de crecimiento personal y de influir y controlar sus propias vidas. Como los profesionales de enfermería adoptan un abordaje humanista ante la asistencia de los pacientes, los objetivos/resultados de la intervención ante una crisis son que las personas en una situación de crisis (Kneisl, Wilson y Trigo-boff, 2004):

1. Recuperarán el control sobre sus vidas.
2. Conocerán qué acontecimientos han producido la crisis.
3. Trabajarán por una resolución de la crisis que fomente el crecimiento y la fuerza del individuo y satisfaga las necesidades exclusivas del individuo.

La enfermería puede aportar las siguientes intervenciones para alcanzar los resultados anteriores:

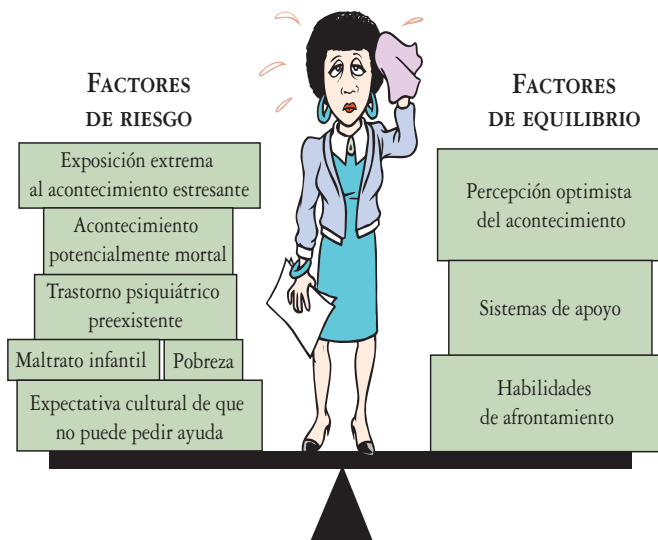


Figura 17-3. ■ Factores de equilibrio para prevenir las crisis. Esta persona ha experimentado un episodio estresante y está desequilibrada. Tendrá una crisis sin algunos factores de equilibrio.

- Mantener una comunicación sencilla y breve. *El paciente en crisis probablemente se sienta superado. Las preguntas y órdenes sencillas harán que el paciente tenga mayor facilidad para comprender y cumplir.*
- Identificar la conducta de afrontamiento habitual del paciente. *La valoración de las capacidades de afrontamiento del paciente da al profesional de enfermería información sobre el nivel de habilidad del paciente, y ayuda al paciente a desarrollar introspección sobre sus propias habilidades. El paciente puede ver que ya tiene ideas que podrían ser útiles en esta situación.*
- Con el paciente, identificar objetivos para resolver el problema. Clarificar cuál percibe el paciente que es el problema. *La percepción del paciente define cuál es el problema. Es probable que el paciente se sienta impotente. Implicar al paciente en el establecimiento de objetivos aumenta la sensación de control del paciente y aumenta la probabilidad de que se alcancen los objetivos.*
- Animar al paciente a que discuta sus sentimientos. *La manifestación verbal de los sentimientos ayuda al paciente a comprenderlos y las circunstancias que llevaron a estos sentimientos.*
- Reconocer los sentimientos del paciente, como diciendo: «Esto debe ser difícil para usted» o «Debe de sentirse impotente». *El reconocimiento de los sentimientos es terapéutico. Ayuda a los clientes a darse cuenta de que sus sentimientos son comprensibles.*
- Mantener sus acciones y sus planes centrados en el aquí y ahora. *El paciente en crisis es incapaz de centrarse en problemas abstractos o planes futuros. El objetivo es recuperar el equilibrio ahora.*
- Discutir posibles alternativas realistas para la acción para resolver el problema. *El paciente en crisis es incapaz de elegir alternativas para la acción. La propuesta de alternativas, que el paciente decidirá utilizar o rechazar, permite que el paciente asuma el control y pueda comenzar nuevas estrategias de afrontamiento saludables.*
- Ayudar al paciente a identificar los recursos disponibles. *Cuando el profesional de enfermería ayuda al paciente a elaborar una lista de recursos, la lista ayuda al paciente a organizar sus pensamientos sobre quién le puede ayudar, dónde están los recursos y cómo utilizarlos en esta situación.*
- Valorar la capacidad funcional y la seguridad personal. Realizar derivaciones cuando esté indicado. *Si hay un grave deterioro de las capacidades funcionales del paciente, o el paciente piensa en el suicidio, el profesional de enfermería debe derivar al paciente a otros profesionales sanitarios.*
- Ayudar al paciente a «reenmarcar» o redefinir el significado del acontecimiento estresante. *La percepción por el paciente del significado del acontecimiento es muy importante para determinar si el paciente podrá afrontarlo. Si el paciente tiene una perspectiva optimista, tiene mayor probabilidad de poder resolver el problema.*

EVALUACIÓN

Todo el mundo tiene crisis ocasionales. El mejor resultado es que la persona aprenda de estas experiencias y, como consecuencia, crezca. El profesional de enfermería evalúa si el paciente ha recuperado el control de su vida, conoce lo que llevó a la crisis y está experimentando crecimiento personal mediante la utilización de nuevas estrategias de afrontamiento para evitar crisis similares en el futuro. Estas son las medidas del éxito de las intervenciones de enfermería para los pacientes en crisis.

Autocomprobación crítica. ¿Qué significa el siguiente dicho? «La percepción es la realidad».

Pacientes enfadados

Las personas que estudian para hacerse profesionales de enfermería habitualmente imaginan que trabajarán mucho atendiendo a los pacientes, que a su vez agradecerán amablemente sus esfuerzos. Esto sería justicia. Sería agradable que los pacientes nunca se enfadaran, pero ¿es una posibilidad realista? ¿No sería normal que una persona a la que se le dice que tendrá que estar con tracción esquelética durante otras 3 semanas se enfade? ¿No se enfadaría usted si tuviera que repetir un enema opaco porque se han perdido las radiografías? A veces la ira es una reacción lógica a los acontecimientos vitales. Esto se denomina *ira racional* (Gorman y cols., 2002). Durante la enfermedad y el ingreso hospitalario las personas se enfrentan a múltiples agentes estresantes, y se ponen a prueba sus habilidades de afrontamiento. Con frecuencia los pacientes y sus familias se sienten enfadados como consecuencia de estos agentes estresantes.

Todo el mundo se enfada en ocasiones. La ira es una respuesta natural a la frustración, la decepción o incluso el miedo. Los sentimientos de ira pueden motivar a una persona a buscar la resolución de un conflicto con las soluciones a los problemas. La ira es una advertencia fisiológica y emocional que se debe reconocer. Advierte frente al peligro o la molestia o la pérdida de control. La ira es normal siempre que se exprese adecuadamente. El cuadro 17-2 ■ «Consideraciones culturales», ofrece algunas formas diferentes de expresar la ira.

Algunas personas aprenden que, cuando ellas se enfadan, las personas de su entorno actúan de forma diferente. Cuando la ira de una persona lleva a que otras intenten agradar a la persona, puede aprender que la ira ofrece la sensación de control.

Cuando los niños de familias que intentan mantener la paz a cualquier coste se hacen profesionales de enfermería de adultos, pueden no reconocer su propia ira. El afrontamiento de la ira de los pacientes puede ser aún más difícil. Los profesionales de enfermería pueden tomar la ira de los pacientes como algo personal o pueden tener respuestas no constructivas ante la ira de los pacientes (cuadro 17-3 ■).

CUADRO 17-2 CONSIDERACIONES CULTURALES**Diferentes formas de expresar la ira**

«No estoy enfadado, simplemente estoy molesto».

Nuestra cultura, a través de nuestras familias, nos enseña cómo expresar y responder a la ira. La ira es compleja, y sus expresiones son variadas. En algunas familias son aceptables las voces altas y la conducta agresiva. Muchas familias enseñan a sus hijos, especialmente a las niñas, a negar, ignorar o rechazar su propia ira. Se puede enseñar a las niñas a que sean pacificadoras y tranquilicen a los demás, a que cedan en lugar de afrontar directamente el conflicto. Aprendemos otras palabras más aceptables para describir nuestros sentimientos, como molesto, triste, irritado, decepcionado. Incluso se considera que es negativo reconocer que tenemos sentimientos de ira. Es importante que los profesionales de enfermería reconozcan que la ira tiene muchas expresiones diferentes.

CASO CLÍNICO

Considere el caso de Althea, DUE. El paciente de Althea ha tenido un infarto de miocardio. Se siente impotente y tiene miedo. Cuando Althea entró en su habitación para tomarle los signos vitales, gritó: «¿Por qué tiene usted que seguir molestándome? ¡Déjeme solo!» Althea se sintió herida, triste y rechazada en lo personal. Salió de la habitación.

Los profesionales de enfermería a veces reaccionan de forma defensiva ante la ira de un paciente. Bob, DUE, tiene un paciente con una fractura de cadera. El paciente tiene dolor. Cuando Bob llevó al paciente una jarra de agua, el paciente dijo: «¿Por qué ha tenido que despertarme? ¡Estoy harto de este hospital!» Bob respondió: «Debería agradecerme que le traiga agua. ¡La siguiente vez le dejaré que se la traiga usted solo!»

Ninguno de los dos profesionales de enfermería responde de forma profesional o adecuada a la ira del paciente. El paciente de Althea no la odia personalmente. Ella no es una relación social de esta persona. La responsabilidad de Althea es prestar la asistencia que necesita este paciente, no ser aceptada como amiga de este paciente. En lugar de sentirse rechazada, Althea podría haber respondido al paciente: «Estoy aquí sólo para tomar los signos vitales. Lo hacemos cada hora durante las primeras 4 horas que esté aquí. Parece enfadado. Esto debe ser frustrante». En este caso Althea reconoce los sentimientos del paciente, a la vez que tranquiliza al paciente de que sus actividades son rutinarias.

El paciente de Bob le habló con ira. Este paciente hablaba con Bob, pero su frustración real se refería a su lesión y su dolor. Cuando Bob actúa a la defensiva, el cliente puede sentir la necesidad de responder aún más a la defensiva. En lugar de estar a la defensiva, Bob podría haber dicho: «Es importante permanecer hidratado mientras esté en la cama, y por eso le he traído agua. Parece enfadado, ¿necesita algo?» Una respuesta

CUADRO 17-3**Respuestas no constructivas de los profesionales de enfermería ante la ira de los pacientes****Tomar la ira del paciente como algo personal**

Ejemplo: «Mi paciente es muy irritable. No quiere hablar y es muy poco amigable. Creo que me odia. No quiero trabajar con él mañana».

Responder a la defensiva

Ejemplo: «Si no le gusta la forma en que le atiendo, perfecto, me haré cargo de otro paciente mañana».

como esta, que reconoce los sentimientos del paciente y ofrece ayuda, es útil en casos de ira racional (fig. 17-4 ■).

Cuando el paciente no es capaz de afrontar de forma eficaz los agentes estresantes y tiene una conducta impulsiva y airada, la ira adopta un significado diferente. La conducta impulsiva es un signo de afrontamiento ineficaz y puede ser un precursor de la agresión. Cuando la ira se descontrola hacia la furia, el paciente puede tener una conducta impulsiva peligrosa. El paciente que manifiesta de forma impulsiva su ira puede arrojar objetos, caminar de forma rápida y sin sentido por la habitación o por los pasillos, agitar los puños, golpear el suelo con los pies, gritar o amenazar con herir a los demás.

Si el paciente tiene ira racional, el profesional de enfermería puede discutir el origen de la ira del paciente, reconocer los sentimientos del paciente y discutir las soluciones si es que las hay. Sin embargo, no todos los problemas tienen una solución, y a veces la mejor solución es reconocerlo. Por ejemplo, un paciente puede estar furioso por su inminente amputación de una pierna por necrosis tisular. El personal de enfermería no puede resolver el problema de la amputación, aunque sí puede ayudar a este paciente a analizar la situación de una forma diferente (o «reenmarcar el problema»). Si el paciente pensara que no merece la pena vivir con una sola pierna, el profesional de enfermería le podría ayudar a hacer una lista de las cosas que le gustan y que puede hacer con una sola pierna, como jugar a las damas con sus nietos, pintar y tocar el saxofón. Podría ser un modelo de rol de valor para sus nietos. Visitarle con alguien a quien ya se le hubiera realizado una amputación y que se hubiera adaptado bien podría poner estas actividades en perspectiva para el paciente. Estas actitudes presentan el cuadro de la amputación bajo una luz diferente.

Un abordaje importante con los pacientes enfadados es el **establecimiento de límites**. El mejor abordaje es decir al paciente con tranquilidad y firmeza cuáles son los límites cuando la conducta es inadecuada. Cuando establezca los límites, no discuta con el paciente ni exija que se comporte mejor (Arnold y Hallinan, 2000). El profesional de enfermería podría decir en un tono de voz positivo: «No es correcto que eleve la voz así. Si grita, saldré de la habitación». El lenguaje corporal del profesional de enfermería debe reforzar las palabras.



Figura 17-4. ■ El dolor crónico podría dar lugar a una conducta airada. Fuente: PhotoEdit Inc.

Otro abordaje es la **redirección**. Si un paciente se centra persistentemente en un problema que hace que se enfade, el profesional de enfermería debe adoptar primero un abordaje de resolución de problemas, y después intentar modificar el objetivo del paciente. Elimine todo lo que pueda ser un desencadenante de la ira (Arnold y Hallinan, 2000).

CASO CLÍNICO

Michelle, una adolescente, expresa ira porque su hermano Josh no ha venido a visitarla. Primero el profesional de enfermería anima a Michelle a que exprese su preocupación a su hermano y sus padres. La comunicación directa es una estrategia excelente. El profesional de enfermería también le ayuda con la resolución de problemas sobre cómo puede ir al hospital el hermano de Michelle. Pero incluso después de hacer estos preparativos y hablar sobre sus sentimientos, Michelle sigue estando centrada en su vida. Es momento de que el profesional de enfermería intente una actividad de distracción, como un paseo por el pasillo o una conversación sobre otro tema, para dirigir la atención de Michelle a otra área.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

El profesional de enfermería comienza con una valoración del aspecto y la conducta del paciente. La cara enrojecida, las man-

díbulas tensas, las narinas dilatadas, los puños o la mandíbula apretados, la postura rígida y los movimientos oculares rápidos son signos de sentimientos de enfado (Arnold y Hallinan, 2000). El tono y el volumen de la voz también son indicadores.

Algunas personas expresan su ira de forma pasiva. Abordaremos la conducta pasiva-agresiva más adelante.

Cuando el profesional de enfermería piensa que el paciente tiene sentimientos de ira, el paso siguiente es preguntar al paciente. Es útil tanto para el profesional de enfermería como para el paciente que el profesional de enfermería pueda explicar qué conducta le ha llevado a la conclusión de que el paciente está enfadado. El profesional de enfermería podría decir: «Usted tiene el ceño fruncido y parece enfadado. ¿Cómo se siente?», o «He observado que está levantando la voz. ¿Está usted enfadado?» Estas afirmaciones subjetivas podrían hacer que el paciente tuviera más facilidad para ser consciente de sí mismo y dar una respuesta clarificadora.

La expresión de la ira en sí misma no justifica un diagnóstico de enfermería. Pero cuando el paciente enfadado no afronta la situación de forma eficaz o no expresa la ira adecuadamente, el profesional de enfermería puede pasar a alguna intervención de enfermería.

La ira y la irritabilidad pueden ser manifestaciones de los síntomas de abstinencia de alcohol o drogas. Si el paciente tiene riesgo de abstinencia, realice una valoración para detectarlo. En el capítulo 12 puede consultarse información sobre el abuso de sustancias.

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

Los diagnósticos de enfermería habituales en los pacientes que tienen ira son Ansiedad, Afrontamiento ineficaz, Deterioro de la interacción social, y posiblemente Riesgo de violencia dirigida a los demás.

Cuando un paciente enfadado tiene una conducta impulsiva y se comporta inadecuadamente, los resultados deseados para la asistencia de enfermería son que el paciente:

- No se producirá ninguna lesión a sí mismo ni lesionará a los demás.
- Interrumpirá la conducta inadecuada.
- Expresará sus sentimientos de ira de una forma segura y adecuada.

Algunas intervenciones que pueden ser útiles en pacientes que tienen sentimientos de ira son:

- Establecer una relación profesional de enfermería-paciente de confianza con el paciente. *Esto se podría conseguir encontrando cosas en común con el paciente, dando al paciente tiempo para hablar sobre temas no médicos y ofreciendo al paciente cierto control de la situación si es posible (Childers, 2003).*

- Si el paciente tiene un motivo racional para la ira, reconocer que estos sentimientos son adecuados y trabaje en la resolución de problemas si está indicado. *Algunos sentimientos de ira son adecuados. Los pacientes se pueden sentir culpables por estar enfadados debido a su origen cultural.*
- Discutir con el paciente los acontecimientos que llevaron a la ira, incluyendo experiencias previas de conducta hostil o airada (Schultz y Videbeck, 2004). *La discusión de las causas y las consecuencias de la conducta airada y de la historia del paciente generan introspección.*
- Ayudar al paciente a planificar alternativas realistas a la conducta impulsiva cuando está enfadado. *Las habilidades saludables de manejo de la ira se pueden aprender. El paciente debe poner en práctica el cambio de conducta antes de hablar sobre ello. Sólo serán eficaces los planes que sean prácticos y realistas para el individuo.*
- Dar refuerzo positivo cuando el paciente intente nuevas conductas saludables. *El refuerzo positivo por utilizar nuevas conductas animará a que continúen las nuevas conductas.*
- Comunicarse de forma profesional y objetiva. *La ira del paciente se puede contagiar al profesional de enfermería. El profesional de enfermería no debe entrar en intercambios airados con los pacientes. Cuando un paciente esté enfadado, la comunicación tranquila, clara y objetiva es la más eficaz.*
- Establecer límites a la conducta del paciente, y aplicarlos de forma constante. *Un paciente tiene más probabilidad de cumplir reglas que comprende. Aunque los pacientes pueden poner a prueba la voluntad del personal de aplicar las reglas, el cumplimiento general del paciente mejorará cuando los miembros del personal tengan expectativas homogéneas.*
- No tomar la conducta del paciente como algo personal. *La conducta del paciente refleja al paciente, sus habilidades, valores, experiencias y patologías. ¡No refleja el valor del profesional de enfermería como persona!*

EVALUACIÓN

Los objetivos de enfermería se cumplen cuando el paciente es capaz de reconocer los sentimientos de ira y de expresarlos adecuadamente, y después pasa a una conducta de resolución de problemas. Aunque la ira es normal, persistir en ella de forma indefinida no es una forma eficaz de afrontar los retos de la vida.

Habilidades no saludables de afrontamiento y comunicación

Es más difícil atender a algunos pacientes. A veces la dificultad radica en la compleja tecnología terapéutica. A veces la dificul-

tad radica en las complejas necesidades fisiológicas de la persona. Esta sección aborda las dificultades que encuentran los profesionales de enfermería cuando los pacientes tienen estilos no saludables de afrontamiento o comunicación o necesidades psicosociales especiales.

CONDUCTA PASIVA-AGRESIVA

Los pacientes que están claramente enfadados plantean retos a los profesionales de enfermería. Sin embargo, los que expresan la ira de formas ocultas pueden ser incluso más difíciles. ¿Recuerda el cuadro de «Consideraciones culturales» que abordaba las influencias culturales para evitar la expresión de la ira? Algunas personas satisfacen esta expectativa cultural con una conducta pasiva-agresiva o negativa. Estos pacientes están resentidos y resisten pasivamente a las exigencias que les plantean los demás. En lugar de una negativa activa a hacer algo, la respuesta pasiva-agresiva sería retrasarlo de forma innecesaria, olvidar hacerlo o hacer intencionadamente mal la tarea. Estos pacientes podrían quejarse de que nadie les comprende o culpan a los demás de sus fracasos. Las personas que utilizan una conducta pasiva-agresiva con frecuencia tienen una perspectiva negativa. Pueden ser ambivalentes sobre las decisiones, pasando de una opción a la contraria (American Psychiatric Association, 2000).

CASO CLÍNICO

Dan ha sido diagnosticado recientemente de diabetes de tipo 2 y ha recibido educación sobre el tratamiento de la diabetes. Dijo que seguiría el plan terapéutico. Su esposa refiere que no ha cumplido ninguna de las recomendaciones de la clase de diabetes. En el momento del ingreso la glucosa sanguínea estaba muy elevada. Dijo al profesional de enfermería que esto es porque su esposa siempre le pone demasiado arroz. Afirmó: «Yo quería cumplir la dieta».

La conducta pasiva-agresiva puede ser muy difícil para los profesionales de enfermería. El paciente inicialmente parece estar de acuerdo con las recomendaciones sanitarias, aunque no las cumple. Este paciente no asume ninguna responsabilidad personal de su propia salud o conducta, culpando a los demás cuando se producen problemas. La comunicación con este paciente puede ser confusa y poco saludable.

CUIDADO CUANDO SE JUZGUE EL INCUMPLIMIENTO

Aunque el ejemplo de incumplimiento refleja una conducta pasiva-agresiva, no todo el incumplimiento de las recomendaciones médicas se debe a patología o negativismo del paciente. Hay muchos motivos de incumplimiento. Tal vez el paciente no ha tomado el tratamiento en casa porque es demasiado caro y no se puede permitir comprarlo. Tal vez los

cambios dietéticos recomendados no encajan en el estilo de vida de la familia del paciente. Tal vez el paciente o sus familiares no están de acuerdo con el tratamiento recomendado porque va contra algún aspecto de su cultura. Tal vez el paciente no comprende cómo puede cumplir las recomendaciones médicas. Tal vez el paciente sigue en la fase de negación del diagnóstico y, por lo tanto, no sigue las recomendaciones terapéuticas necesarias.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

Cuando un paciente no cumple el tratamiento recomendado, el profesional de enfermería debe aplicar el proceso de enfermería. Comience con una valoración de cómo percibe el paciente las instrucciones. Si el paciente no las comprende bien, intervenga con educación. Si el paciente comprende las instrucciones y no las cumple, averigüe por qué. Las razones le guiarán en la resolución de problemas. Asegúrese de tener en consideración aspectos culturales y económicos. Si hace recomendaciones dietéticas, comience valorando lo que come habitualmente el paciente. Incluya alimentos que le gusten al paciente y que tenga en casa. Recuerde que las recomendaciones sobre cambios del estilo de vida deben ser realistas para el paciente, o no se podrán seguir. En el caso de un diabético recién diagnosticado que siempre «pico-tea», se deben incluir en su plan dietético tentempiés aceptables.

Cuando el profesional de enfermería recopila datos sobre patrones de conducta pasiva-agresiva, está realmente valorando las habilidades de afrontamiento del paciente. La conducta pasiva-agresiva es una forma ineficaz de afrontamiento, que nos lleva a los diagnósticos de enfermería.

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

Los diagnósticos de enfermería de afrontamiento ineficaz, ansiedad, incumplimiento o impotencia se pueden aplicar a los pacientes que utilizan una conducta de afrontamiento pasiva-agresiva.

Los resultados deseados para estos pacientes son que el paciente:

- Manifestará verbalmente sus sentimientos de forma directa.
- Demostrará una conducta de afrontamiento adaptativa (saludable).
- Identificará técnicas adecuadas para la resolución de problemas.
- Cumplirá el régimen terapéutico recomendado que se prescriba.

Las intervenciones de enfermería diseñadas para tratar el afrontamiento ineficaz, la ansiedad, el incumplimiento y la impotencia en pacientes que utilizan conducta pasiva-agresiva incluyen las siguientes:

- Animar al paciente a que discuta sus verdaderos sentimientos y opiniones. Prestar atención especial a ayudar al paciente a expresar de forma directa sus sentimientos de ira o sus actitudes de desacuerdo.
El paciente que utiliza una conducta pasiva-agresiva puede no conocer sus propios sentimientos. El paciente habitualmente expresa estos sentimientos de forma indirecta. La expresión de los mismos al profesional de enfermería le permite desarrollar introspección y la nueva habilidad de comunicación directa.
- Aceptar al paciente sin juicios. *El paciente puede esperar que los sentimientos de ira sean juzgados con dureza. La aceptación no crítica por el profesional de enfermería puede ayudar al paciente a sentirse aceptado y más confiado.*
- Dar al paciente oportunidades de poner en práctica nuevas habilidades de comunicación directa. *La conducta tiene mayor probabilidad de persistir si se practica, especialmente si se recibe refuerzo positivo por la nueva conducta.*
- Incluir al paciente lo más posible en la toma de decisiones sobre su asistencia y su plan terapéutico. *Este paciente se puede sentir una víctima de la asistencia, en lugar de un participante.*
- Afirmar al paciente que la perfección no es posible. *En ocasiones la ambivalencia está producida por el miedo a que el resultado de una decisión deba ser perfecto.*

EVALUACIÓN

El profesional de enfermería evalúa a pacientes con conducta pasiva-agresiva revisando los resultados. ¿Está el paciente manifestando directamente sus sentimientos? ¿Se ha intentado alguna forma saludable de afrontamiento? ¿Comprende el paciente qué es una conducta adecuada de resolución de problemas? ¿El paciente realiza resolución de problemas? Las respuestas positivas a estas preguntas indican el éxito en los resultados, aun cuando los pasos que haya dado el paciente sean pequeños.

Manipulación

Todo el mundo debe aprender a que se satisfagan sus necesidades personales. Habitualmente las personas aprenden a colaborar con los demás con la finalidad de satisfacer sus necesidades. Aprenden a tener empatía y preocuparse por los demás mientras recorren su camino. Por otro lado, a veces las personas aprenden a satisfacer sus necesidades manipulando a los demás. La **manipulación** es una respuesta social maladaptativa. Algunas características de las personas que utilizan la manipulación es que (Stuart y Laraia, 2001):

- Tratan a los demás como objetos
- Están orientados al propio yo y orientados a los objetivos, no orientados a los demás
- Tienen relaciones que giran alrededor de problemas de control

La interacción y la asistencia de pacientes que utilizan manipulación pueden ser difíciles para los profesionales de enfermería. Al igual que otras personas, los profesionales de enfermería con frecuencia muestran resentimiento cuando son manipulados.

CASO CLÍNICO

Considere el caso de Les. Les ha ingresado en una unidad quirúrgica hospitalaria para recuperarse de cirugía de injerto arterial coronario. Ha pedido a Toni, su enfermera, que le dé algunos sobres de sal adicionales porque «la comida está muy sosa aquí». Ella le ha dicho que el médico ha prescrito una dieta con poca sal, y que no le puede dar sal adicional. Se enfadó y le dijo que está intentando controlarle y que es una enfermera mala y poco atenta. Esa misma tarde Les pidió a Susan, su enfermera de la tarde, más sal. Le dijo que Toni le había dado más sal, y que «el médico dijo que estaba bien». Susan estaba ocupada y dio a Les varios sobres de sal. Él se lo agradeció con sinceridad y le dijo que era muy amable, y que era la única que entiende lo duro que es ser paciente. Toni y el médico reprendieron más tarde a Susan. Susan se sintió traicionada y enfadada consigo misma por permitir que la manipularan. También estaba enfadada con Les, Toni y el médico, y tuvo un día muy malo como consecuencia de este incidente.

El paciente del ejemplo anterior realizó **desdoblamiento**, que significa que tiende a ver a las personas o las situaciones como totalmente buenas o totalmente malas. Las personas buenas son las que satisfacen sus necesidades. Las malas son las que no lo hacen. También puso en práctica una conducta manipuladora llamada **división del personal**. Se produce división del personal cuando el paciente indisponde a unos miembros del personal contra otros, utilizando al personal para obtener privilegios o servicios adicionales o para evitar las responsabilidades. La única forma en la que los profesionales de enfermería y otros miembros del personal pueden prevenir y evitar la división del personal es trabajar en equipo, mantener una comunicación abierta, responder al paciente de forma homogénea y consultarse entre sí cuando un paciente individual parezca ser manipulador.

Las necesidades, percepciones y conductas de los pacientes manipuladores alimentan círculos viciosos que mantienen patrones inútiles. Provocan reacciones negativas en los demás, incluyendo sus cuidadores (Millon y Davies, 1999). Los profesionales de enfermería se podrían sentir utilizados y continuar con ese sentimiento incluso después de que finalizara la conducta (Arnold y Hallinan, 2000). Esto puede producir resen-

timiento y deseo de tener poco contacto con el paciente manipulador. El profesional de enfermería debe recordar que la conducta manipuladora, como otras conductas que se analizan en este capítulo, generalmente no es algo personal.

Los límites claros y las expectativas homogéneas fomentan la comunicación saludable con estos pacientes. Cuando los profesionales de enfermería pueden ofrecer estructura, con límites claros, expectativas homogéneas y directrices para el autocontrol, aumentará la sensación de seguridad del paciente y disminuirá la necesidad de manipular (Kneisl, Wilson y Trigoboff, 2004).

Cuando los profesionales de enfermería fomentan la patología de los pacientes

En ocasiones las intenciones buenas pero sin fundamento de los profesionales de enfermería se interponen en la asistencia de los pacientes. Un buen ejemplo de este problema es el tratamiento del dolor. ¿Recuerda la jerarquía de las necesidades de Maslow? Repase el capítulo 3 si es necesario. El nivel más bajo de la pirámide está formado por las necesidades humanas más básicas. Una de ellas es la ausencia de dolor. Otra es el oxígeno.

Si un paciente tiene hipoxia y el profesional de enfermería está de pie sobre el tubo del oxígeno, el paciente estará muy motivado para recibir aire. Primero podría pedir al profesional de enfermería que dejara de pisar el tubo, pero si el profesional de enfermería sigue pisándolo hará lo que tenga que hacer para recibir aire. Incluso podría empujar al personal de enfermería si está desesperado. Lo mismo se aplica al dolor. Si el profesional de enfermería no controla el dolor del paciente, el paciente puede intentar resolver el problema de forma madura, pero finalmente pasará a medidas poco saludables para conseguir que se alivie el dolor. La conducta poco saludable de los pacientes en el dolor puede incluir retraimiento, hostilidad o intento de manipular al profesional de enfermería para recibir fármacos.

El tratamiento del dolor es un problema crítico en la asistencia de los pacientes. El profesional de enfermería debe intervenir para aliviar el dolor del paciente y actuar como representante del paciente ante el médico si el dolor persiste. En ocasiones los profesionales de enfermería piensan de forma errónea que deben minimizar la cantidad de fármacos que toma un paciente para prevenir la adicción. La adicción no es un problema real con los pacientes hospitalizados con dolor agudo.

Algunos pacientes comienzan con intentos manipuladores para recibir analgésicos. Estos pacientes plantean un reto. El equipo sanitario debe colaborar con ellos (no queremos que nos «dividan»). Se debe determinar una dosis eficaz del fármaco, y se debe administrar al paciente el fármaco de forma regular, no a demanda, para minimizar la

motivación para la manipulación. El paciente debe recibir el fármaco a la hora prescrita, en todas las tomas prescritas. Si la dosis no es eficaz, el médico puede reevaluar la dosis a diario. Este método satisface las necesidades de tratamiento del dolor del paciente y ayuda a resolver el problema sin manipulación del personal.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

La valoración de las conductas de afrontamiento es la fuente de información para obtener datos sobre la conducta manipuladora. La manipulación de los demás es una conducta de afrontamiento ineficaz. Cuando un paciente es manipulador y divide al personal, toda la unidad puede estar en estado de frustración, con los miembros del personal enfadados entre sí y con el paciente.

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

Los diagnósticos de enfermería pertinentes para un paciente manipulador incluyen afrontamiento ineficaz, afrontamiento defensivo y deterioro de la interacción social. Los resultados deseados son que el paciente:

- Expresará directamente sus sentimientos y necesidades.
- Cumplirá los límites establecidos por el personal.
- Interactuará con los demás sin racionalizar las conductas, sin culpar a los demás y sin manipular a los demás.

Para alcanzar estos resultados deseados, el profesional de enfermería puede elegir entre las siguientes intervenciones:

- Hablar con el paciente en un tono de voz normal (no elevado). Utilizar un abordaje asertivo (no pasivo ni agresivo). Tener confianza en sí mismo. *Los pacientes manipuladores se pueden beneficiar del modelo de rol positivo de una comunicación asertiva adecuada. La confianza del personal de enfermería instila confianza y respeto en los clientes.*
- Establecer límites (como no proferir obscenidades ni gritos, ni interferir con la asistencia de otros pacientes, cumplir las órdenes del médico, comunicar todas las solicitudes a un solo miembro del personal en cada turno, etc.). Elegir sólo los problemas más importantes para el individuo. Hablar al paciente sobre ellos. Notificar a todo el personal los límites y aplicarlos de forma homogénea. *El*

paciente debe comprender las reglas para seguirlas. La homogeneidad es la clave del cumplimiento. Tener demasiadas reglas fomenta la resistencia del paciente. Establezca prioridades.

- Ser firme, pero también atento. *El proceso de enfermería establece límites como parte del tratamiento del paciente, no como castigo.*
- No permitir que el paciente dé regalos al personal, y que alabe o manipule a algunos miembros para que tengan la sensación de que deben favores al paciente. *Se debe tratar a este paciente como a todos los demás pacientes, y se espera que sea tan responsable como los demás pacientes.*
- Si el paciente se queja a un miembro del personal sobre otro, derivarle a la persona sobre la que se queja. *La aceptación de quejas sobre otros miembros del personal es el comienzo de la división del personal.*
- Animar al paciente a que exprese sus sentimientos y necesidades de forma directa y adecuada. Reforzar los intentos positivos de una conducta deseada. *La comunicación directa es un resultado deseado para este paciente. La conducta se refuerza con refuerzo positivo.*
- Enfrentarse al paciente cuando intente poner en práctica una comunicación o una conducta de afrontamiento poco saludable. *Nombrar verbalmente la conducta fomenta la introspección del paciente sobre la conducta.*
- Asignar el personal de forma constante. *La asignación del mismo personal puede reducir la probabilidad de manipulación y división del personal. También puede ofrecer la base para que el paciente desarrolle confianza en otra persona, su profesional de enfermería habitual. La confianza es difícil para esta persona.*

EVALUACIÓN

Valore continuamente el progreso del paciente. Los pacientes que manipulan pueden afectar a todo el personal de una unidad, o incluso producir dificultades entre departamentos. Cuando el paciente exprese sus sentimientos y necesidades de forma directa, interactúe con los demás de forma adecuada e intente nuevas habilidades de afrontamiento y comunicación que tengan en consideración las necesidades de los demás, se han cumplido los resultados deseados.

Enfermedad crónica

Habitualmente, cuando las personas piensan en alguien que tiene una enfermedad tienen la imagen de alguien que se pone enfermo, está mal durante algún tiempo y después se recupera completamente. Este cuadro de enfermedad aguda es la forma más frecuente en la que las personas conceptualizan la enfermedad. Aun cuando las personas tengan enfermedades crónicas, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), con frecuencia piensan y se comportan como si no tuvieran problemas de salud entre las **exacerbaciones** (empeoramientos) de la enfermedad.

Este frecuente error conceptual de la enfermedad crónica ayuda a explicar por qué algunos pacientes no cumplen el tratamiento y las estrategias preventivas cuando disminuyen los síntomas. Los profesionales de enfermería deben tener esto en consideración cuando planifiquen la educación de los pacientes sobre los cambios del estilo de vida y las formas de prevenir las recaídas de las enfermedades crónicas. La educación debe incluir el concepto de enfermedad crónica y su evolución. Debe describir los episodios habituales de exacerbaciones y de períodos de **remisión** (disminución o resolución temporal de los síntomas de la enfermedad). Se debe centrar en el tratamiento y los cambios de estilo de vida dirigidos a la prevención de las exacerbaciones y la prolongación de las remisiones.

Siempre que un paciente intenta hacer cambios del estilo de vida se produce estrés. Los profesionales de enfermería en ocasiones abordan el pedir a los pacientes que cambien su estilo de vida como si les pidieran que tomaran un comprimido.

Autocomprobación crítica. Vamos a analizar esto un minuto. Usted es un estudiante de enfermería. Es brillante, tiene conocimientos sobre la salud y la enfermedad y está motivado para ser saludable. ¿Alguna vez ha intentado modificar alguna actividad de su estilo de vida, como comer con poca grasa, realizar ejercicio la mayoría de los días de la semana de forma constante, tomar cinco raciones de verduras al día, dormir 8 horas todas las noches, evitar el alcohol, dejar de fumar, reducir la sal de la dieta, evitar los alérgenos, como el polvo o los perros, perder peso, reducir el estrés (sea honrado, usted está en la escuela de enfermería)? ¿Le resultó fácil?

Los profesionales de enfermería piden a los pacientes que hagan grandes cambios del estilo de vida todo el tiempo. Desde un punto de vista realista no es fácil modificar los hábitos. Estos hábitos son mecanismos de afrontamiento y forman parte de cómo nos vemos a nosotros mismos.

El profesional de enfermería puede facilitar el proceso reconociendo la dificultad de la tarea cuando pide a un paciente que haga cambios en su estilo de vida. El paciente tiene más probabilidad de hacer cambios que mejoran su salud si los profesionales sanitarios proponen el cambio y explican su importancia. Los profesionales de enfermería pueden ayudar proponiendo mecanismos alternativos de afrontamiento saludable, y derivando a los pacientes a grupos de apoyo comunitarios. **¡Mantenga viva la esperanza!** Será difícil, pero es posible modificar los hábitos.

Las **enfermedades crónicas** tienen varias características que aumentan el riesgo de problemas psicosociales. Estas características incluyen deterioro funcional, evolución degenerativa, efectos sobre el aspecto físico, necesidad de monitorización frecuente y cambios del estilo de vida, y posible amenaza para la vida.

Especialmente cuando el paciente es un niño, la enfermedad crónica puede afectar al desarrollo. (Los padres de un niño con una enfermedad crónica también se ven influidos por la enfermedad, que a su vez afecta a la dinámica familiar y puede producir más problemas psicosociales al niño.)

El profesional de enfermería debe trabajar para ayudar a las personas que tienen enfermedades crónicas a alcanzar sus tareas del desarrollo. En la tabla 17-1 ■ se enumeran algunos de los problemas psicosociales y diagnósticos de enfermería asociados a las enfermedades crónicas.

TABLA 17-1		
Problemas psicosociales relacionados con las enfermedades crónicas		
CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA	EJEMPLOS DE ENFERMEDADES	POSIBLES DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PSICOSOCIALES (CADA UNO DE ELLOS SE PUEDE APLICAR A VARIAS ENFERMEDADES CRÓNICAS)
Disminución de la capacidad funcional	Artrosis, EPOC	Riesgo de retraso en el desarrollo, Ansiedad, Desempeño ineficaz del rol
Evolución degenerativa	Esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson	Impotencia, Afrontamiento familiar afectado, Riesgo de suicidio, Cansancio en el rol cuidador
Afecta al aspecto físico	Psoriasis, esclerodermia	Autoestima baja crónica, Trastorno de la imagen corporal
Precisa monitorización frecuente a largo plazo	Diabetes, insuficiencia renal crónica	Trastorno de la imagen corporal, Afrontamiento ineficaz, Impotencia
Potencialmente mortal	Sida, cáncer	Desesperanza, Duelo anticipatorio o disfuncional, Negación ineficaz

Necesidades psicosociales de poblaciones especiales

PACIENTES CON SIDA

Los pacientes que tienen el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), la forma avanzada del VIH, tienen múltiples problemas psicosociales. La naturaleza potencialmente mortal de la enfermedad produce cambios del estilo de vida, múltiples problemas de duelo, problemas relacionados con la muerte y el morir, deterioro funcional, numerosos tratamientos médicos y efectos colaterales de los fármacos. Otros problemas psicosociales incluyen el estigma social del trastorno, problemas económicos, amenazas para el autoconcepto y posibilidad de aislamiento social.

La escucha activa, el fomento de habilidades de afrontamiento adaptativas y el uso terapéutico del propio yo por el profesional de enfermería son intervenciones eficaces. La asistencia de enfermería también debe incluir una valoración del estado mental, porque el 15-30% de los pacientes con sida tiene demencia (AIDS Dementia Complex, 2005). Los primeros síntomas de la demencia del sida son deterioro de la memoria y de la concentración, descoordinación de la función motora, estado de ánimo irritable y cambios de personalidad.

El equipo sanitario debe colaborar para garantizar que los pacientes tengan los recursos adecuados en el hospital y en la comunidad para mantener su actividad y para satisfacer sus complejas necesidades. La asistencia adecuada de los pacientes con VIH o sida precisa un equipo asistencial en el hospital, en la consulta ambulatoria y en la comunidad.

Cuando los pacientes con enfermedades crónicas, cirugía desfigurante, abuso de sustancias, diagnósticos potencialmente mortales o problemas sanitarios difíciles son dados de alta del hospital a la comunidad, se pueden beneficiar de un grupo de apoyo. Un grupo de apoyo incluye a pacientes que comparten un trastorno común. Hay grupos de apoyo para pacientes con una gran variedad de trastornos. Por ejemplo, hay grupos para personas que viven con sida, mujeres a las que se ha realizado una mastectomía, niños con diabetes, cónyuges de pacientes con enfermedad de Alzheimer y pacientes que tienen esclerosis múltiple. El grupo de apoyo más popular y famoso es Alcohólicos Anónimos. El cuadro 17-4 ■ ofrece información sobre cómo los grupos de apoyo ayudan a las personas.

Necesidades espirituales

Los misterios de la vida y la muerte, el bien y el mal y el dolor y el sufrimiento generan preguntas espirituales. La *religión* es un sistema organizado de creencias sobre la causa, la naturaleza y finalidad del universo. Las religiones del mundo ofrecen diversas interpretaciones de estos misterios. La mayoría de las personas busca un conocimiento personal del significado de la existencia en algún momento de su vida. La *espiritualidad* es el

CUADRO 17-4

Asistencia domiciliar: grupos de apoyo

Los grupos de apoyo están formados por personas que comparten un reto común y que se unen para ayudarse entre sí y a ellos mismos. Los grupos benefician a sus miembros:

- Dándoles el apoyo y la validación de otras personas en una situación similar
- Reduciendo el aislamiento social que puede acompañar a las enfermedades graves o crónicas
- Capacitando a los miembros
- Fomentando el afrontamiento activo
- Reduciendo la ansiedad
- Aumentando la confianza en uno mismo
- Permitiendo que los participantes sientan que han ayudado a los demás

intento personal de cada persona de encontrar la finalidad y el significado en la vida (Andrews y Boyle, 2003). De acuerdo con la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, o JCAHO (ahora conocida simplemente como la Joint Commission), esta búsqueda ayuda a las personas a experimentar «esperanza, amor, paz interior, bienestar y apoyo» (Joint Commission, 2005). El objetivo de la asistencia sanitaria se ha hecho cada vez más holista, lo que ha devuelto una atención renovada a la espiritualidad (Hicks, 1999). La enfermería parroquial es un campo de enfermería especializado que ha evolucionado para incorporar la espiritualidad a la asistencia sanitaria. Una enfermera judía que lleva el libro de los salmos en sus visitas domiciliarias piensa que el aspecto espiritual de una persona es crítico para la salud (Weber, 2006).

Incluso las personas que no tienen creencias religiosas tienen una dimensión espiritual. La enfermería perspicaz exige que los profesionales de enfermería se conozcan a sí mismos y a sus propios valores. No es necesario que los profesionales de enfermería sean plenamente conscientes del significado de la vida, aunque sí deben ser conscientes de su propia orientación espiritual. La asistencia holista sólo es posible cuando los profesionales de enfermería pueden reconocer y abordar las necesidades espirituales de sus pacientes.

Los problemas espirituales plantean retos. Los profesionales de enfermería que no son religiosos pueden pensar que los problemas espirituales son irrelevantes para ellos y, por lo tanto, son irrelevantes para todo el mundo. Los profesionales de enfermería devotos pueden pensar que su trabajo como profesionales de enfermería es una extensión de sus creencias religiosas. Para ellos puede ser más fácil discutir temas espirituales con los pacientes, aunque predicar, enseñar o persuadir a los pacientes hacia las creencias religiosas del propio profesional de enfermería es intrusivo y no es ético.

La *oración* es la comunicación con un ser divino. El 57% de los estadounidenses afirma que ora a diario. El 96% de los estadounidenses ancianos utiliza la oración para afrontar el

estrés, y la oración es la modalidad terapéutica alternativa más frecuente que se utiliza (Dunn y Horgas, 2000). La investigación muestra que la oración puede afectar positivamente no sólo a la ansiedad, sino también a la presión arterial, la evolución de los infartos de miocardio y las migrañas (Meisenhelder y Chandler, 2000).

A pesar de las limitaciones temporales en la asistencia de los pacientes, los profesionales de enfermería deben sacar tiempo para satisfacer las necesidades espirituales de sus pacientes; simplemente estar «presente de forma consciente» con los pacientes durante cualquier actividad de enfermería puede ser una experiencia espiritual (Hemmila, 2002). La Joint Commission ha reconocido esta conexión entre las creencias espirituales de un paciente y una evolución positiva de su enfermedad física, y actualmente la incluye en los criterios de calidad que utiliza cuando estudia las instituciones sanitarias. La Joint Commission actualmente exige que se incluya la valoración espiritual de los pacientes con la valoración global del paciente en el centro sanitario para determinar cómo afecta la espiritualidad a la asistencia del paciente, el tratamiento y los servicios (Joint Commission, 2005). Como mínimo, la Joint Commission señala que el centro debe determinar la confesión religiosa, las creencias y la importancia de las prácticas espirituales del paciente.

La investigadora de la Joint Commission Janet Sonnenberg ha elaborado cinco estrategias para abordar adecuadamente los problemas espirituales (Joint Commission, 2003).

1. **Romper con los prejuicios.** La valoración espiritual adecuada es más que averiguar la confesión religiosa del paciente. Incluye la determinación de las creencias del paciente sobre los aspectos no físicos, o espirituales, de la vida. Esto podría llevar a que el cuidador ofreciera al paciente tiempo para meditar o animar al paciente para que tuviera en la habitación objetos personales que tuvieron un significado espiritual.
2. **Preguntar por la orientación espiritual de la manera más general posible.** Las respuestas a preguntas abiertas pueden aportar más información sobre la espiritualidad que las preguntas cerradas. Una buena pregunta podría ser: «¿Qué necesidades espirituales tiene que le podamos ayudar a satisfacer durante su estancia en nuestro centro?»
3. **Evaluar para detectar y valorar el sufrimiento espiritual.** El sufrimiento espiritual podría manifestarse como desesperación, culpa, desesperanza y pérdida de la sensación de integridad, o autoestima baja. Esto es especialmente cierto en el caso de las enfermedades potencialmente mortales. En esa situación el profesional de enfermería puede proponer en nombre del paciente que se le derive a asesoramiento por personal cualificado del propio centro.
4. **Educar a los evaluadores.** La educación del personal de enfermería es crítica para que puedan utilizar técnicas ade-

cuadas de valoración espiritual con los pacientes. El cribado de las necesidades espirituales debe formar parte de la valoración inicial del paciente. Los profesionales de enfermería deben conocer otras prácticas espirituales y culturales para ayudar a los pacientes a satisfacer sus necesidades espirituales.

5. **Documentar los hallazgos de la valoración.** La Joint Commission exige que el personal documente los hallazgos relacionados con la valoración espiritual; sin embargo, no es necesario que la documentación forme parte de la historia clínica. Si se han identificado las necesidades espirituales, el personal de asistencia pastoral o el trabajador social pueden documentarlo en sus propios registros. Tener una herramienta para la valoración espiritual en el centro confirma que el personal ha evaluado las necesidades espirituales en todos los pacientes.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

¿Cómo sabe el profesional de enfermería lo que necesita el paciente? La valoración, por supuesto, es la respuesta. No todas las situaciones exigen una valoración espiritual exhaustiva, aunque se debe incluir una valoración básica de las necesidades espirituales. Esa valoración inicial puede llevar a la necesidad de que se realice una valoración más exhaustiva como seguimiento. Debido a las regulaciones de la Joint Commission, los centros pueden elaborar su propia herramienta de valoración o pueden utilizar una que ya se utilice. La escala de bienestar espiritual de Jarel (Jarel Spiritual Well-Being Scale) es una herramienta de valoración completa formada por 21 preguntas sobre la salud espiritual del paciente. Según algunos autores, la utilización del acróstico HOPE (esperanza en inglés) puede guiar la valoración (Joint Commission, 2005):

Esperanza (*hope*)
 Religión organizada
 Espiritualidad personal
 Efecto sobre la asistencia médica o los problemas de final de la vida

Las siguientes preguntas pueden ayudar al profesional de enfermería a hacer la valoración sobre las necesidades espirituales de los pacientes (Mohr, 2003):

1. ¿Es la religión o la espiritualidad importante para usted mientras está aquí en el hospital?
2. ¿Le gustaría hablar con alguien sobre temas religiosos?
3. En caso positivo, ¿tiene en mente a alguien, o quiere ver a nuestro capellán?
4. ¿Va a necesitar ayuda del personal para poder realizar alguna de sus prácticas religiosas?

Esta última pregunta posibilita que el paciente hable al profesional de enfermería sobre prácticas religiosas que puede que el profesional de enfermería no conozca. Por ejemplo, el paciente musulmán puede tener que orar cinco veces al día, y puede tener que saber en qué dirección está el este (hacia la Meca). Un paciente hindú puede tener que llevar una dieta vegetariana. Un paciente budista o cristiano puede evitar la cirugía en un día de fiesta. Un paciente católico puede querer que se llame a un sacerdote para que le aplique el sacramento de la unción de enfermos. Un nativo estadounidense podría querer que el chamán de la tribu estuviera para realizar algunos rituales. No se espera que el profesional de enfermería prevea todas estas necesidades, pero se espera que el profesional de enfermería sepa que los pacientes tienen necesidades espirituales y que aplique el proceso de enfermería a estas necesidades, de la misma forma que lo hacemos con las necesidades fisiológicas y psicológicas. El personal de enfermería debe estar dispuesto a llamar al asesor espiritual que solicite el paciente y garantizar la privacidad del paciente cuando se estén llevando a cabo los rituales religiosos.

Las experiencias siguientes pueden producir sufrimiento espiritual: separación de los lazos culturales, muerte de una persona importante, sufrimiento extremo, enfermedad grave, pérdida significativa, o puesta a prueba de las creencias o del sistema de valores de la persona (fig. 17-5 ■). El profesional de enfermería puede observar que el paciente está cuestionando el significado de su vida, expresando desesperanza o



Figura 17-5. ■ Los padres en situación de duelo se abrazan cuando ven el nombre de su hijo escrito en el «edredón del sida». El duelo puede ser una fuente de sufrimiento espiritual. *Fuente:* Pearson Education/PH College.

desalimiento, expresando preocupación sobre la muerte y su significado, buscando una fuente espiritual de fuerza o afirmando que tiene sentimientos de culpa intensa (Varcarolis, 2000). Ver objetos religiosos en la habitación del paciente, oír a los pacientes hablar sobre «Dios» o ver al paciente leer un libro sagrado pueden ser indicadores de la espiritualidad del paciente.

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN

Cuando el profesional de enfermería determina con la valoración que un paciente tiene los síntomas mencionados, se diagnostica sufrimiento espiritual. La NANDA define el sufrimiento espiritual como «una alteración del principio vital que impregna todo el ser de una persona y que integra y trasciende a la naturaleza biológica y psicosocial» (NANDA, 2005).

Los resultados deseados para los pacientes con sufrimiento espiritual son que los pacientes:

- Afirmarán que encuentran significado a sus vidas.
- Manifestarán verbalmente una sensación de autoestima y esperanza por el futuro.
- Manifestarán verbalmente su aceptación de sí mismos en el sentido de que no merecen la enfermedad potencialmente mortal o la situación, y de que no hay que culpar a nadie (Doenges, Moorhouse y Geissler-Murr, 2002)
- Afirmarán que han alcanzado la paz o una sensación de bienestar a través de sus prácticas espirituales/filosóficas.
- Discutirán sus valores.

El profesional de enfermería puede ayudar al paciente a alcanzar estos objetivos con las intervenciones siguientes:

- Animar al paciente a que discuta sus preocupaciones espirituales (preocupaciones sobre el significado más profundo del acontecimiento). *En ocasiones el paciente confía en el profesional de enfermería y está dispuesto a discutir sus dudas y frustraciones con este profesional de enfermería. Un paciente puede no desear la consulta con un capellán o un asesor religioso. Si el profesional de enfermería se siente cómodo con el tema, una conversación puede satisfacer la necesidad del paciente. A veces la necesidad real es simplemente discutir la vida con una persona en la que se confía.*
- Ayudar al paciente a enumerar sus recursos para obtener apoyo. *La elaboración de una lista de personas de apoyo demostrará al paciente que no está solo.*
- Poner los medios para que el paciente hable con su líder espiritual preferido, o con el capellán del centro, si el paciente lo desea. *Si el paciente quiere realizar prácticas religiosas o quiere mantener una discusión religiosa, el asesor religioso puede ser la persona que mejor*

satisfaga esta necesidad. Los capellanes de hospital tienen información sobre cómo asesorar a personas de diversas religiones.

- Si el sufrimiento del paciente se relaciona con un diagnóstico de una enfermedad, poner los medios para que el paciente conozca a una persona que tenga la misma enfermedad y que la haya afrontado de una forma saludable, y que pueda actuar como modelo de rol. *Otra persona que ha afrontado los mismos problemas de forma saludable es la mejor fuente de información sobre la «experiencia vivida» de una persona afectada. El modelo de rol sabrá lo que está experimentando el paciente y ha elaborado estrategias de afrontamiento que pueden ayudar al paciente.*
- Hablar sobre lo que ha consolado o tranquilizado al paciente en el pasado. *Es probable que el paciente responda a estrategias que previamente han tenido éxito.*
- Animar al paciente a que escriba en un diario sus pensamientos y reflexiones sobre problemas prácticos y filosóficos. *Un diario ayuda a identificar problemas personales significativos. Expresa y permite revisar los pensamientos y los sentimientos sobre los temas espirituales. La elaboración de un diario es una forma excelente de desarrollar introspección y de explorar los significados más profundos de la vida (Vancarolis, 2000).*
- Derivar al paciente a un grupo de apoyo adecuado de la comunidad. *Véase en el cuadro 17-4 más información sobre los grupos de apoyo.*
- Ayudar al paciente con sus prácticas espirituales cuando sea posible. *Es aceptable que el profesional de enfermería ore con un paciente o que lea del libro sagrado del paciente. Ofrezcale artículos religiosos para que los tenga cerca si el paciente lo desea. Los católicos pueden sentir bienestar cuando tienen un rosario cerca; los musulmanes, una copia del Corán; un judío, una copia de la Biblia hebrea. Ayude a los pacientes con los baños y la higiene como preparación para una visita de su asesor espiritual; quite los objetos innecesarios de la habitación.*

EVALUACIÓN

Después de la intervención del proceso de enfermería, si el paciente siente un sentido renovado del significado de la vida, expresa esperanza por el futuro, entiende que «las cosas malas les pueden ocurrir a personas buenas» o se siente reconfortado por sus prácticas espirituales, entonces se han alcanzado los resultados deseados en el sufrimiento espiritual.

Autocomprobación crítica. Considere la pregunta siguiente: ¿Un profesional de enfermería que no tiene creencias religiosas (como un profesional de enfermería que es ateo) puede abordar las necesidades espirituales de los pacientes?

PLAN ASISTENCIAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Paciente con sufrimiento espiritual

Gertrude Golden es una paciente judía de 55 años de edad de la unidad de oncología a la que ayer se realizó una mastectomía.

Valoración. La Sra. Golden está alerta y orientada y sus signos vitales están estables y dentro de los límites normales. Ha estado llorando todo el día. Dice: «¿Por qué yo?» «¿Qué he hecho para merecer esto?» y «Si hubiera un Dios no dejaría que ocurriera esto».

Diagnóstico. Se establece el diagnóstico de Sufrimiento espiritual para la Sra. Golden.

Resultados esperados

- La paciente expresará sus sentimientos sobre el diagnóstico de cáncer de mama y la mastectomía.
- La paciente discutirá sus valores/creencias relacionadas con el significado de esta experiencia para ella.
- La paciente manifestará verbalmente su aceptación de ella misma en el sentido de que no merece esta enfermedad y de que no hay que culpar a nadie.

Planificación y aplicación

- Animar a la Sra. Golden a que exprese sus sentimientos y valores y escucharla de forma activa.
- Ayudar a la paciente a identificar sus recursos para obtener apoyo.
- Ofrecer a la paciente un modelo de rol. Podría ser otra mujer a la que se haya realizado una mastectomía por cáncer de mama y que esté afrontando su experiencia de forma saludable.
- Discutir la esperanza con la paciente. Ayudarla a identificar objetivos y cosas que todavía puede esperar en el futuro.
- Preguntar a la paciente si necesita tener una conversación con un asesor religioso (un rabino o el capellán del hospital).

Evaluación. La Sra. Golden pudo establecer una relación de confianza con el profesional de enfermería y discutió sus sentimientos sobre el cáncer y la cirugía. Afirmó: «Intellectualmente reconozco que no es culpa de nadie. Me sentía sola y desesperada». Respondió bien a la mujer con la mastectomía que acudió a visitarla en el hospital. Incluso bromearon y se rieron sobre sus sostenes. Esta mujer habló a la paciente de un grupo de apoyo en la comunidad para mujeres a las que se ha hecho una mastectomía. Decidió no hablar con un asesor religioso. El marido de la paciente le da apoyo.

Pensamiento crítico en el proceso de enfermería

1. ¿Cómo podría el profesional de enfermería encontrar un modelo de rol para que viniera a visitar a una paciente como la Sra. Golden?
2. ¿Por qué es importante reconocer que no es útil culpar a nadie por la enfermedad de un paciente?

3. ¿Cómo podría ayudar un grupo de apoyo a la Sra. Golden?

Nota: En el apéndice I puede encontrarse un comentario sobre las preguntas de pensamiento crítico.

Nota: La bibliografía y los recursos de este y el resto de capítulos se han reunido al final del libro.

Revisión del capítulo

TÉRMINOS CLAVE

crisis

desdoblamiento

división del personal

enfermedad crónica

establecimiento de límites

exacerbación

humanismo

manipulación

redirección

remisión

PUNTOS clave

- Todas las personas tienen las dimensiones fisiológica, psicosocial y espiritual. Los profesionales de enfermería aplican el proceso de enfermería para tratar los problemas en estas tres áreas.
- La ansiedad se puede deber a experimentar lo desconocido. Los profesionales de enfermería pueden ayudar a los pacientes a evitar esta fuente de ansiedad mediante la educación de los pacientes.
- La ansiedad es contagiosa (se transmite fácilmente de una persona a otra). El paciente se sentirá más seguro cuando el profesional de enfermería esté tranquilo y confiado.
- El que un acontecimiento se convierta en una crisis para una persona depende de la percepción del acontecimiento por esta persona, del apoyo situacional y de los mecanismos de afrontamiento.
- La valoración del estilo de afrontamiento de un paciente supone averiguar lo que hace habitualmente el paciente en situaciones de estrés intenso.
- La ira es normal siempre que se exprese adecuadamente.
- Los profesionales de enfermería con frecuencia tienen dificultad para afrontar la ira de los pacientes.
- Los profesionales de enfermería no deben tomar los sentimientos o las conductas de los pacientes como algo personal.
- Hay estrategias saludables y eficaces para responder a los pacientes que utilizan una conducta manipuladora o pasiva-agresiva.
- Los pacientes con enfermedades crónicas tienen riesgo de más problemas psicosociales que los que tienen enfermedades agudas.
- Incluso un profesional de enfermería que es ateo puede y debe aprender a satisfacer las necesidades espirituales de los pacientes.



EXPLORE MediaLink

Pueden encontrarse recursos interactivos adicionales en la página web complementaria www.prenhall.com/eby. Haga clic en «Chapter 17» y en «Begin» para seleccionar las actividades de este capítulo.

- Audio Glossary
- NCLEX-PN® review
- Case study
- Study online
- Critical thinking questions
- Matching questions
- Weblinks
- Video Case: Julia (HIV)

Protocolo asistencial de pensamiento crítico

Asistencia de un paciente con una conducta manipuladora

Área de interés del examen NCLEX-PN®: Integridad psicosocial

Estudio de un caso: Ray Daniels es un varón estadounidense de origen europeo de 27 años de edad que ingresa en el hospital para cirugía ortopédica, que se le realizó hace 1 semana. La valoración física es normal, sin datos de infección ni de deterioro de la circulación en la pierna operada. El cirujano prescribió meperidina 75 mg i.m. cada 4 horas a demanda por dolor. Afirma que necesita más analgésicos. Los miembros del personal están molestos, enfadados unos con otros y en general frustrados en relación con la asistencia del Sr. Daniels.

Diagnóstico de enfermería: Afrontamiento ineficaz

RECOPILE DATOS

Subjetivos

Objetivos

¿Informaría usted de estos datos? Sí/No

Si así lo hiciera, ¿a quién? _____

Asistencia de enfermería

¿Cómo lo verificaría? _____

Compare su verificación con el ejemplo proporcionado en el apéndice I.

Datos recopilados

(use todos los correctos)

- El paciente solicita analgésicos cada hora.
- El paciente afirma: «Usted es la única persona que realmente me comprende».
- El paciente afirma: «Los otros profesionales de enfermería nunca me dan suficientes analgésicos. No parecen preocuparse».
- El paciente afirma: «¿Me hará el favor de dármele pronto sólo esta vez?»
- Divorciado
- Tiene tres hijos
- Responde bien a la fisioterapia, deambula con un andador
- Duerme 8 horas por noche en el hospital
- Afirma: «Voy a dar una docena de rosas y 100 dólares a todos los profesionales de enfermería que me cuiden bien»
- PA 120/80, T 37,1 °C (timpánica), P 80, R 12
- Tiene muchas visitas
- Trabaja en la construcción
- El paciente afirma: «Soy un hombre muy religioso»
- El paciente dijo al médico que los profesionales de enfermería no se preocupan por él.
- El paciente dijo a los profesionales de enfermería que él no le gusta al médico.
- Pulsos periféricos palpables e intensos bilateralmente.

Intervenciones de enfermería

(use todas las correctas, colóquelas en orden de prioridad)

- Valorar el dolor del paciente.
- Asignar siempre el mismo personal a este paciente.
- Cambiar el régimen posológico desde el tratamiento a demanda hasta un régimen regular de meperidina 75 mg i.m. cada 4 horas.
- Administrar ansiolíticos al paciente.
- Decir al paciente que se le va a dar el analgésico de forma programada cada 4 horas. No es necesario que lo pida. El médico le visita a diario y puede modificar la dosis si es necesario.
- Ofrecer intervenciones no farmacológicas para el alivio del dolor.
- Decir a los auxiliares de enfermería que no notifiquen las frecuentes solicitudes de analgésicos del paciente.
- Animar al paciente a que exprese sus sentimientos.
- Decir al paciente: «Me preocupo por usted. Le ayudaré a aprender a comunicarse con nosotros directamente. Es una habilidad que debe desarrollar».
- Mantener una reunión del personal sobre el paciente y elaborar un plan asistencial que siga todo el mundo de forma constante.
- Incluir al paciente en la planificación.
- Si el paciente se queja sobre los miembros del personal, tomar en serio sus preocupaciones y valorar cada situación objetivamente.
- Dar al paciente refuerzo positivo cuando pida ayuda de forma selectiva, sin manipulaciones.

Preparación del examen NCLEX-PN®

CONSEJO PARA PASAR LA PRUEBA

Cuando una pregunta contiene una palabra o fármaco que usted no reconoce, intente adivinar su significado buscando el contexto. Por ejemplo, si se pregunta por los efectos colaterales de un fármaco que nunca ha visto, mire el diagnóstico del paciente. Si el paciente tiene esquizofrenia, el fármaco probablemente sea un antipsicótico. Busque una respuesta que contenga los efectos colaterales de los antipsicóticos.

- 1** Un paciente que ha ingresado para cirugía diagnóstica por la mañana dice al profesional de enfermería que tiene dificultad para dormirse por miedo a lo que encontrará el médico. La mejor respuesta del personal de enfermería al paciente sería:
 1. «Todo el mundo está siempre un poco ansioso antes de la operación. Miraré si le han prescrito algo para dormir».
 2. «Comprendo su ansiedad. Hablemos de sus miedos».
 3. «¿Qué le ayuda a dormir en casa cuando tiene problemas?»
 4. «Realmente pienso que tiene poco de qué preocuparse. El médico no parece tan preocupado».
- 2** Un paciente con neumonía está caminando por la habitación. Dice al profesional de enfermería que piensa que va a morir. «¡Tiene que ayudarme!» Tiene buen color y la respiración no es trabajosa. La primera responsabilidad del profesional de enfermería es:
 1. Ofrecer un entorno seguro al paciente. Permanecer tranquilo y escuchar sus preocupaciones.
 2. Asegurarse de que su saturación de oxígeno esté en un nivel terapéutico. Valorar su estado respiratorio.
 3. Ir al puesto de enfermería para comprobar si se ha prescrito un ansiolítico.
 4. Llamar al médico para que prescriba oxígeno.
- 3** ¿Cuál de los siguientes pacientes tendría mayor probabilidad de tener una crisis cuando se enfrentara a un diagnóstico de una enfermedad crónica?
 1. Un varón casado de 25 años con trabajo de oficina
 2. Una mujer de 35 años que en el último año ha tenido que adaptarse a un nuevo trabajo, un nuevo matrimonio y mudarse a una nueva ciudad
 3. Un varón jubilado de 70 años que vive con su esposa desde hace 50 años
 4. Una mujer soltera de 55 años que vio morir lentamente a su madre de EPOC
- 4** ¿Qué intervención sería adecuada en pacientes con riesgo de crisis?
 1. Investigar los grupos de apoyo que estén disponibles en el área inmediata.
 2. Solicitar un ansiolítico para el paciente.
 3. Identificar los métodos previos de afrontamiento del paciente ante situaciones productoras de estrés.
 4. Aconsejar al paciente las mejores formas de responder a la situación.
- 5** Cuando un paciente esté en crisis, el profesional de enfermería se debe centrar en:
 1. El futuro; recuerde al paciente que aunque las cosas no parecen favorables hoy, el tiempo aportará una nueva perspectiva al problema.
 2. El presente; el paciente debe abordar el problema actual ahora.
 3. El pasado; debe recordar al paciente los éxitos pasados.
 4. El pasado y el futuro; debe evitar una discusión del problema actual hasta que el paciente esté en mejores condiciones de afrontamiento.
- 6** ¿Qué profesional de enfermería está escuchando de forma activa a un paciente?
 1. El profesional de enfermería está de pie con los brazos cruzados delante del pecho.
 2. El profesional de enfermería utiliza el tiempo con el paciente para estirar también la colcha del paciente.
 3. El profesional de enfermería se sienta a la cabecera del paciente con la cortina de privacidad corrida.
 4. El profesional de enfermería interpreta todas las afirmaciones del paciente para validar su significado.
- 7** Si una paciente está enfadada de forma racional por haber perdido una mama por un cáncer y tiene miedo a cómo le responderá su marido, ¿cuál de las siguientes respuestas del profesional de enfermería sería adecuada?
 1. «Puedo imaginar su ira por su pérdida. ¿Ha discutido sus miedos con su marido?»
 2. «Las mujeres con frecuencia tienen autoestima baja después de perder una mama. Voy a buscar a otra mujer a la que se haya hecho una mastectomía para que hable con usted».
 3. «Creo que encontrará que los hombres no tienen en tanta estima las mamas como las mujeres creen que hacen».
 4. «¿Por qué está usted enfadada? El cáncer se ha ido, y probablemente tendrá una vida larga y sana».
- 8** El profesional de enfermería sabrá que el paciente está manejando adecuadamente la ira cuando el paciente:
 1. Ya no manifieste una conducta enfadada.
 2. Pueda reconocer sus sentimientos de enfado y después describir cómo resolverá el problema que ha producido la ira.
 3. Hable en voz alta con el profesional de enfermería pero sin ser violento.
 4. Diga a los profesionales de enfermería que ya no está enfadado.
- 9** ¿Cuál de los siguientes pacientes está actuando de forma pasiva-agresiva en relación con la fisioterapia? El que:
 1. Se niega a ir.
 2. Va pero se niega a participar.
 3. Lo pospone hasta que el terapeuta se haya ido a casa.
 4. Acusa al fisioterapeuta de disfrutar infligiéndole dolor.
- 10** Un paciente se queja al profesional de enfermería de día sobre la asistencia que ha recibido en el turno de noche. Dice que los profesionales de enfermería del turno de día son mucho más atentos. La respuesta más adecuada del profesional de enfermería es:
 1. «Lamento que se sienta así. Déjeme hablar con el supervisor de noche y le pediré que hable con usted sobre todas las quejas que tenga».
 2. «Gracias. Intentaremos hacerlo lo mejor que podamos».
 3. «Realmente no creo que tenga causa de preocupación. Los profesionales de enfermería del turno de noche son muy competentes».
 4. «¿Quiere que llame al supervisor de día para que hable con usted?»

En el apéndice I pueden encontrarse las respuestas a las preguntas de revisión, así como un comentario del plan asistencial y el protocolo asistencial de pensamiento crítico.

¡Aprenda de sí mismo!

CAPÍTULO 16 Violencia y maltrato

Usted es profesional de enfermería escolar en un instituto en el que la violencia entre un grupo de cuatro estudiantes de segundo curso se ha convertido en un problema diario. Utilizando las recomendaciones de la OMS para la prevención de la violencia en la sociedad (v. cuadro 16-1), construya un marco para abordar el problema antes de que se convierta en un problema más global. Considere las preguntas siguientes.

1. ¿A qué otro personal y/o estudiantes del instituto implicaría en el plan?
2. ¿Cómo valoraría a los individuos implicados y las causas subyacentes de la violencia diaria?
3. ¿Cómo implicaría a las familias de los individuos? ¿Quién sería la persona de contacto con las familias?
4. ¿Qué pasos se podrían dar en el colegio para disuadir de la violencia? ¿Cómo determinaría usted si el acoso escolar era o no un factor?
5. ¿Cómo procedería a formarse a usted mismo y a los demás sobre los problemas culturales y de sexo que podrían estar afectando al clima de violencia?
6. ¿Implicaría a la comunidad local relacionada con el instituto, por ejemplo, otros padres, la organización de padres-profesores, el clero de las iglesias locales?
7. ¿Se incorporarían a su plan las fuerzas del orden o los servicios sociales? En caso positivo, ¿cómo?
8. Si se resolviera el problema, ¿qué planes se podrían aplicar para garantizar que se mantenga un entorno de seguridad?

CAPÍTULO 17 Problemas psicosociales en la asistencia de los pacientes generales

Determine si los pacientes siguientes están respondiendo o no a la situación con conductas enfadadas, pasivas-agresivas, ansiosas o manipuladoras.

Conducta

- A. Enfadada
- B. Ansiosa
- C. Pasiva-agresiva
- D. Manipuladora

Descripción de la respuesta

1. La paciente que se enfrenta a un nuevo diagnóstico de cáncer se muestra provocativa con su profesional de enfermería varón.
2. El paciente alcohólico que afirma: «Podría dejar de beber si mi jefe no me invitara a beber después del trabajo todas las noches».
3. El paciente que dice al profesional de enfermería: «Les responsabilizo a todos ustedes de mi amputación. Ustedes no me han cuidado bien. ¡Les voy a demandar, ya lo saben!»
4. El paciente que es fumador y al que se ha programado cirugía para primera hora de la mañana y dice a su profesional de enfermería: «Si me deja salir para fumar sólo un cigarrillo antes de la operación, diré a todo el mundo que usted es el mejor profesional de enfermería de aquí».

Respuestas

- 1 (B) 2 (C) 3 (A) 4 (D)



Apéndice I

Respuestas y comentarios sobre el pensamiento crítico

Capítulo 1

RESPUESTAS DEL NCLEX-PN®

1. (3) La persona mentalmente saludable reconoce la necesidad de relacionarse con los demás. No se puede conseguir una salud mental máxima en situación de aislamiento. Todas las demás respuestas indican actitudes mentalmente saludables.

2. (4) Con fármacos y opciones de conducta más saludables, la persona con una enfermedad mental crónica puede estar mentalmente más sana. Las otras afirmaciones son todas ciertas en relación con la salud mental.

3. (1) Con un abordaje multiaxial del diagnóstico, el manual DSM-IV-TR tiene en consideración los trastornos psiquiátricos, las enfermedades médicas generales y los problemas psicosociales y ambientales, además de la valoración global del desempeño de funciones. Esto ofrece la base para la valoración holista de la enfermedad mental. El manual DSM-IV-TR es adecuado para problemas de salud mental de forma universal. Clasifica los trastornos mentales, y no las personas.

4. (2) El paciente encaja mejor en la descripción que se da para la categoría de síntomas moderados. El paciente sigue buscando relaciones y trabajos, aunque no tiene éxito en estas áreas. Está más allá de la categoría de síntomas mínimos, o leves, y no tiene un buen desempeño de funciones en todas las áreas. No ha alcanzado el nivel de síntomas graves, porque la afirmación indica que tiene amigos y obtiene trabajo. Tiene dificultad para mantenerlos ambos durante mucho tiempo.

5. (3) El trastorno depresivo mayor es el trastorno mental más frecuente que se encuentra en todo el mundo. El abuso de alcohol es el segundo en frecuencia, seguido por la esquizofrenia, las lesiones autoinfligidas y el trastorno bipolar.

6. (1) El experimento fallido de dar de alta a los pacientes de las instituciones psiquiátricas, o desinstitutionalización, llevó a la indigencia de muchas personas con trastornos mentales. Una vez en la comunidad, estos pacientes no volvieron a las consultas comunitarias para continuar el tratamiento y los fármacos. Sin tratamiento, los pacientes dejaron de reconocer sus necesidades de alojamiento, fármacos y otra asistencia médica, y no lo solicitaron.

7. (3) El profesional de enfermería debe actuar como representante de los pacientes diagnosticados de trastornos mentales graves. La prevención terciaria supone la rehabilitación después de la resolución de la fase aguda de la enfermedad de estos pacientes. El objetivo es prevenir una discapacidad adicional. La prevención primaria comienza evitando que las per-

sonas mentalmente sanas estén afectadas. La prevención secundaria supone identificar y tratar a las personas que ya están afectadas por un trastorno mental para prevenir una evolución negativa. La *intervención activa* no es un término de enfermería psiquiátrica aceptable para la promoción de la salud mental.

8. (2) Las personas con enfermedades mentales con frecuencia no pueden hablar por sí mismas debido a su enfermedad. Pueden haber perdido el contacto con la realidad, pueden estar deprimidas o por otro motivo pueden no ser capaces de hablar de sus necesidades. Pueden no expresarse bien, pueden no conocer sus necesidades de asistencia sanitaria o pueden tener miedo a manifestarse, aunque estas son consecuencias de su enfermedad y no se pueden considerar como factores causales distintos.

9. (1) La National Alliance for the Mentally Ill es un grupo de representación de los enfermos mentales y de sus familias. Las otras organizaciones no se relacionan directamente con la enfermedad mental.

10. (1, 2, 3, 5) Aunque el profesional de enfermería podría no tener éxito en todas estas áreas, la educación sobre las opciones terapéuticas y la necesidad de reposo y sueño adecuados serían intervenciones de enfermería importantes en un paciente con estos factores de riesgo. La promoción de conductas de afrontamiento saludables y el estímulo de un autoconcepto saludable son otras formas en las que el profesional de enfermería puede ayudar a la modificación de los factores de riesgo. El profesional de enfermería no tiene ninguna influencia sobre la predisposición genética a la enfermedad mental.

Capítulo 2

RESPUESTAS DEL NCLEX-PN®

1. (1) Aunque un profesional de enfermería experto puede incorporar la intuición a una decisión ética, el profesional de enfermería novato no tiene suficiente experiencia para hacerlo. Las decisiones éticas siempre deben incluir el sistema de valores del paciente y cualquier otra información que pueda afectar a los resultados de la decisión. El deber del profesional de enfermería no puede ser la única base para el proceso de toma de decisiones éticas.

2. (4) La autonomía da al paciente derecho a elegir qué opciones terapéuticas quiere seguir. Al insistir en que el paciente continúe con la opción terapéutica, el profesional de enfermería ha violado ese principio ético. El profesional de enfermería



está utilizando el principio del paternalismo, que incluye tomar decisiones por los demás. Aquí no se ha violado la beneficencia ni la justicia.

3. (1) Proteger al paciente de daños se llama no maleficencia. Seguir todas las directrices para el control de la infección cuando se atiende a los pacientes es un buen ejemplo de esta ética de la enfermería. La autonomía, la justicia y el paternalismo no entran en juego aquí.

4. (3) El profesional de enfermería no debe dar su opinión a un paciente ni a su familia sobre lo que deben hacer. El profesional de enfermería debe expresar su preocupación por la situación, aunque no debe expresar su opinión sobre lo que se debe hacer. Los pacientes y sus familias pueden pedir al personal de enfermería que les ayude en el proceso de pensamiento para tomar una decisión informada. Al pedir a la familia que discuta sus opciones, el profesional de enfermería está allanando el camino para que la familia pase de forma meditada por el proceso de una toma de decisiones ética.

5. (2) Un paciente que amenaza con suicidarse y ya tiene un plan de acción es una amenaza definida e inmediata para sí mismo y cumple los criterios de ingreso involuntario. Un paciente que no toma los fármacos o que oye voces no tiene riesgo inmediato, aunque es evidente que está justificada una observación adicional y puede precisar un ingreso en el futuro próximo. Ingresar en un centro de salud mental no es una opción de alojamiento adecuada para una persona sin hogar.

6. (3) El paciente de salud mental tiene derecho al uso del abordaje menos restrictivo para detener el empeoramiento de la conducta. En este caso, la opción menos restrictiva sería abordar al paciente de forma cautelosa y hablar con él tranquilamente. Si esto no funciona, podría ser necesaria otra opción. El paso siguiente sería el aislamiento. Dependiendo de la gravedad de la conducta, podrían estar indicadas las sujeciones con los fármacos i.m.

7. (1) No se ha declarado legalmente incompetente al paciente, aunque no puede comprender el tratamiento que se le ha prescrito debido a una psicosis grave. No sería útil explicar el tratamiento al paciente. Como no tiene ningún tutor legal asignado, la mejor opción siguiente sería consultar al familiar más próximo del paciente para obtener su permiso. Si no hubiera familiares próximos, el médico de atención primaria puede pedir al tribunal que nombre un tutor para el paciente. Si el tratamiento es crítico para el bienestar del paciente, el médico no puede esperar hasta que el paciente pueda comprender la necesidad del tratamiento. No puede proceder sin que se le dé algún tipo de permiso.

8. (2) Tocar a un paciente sin permiso es una agresión física. Un asalto sería la amenaza de realizar una acción a la que el paciente no ha dado su consentimiento, y de esta forma se provocaría miedo al paciente. La mala praxis y la negligencia son ambos actos ilícitos civiles no intencionados. La administración del enema fue intencionada.

9. (3) En esta situación, administrar fármacos al paciente contra su voluntad es la mejor opción, debido a la necesidad

inmediata de proteger al personal y a otros pacientes. Ante la gravedad de esta conducta con deterioro progresivo, dejarle solo no es una opción. Como el paciente es un ingreso nuevo, no ha habido la oportunidad para establecer una relación de confianza profesional de enfermería-paciente. La cárcel o las sujeciones físicas en este punto pueden agitar aún más al paciente, aunque las sujeciones físicas o una habitación de aislamiento pueden ser necesarias también en algún momento.

10. (3) Esta respuesta muestra respeto por la privacidad del paciente y sigue las reglas de confidencialidad de la institución. Las otras respuestas evitan el problema.

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Datos subjetivos El paciente pregunta: «¿Por qué quiere matarme?» El paciente afirma: «Usted quiere que tome veneno».

Datos objetivos El paciente expresa pensamiento delirante de que los fármacos están envenenados. Orientado en cuanto a persona, lugar y tiempo. Se niega a tomar el tratamiento antipsicótico prescrito.

Informe Sí, al profesional de enfermería responsable.

Intervenciones Establezca una relación profesional de enfermería-paciente de confianza. Explique tranquilamente que usted es el profesional de enfermería y está aquí para ayudarle. Tranquilice al paciente de que no le va a hacer daño. Dígale que este es su tratamiento antipsicótico que le ayudará a enderezar sus pensamientos. No es un veneno. Le gustaría que lo tomara. Actúe de forma colaboradora, no amenazante. Agradézcale su colaboración cuando tome la medicación.

Verificación 08/10/06 El paciente expresa pensamiento delirante de que su medicación está envenenada. Responde bien a la comunicación no amenazante y tranquilizadora de que su medicación le ayudará a enderezar sus pensamientos. Toma la medicación sin incidentes. Irena Florence, DUE.

Capítulo 3

RESPUESTAS DEL NCLEX-PN®

1. (3) El *ego*, según la definición de Freud, es el «yo», que se desarrolla para responder a las realidades de la vida diaria. Los instintos e impulsos básicos forman el *id* (ello). La conciencia es el *superego* (superyó). Todos estos elementos se combinan para formar la persona total, u holista.

2. (3) El estudiante utiliza una rutina de ejercicios para aliviar el estrés en lugar de aferrarse a esos sentimientos que podrían ser perjudiciales física y psicológicamente. Este es un ejemplo de sublimación, en el que se derivan sentimientos inaceptables hacia una conducta socialmente aceptable. Este ejemplo no representa compensación, racionalización ni represión.



3. (3) Los niños de entre 6 y 12 años pasan por la tarea de laboriosidad frente a inferioridad. Es importante que los niños de esta edad aprendan a colaborar y competir con los demás, siguiendo las reglas. Las otras tareas y afirmaciones no se aplican a niños de este grupo de edad. Los niños entre 3 y 6 años pasan por las tareas de iniciativa frente a culpa y comienzan a desarrollar la conciencia. Los niños de entre 1 y 3 años pasan por la tarea de autonomía frente a culpa y podrían desarrollar vergüenza y duda cuando se les reprende por episodios de incontinencia. Los niños de entre 12 y 18 años pasan por la tarea de identidad frente a confusión de roles y están integrando sus valores personales con los de la sociedad.

4. (1) El éxito del tratamiento antipsicótico apoya la teoría biológica del desarrollo de la personalidad. Los antipsicóticos afectan a las cantidades de neurotransmisores en el encéfalo, lo que minimiza algunas conductas psicóticas. Estos fármacos no tendrían ningún efecto si las teorías de los rasgos, humanistas o conductuales fueron las únicas válidas que explicaran la conducta.

5. (3) La desensibilización es un abordaje que con frecuencia utilizan los conductistas para aliviar las fobias, exponiendo a los pacientes fóbicos a dosis pequeñas de un objeto temido en un entorno seguro. Una vez que se ha expuesto con una frecuencia suficiente a los pacientes, pueden estar listos para enfrentarse a sus miedos. La situación no cumple la definición de las otras opciones que se dan. El refuerzo positivo supone la recompensa de la conducta deseada. La asertividad precisa que el paciente responda de forma asertiva en situaciones en las que ha actuado pasivamente. La confrontación con la realidad no es un término conductista aceptado.

6. (2) La administración del fármaco disulfiram es un tipo de modificación de la conducta mediante refuerzo negativo. Es una técnica que se utiliza para modificar la conducta de consumir alcohol. Se piensa que, si el paciente asocia el alcohol con sentirse muy mal, la conducta finalizará. El refuerzo positivo recompensaría al paciente por una conducta positiva. Esta no es la base del uso de disulfiram. La asertividad y la desensibilización no son aplicables aquí. La asertividad se utiliza para tratar conductas pasivas; la desensibilización se utiliza en el tratamiento de las fobias.

7. (1) El profesional de enfermería está fomentando el rasgo de seguridad en uno mismo. El proceso de enfermería está capacitando a los pacientes para que sean responsables de su propia conducta y bienestar. Los pacientes pueden llegar a ser asertivos como consecuencia, aunque este no es el primer rasgo que aparecerá. El determinismo y la dependencia no son importantes aquí.

8. (4) Es muy probable que el paciente de esta pregunta tenga necesidades en el nivel de seguridad y garantía de la jerarquía. Siempre que un paciente se siente inseguro, tener presente a una persona del personal con frecuencia es tranquilizador. Encontrar tareas no esenciales para que las haga alguien garantizará que el paciente no esté solo. No hay necesidades fisiológicas observables, y la autoestima no está afectada. El paciente puede no sentirse querido en este momento, aunque

la necesidad de sentirse seguro es más básica en la jerarquía, y se debe abordar primero.

9. (1) Hildegard Peplau desarrolló la teoría interpersonal de la enfermería. Consideraba que el profesional de enfermería era una herramienta para ayudar a los pacientes a ver sus opciones en los procesos de toma de decisiones de la vida. Las otras teorías que se mencionan no fueron utilizadas por Peplau. La teoría del desarrollo se asocia a Erikson, la modificación de la conducta a Pavlov y Skinner, y la teoría psicoanalítica a Freud.

10. La jerarquía de las necesidades de Maslow se organiza con las necesidades humanas más básicas, que son las más prioritarias, en la base de la pirámide. Se deben satisfacer los niveles más básicos de necesidades antes que los niveles más altos. La jerarquía está estructurada en este orden:

1. Fisiológicas (más básicas)
2. Seguridad y garantía
3. Amor y pertenencia
4. Estima y reconocimiento
5. Autorrealización

Por lo tanto, los pacientes en cuestión estarían en este orden:

- 1—En el paciente que necesita ser alimentado se está satisfaciendo una necesidad fisiológica.
- 2—El paciente totalmente dependiente con las barras laterales bajadas precisa asistencia debido a un problema de seguridad y garantía.
- 3—El paciente que no ha tenido visitas ni llamadas telefónicas en 3 días podría tener problemas en el ámbito del amor y la pertenencia.
- 4—El paciente que está desfigurado tiene riesgo de autoestima y aceptación bajas debido a su aspecto físico.
- 5—El paciente que quiere leer está avanzando hacia el ámbito de la autorrealización.

Capítulo 4

RESPUESTAS DEL NCLEX-PN®

1. (2) El profesional de enfermería que acepta la responsabilidad del fracaso del hijo de poner su propio despertador está demostrando una conducta codependiente. Las otras conductas indican profesionales de enfermería que han establecido límites adecuados y que saben que los otros deben responsabilizarse de sus propias acciones.

2. (1) El codependiente ayuda a las personas a evitar las consecuencias de sus acciones. Aunque el profesional de enfermería se puede sentir como si estuviera ayudando al profesional de enfermería con deterioro, está posponiendo el reconocimiento del problema y la obtención de ayuda. Las otras conductas indican un uso saludable de los límites: confrontación, ayudar a los otros a ver las opciones y aceptar la alabanza.



3. (4) Una vez más, el codependiente está ayudando al paciente a evitar las consecuencias de una opción de salud inadecuada. El profesional de enfermería esencialmente está dando al paciente permiso para comportarse de forma irresponsable. El profesional de enfermería que dice «no» a un turno extra, el profesional de enfermería que se enfrenta a un paciente en relación con unas opciones alimentarias inadecuadas y el profesional de enfermería que empatiza con un paciente y después se ofrece a discutir opciones vitales adecuadas es un profesional de enfermería que no tiene conducta codependiente.

4. (2) Cuando un profesional de enfermería experimenta una situación en la que la moral y la eficiencia del personal se ven afectadas por el bajo rendimiento de un miembro del personal en el que no se aplica ninguna acción disciplinaria, está preparado el escenario para el síndrome de desgaste profesional. Las otras situaciones son adecuadas y facilitan un buen entorno laboral.

5. (3) La insatisfacción con el propio entorno laboral podría precipitar los cotilleos y las quejas. La negatividad fomenta la negatividad entre los miembros del personal y no tiene ninguna finalidad. Las otras situaciones muestran a profesionales de enfermería que han establecido límites adecuados, que muestran creatividad y a los que se recompensa por su asistencia ejemplar.

6. (2) Salir y hacer algo por diversión no relacionado con la enfermería es una buena forma de prevenir el síndrome de desgaste profesional. El abandono no previene el desgaste profesional, sino que es la consecuencia del desgaste profesional que ya se está produciendo. Regalarse un helado después de trabajar todos los días producirá aumento de peso, pero no permitirá prevenir el desgaste profesional. Guardarse para uno mismo los sentimientos sobre el trabajo aumentará el riesgo de desgaste profesional.

7. (3) Pedir ayuda cuando es necesario reconoce el hecho de que la enfermería es una profesión de trabajo en equipo. El síndrome de desgaste profesional claramente se producirá de forma rápida si los profesionales de enfermería olvidan que no están solos en sus intentos de atender a los pacientes. El profesional de enfermería debe pedir ayuda y ofrecerla. Poner las necesidades de los demás por delante de las propias y trabajar de forma independiente como fuente de orgullo no son formas de fomentar una enfermería mentalmente saludable. Dejar notas en las tarjetas de registro horario es una técnica pasiva-agresiva y nunca es una respuesta saludable.

8. (2) Siempre siga la cadena de mando en la resolución de problemas. Habrá menos resentimiento y un entorno laboral más saludable. Por supuesto, si no se resuelve nada abordando directamente a la persona implicada en el problema, el profesional de enfermería debe subir en la cadena hasta el supervisor de la unidad y, finalmente, el director de enfermería. La recogida de quejas anónimas y negarse a trabajar son respuestas contraproducentes a situaciones laborales problemáticas.

9. (4) La espiritualidad es un término general que incluye el significado que encuentra una persona en la vida. Esto se puede fomentar diversas formas y no tiene que incluir la participación en una religión organizada, aunque puede ser un método para hacerlo.

10. (1, 3, 5) No comer, el habla negativa y el abuso de alcohol son signos de desgaste en los cuidadores, ya sean profesionales de enfermería o cuidadores familiares. El profesional de enfermería debe reconocerlo en sí mismo, además de en los familiares de los pacientes. El reconocimiento de la necesidad de descanso y estar orgulloso de los logros como cuidador son datos de actitudes positivas y saludables.

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Datos subjetivos La paciente afirma: «Ni siquiera tengo tiempo para beber agua cuando estoy en el trabajo». La paciente afirma: «Tengo la sensación de que he perdido el control de mi vida». La paciente afirma que está empezando a perder la confianza en su capacidad de tratar su diabetes. La paciente pregunta: «¿Qué puedo hacer para recuperar mi vida?»

Datos objetivos La paciente ha ingresado por una urgencia diabética. Tiene dificultad para dormir desde que está en el hospital. Mide 150 cm y pesa 72,7 kg (sobrepeso para su altura)

Informe Sí, al profesional de enfermería responsable.

Intervenciones Anime a la paciente a que exprese sus sentimientos sobre la diabetes, su trabajo y los agentes estresantes de su vida. Evalúe los métodos de afrontamiento que ha utilizado la paciente en el pasado. Anime a la paciente a priorizar las actividades que precisan su tiempo. Discuta formas en las que la paciente puede tratar su diabetes, en el domicilio y en el trabajo. Discuta las estrategias de afrontamiento. Dé a la paciente retroalimentación positiva cuando tenga ideas sobre cómo afrontar los estresantes de una forma saludable. Apoye las actitudes positivas de la paciente sobre su capacidad de manejar su vida (su sentido de seguridad en sí misma).

Verificación 28/08/06 La paciente expresa sus preocupaciones sobre su capacidad de tratar su diabetes. Afirma que siente que ha perdido el control de su vida. Tiene dificultad para dormir en el hospital y afirma que quiere «recuperar mi vida». Se han discutido estrategias para afrontar la diabetes, cambios del estilo de vida y manejo del tiempo. Florence Kingstad, DUE.

Capítulo 5

RESPUESTAS DEL NCLEX-PN®

1. (3) El emisor debe validar la comprensión por el receptor para que haya una comunicación completa. Si el receptor no ha comprendido el mensaje, se perderá la comunicación terapéutica. Todas las demás afirmaciones son ciertas.



2. (4) La empatía es intentar mirar la situación desde el punto de vista del paciente. Esta es la única respuesta que indica que el profesional de enfermería está intentando la empatía. Los comentarios del profesional de enfermería también facilitan la comunicación sincera con el paciente. Las otras afirmaciones expresan lástima, pero no son terapéuticas en su abordaje.

3. (3) Para escuchar de forma activa y atenta debe dar su atención completa al emisor del mensaje. Si está pensando en lo que va a decir a continuación, no lo está haciendo. Debe dar valor a lo que está diciendo el emisor del mensaje. Debe indicar atención con signos verbales o no verbales. Es una habilidad de enfermería que precisa práctica, igual que todas las demás habilidades.

4. (1) Sentarse para comunicarse con un paciente indica interés y voluntad de escuchar con atención. Estar al nivel ocular con el paciente permite que el profesional de enfermería se comunique de forma no verbal con los ojos y con expresiones faciales. Estar de pie para comunicarse da la impresión de que el profesional de enfermería tiene poco tiempo que dedicar a la interacción y/o el profesional de enfermería se considera en un nivel superior al paciente. Sentarse a 1,5 m del paciente no permite un buen contacto ocular. Los brazos cruzados podrían comunicar de forma no verbal que el profesional de enfermería no está abierto a ninguna discusión.

5. (3) El tacto no siempre se asocia a sensación reconfortante y atenta por alguien que ha sido maltratado o por una persona con una enfermedad mental o una psicosis. Utilice el tacto con cuidado. Lo pueden interpretar de forma diferente personas diferentes. Algunas culturas consideran que el tacto es intrusivo y que el contacto ocular es maleducado. Aunque las manos pueden ser expresivas, la cara es la parte más expresiva del cuerpo.

6. (4) Esta respuesta indica atención a un paciente. El profesional de enfermería está deseoso de estar disponible y no tiene prisa. El paciente no siente presión para hablar, aunque sí nota la presencia de apoyo del profesional de enfermería. Aunque las otras respuestas validan algunos de los sentimientos del paciente, no validan el deseo de estar al lado del paciente y de apoyarle sin obligar al paciente a hablar. Ofrecer al paciente un cliché como técnica de apoyo es una barrera a la comunicación y nunca es terapéutico.

7. (1) Siempre que el profesional de enfermería pide al paciente que describa sus sentimientos sobre un tema, se abre la puerta para una conversación continua. Las otras opciones que se presentan se podrían responder con sólo una palabra.

8. (3) La técnica de reflexión utiliza las propias palabras del paciente para abrir la comunicación. Aunque las otras opciones ayudarán a mantener la conversación, no son ejemplos de la técnica de reflexión.

9. (2) Esta opción devuelve el poder y el control al paciente, que se verá afectado por las consecuencias de la decisión. In-

cluso cuando las decisiones al alta no constituyan una responsabilidad del profesional de enfermería, resulta adecuado que el profesional de enfermería guíe al paciente para que piense en sus opciones. Dar consejo es una barrera a la comunicación.

10. (1) Esta opción bloquearía una discusión posterior, porque el profesional de enfermería esencialmente avisó al paciente de que no quiere discutir los sentimientos del paciente y que el paciente estaba equivocado incluso por haberlo pensado. Las otras opciones abren el camino para interacciones terapéuticas.

INDICACIONES DEL PLAN ASISTENCIAL

1. «Lo siento, Sra. Barefoot. No puedo ir a su casa, pero puedo ayudarle a encontrar algunos recursos que le ayuden».
2. No, porque no es el trabajo del profesional de enfermería. El profesional de enfermería podría llamar al trabajador social para poder buscar otros recursos. Imagine que fuera al domicilio de todos los pacientes que necesitan ayuda. En pocos años su número de casos sería bastante grande.
3. El trabajador social y el profesional de enfermería para la planificación del alta están preparados para ayudar a los pacientes y sus familias a planificar una asistencia alternativa, como supervisión domiciliaria.

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Datos subjetivos La paciente afirma: «No quiero molestar a nadie». La paciente afirma: «Me odio a mí misma. No sé por qué queréis atenderme». Cuando se dice que tiene una bata bonita, pregunta: «¿Este trapo viejo?» Cuando su hija llevó al nieto de Dorothy a visitarla, afirmó: «¿Por qué querría verme?»

Datos objetivos Ausencia de contacto ocular.

Intervenciones Establezca una relación de confianza profesional de enfermería-paciente. Anime a la paciente a que exprese sus sentimientos. Pase tiempo con la paciente en todos los turnos para mostrar aceptación. Discuta el uso del diálogo interior positivo (cambiar los pensamientos negativos automáticos sobre el propio yo a afirmaciones positivas de las cualidades positivas de la paciente). Ofrezca analgésicos a la paciente cada 4 horas. Ayude a la paciente a identificar sus propios puntos fuertes. Disuada de comentarios negativos sobre el propio yo. Ayude a la paciente a practicar pedir lo que necesite.

Informe No.

Verificación 27/09/06 La paciente afirma que se odia a sí misma. Reacia a pedir que se satisfagan sus necesidades. No utiliza el botón de llamada ni pide analgésicos. Trabajaré en la construcción de la estima con la paciente. Ofreceré analgésicos cada 4 horas. Animaría llamar al personal cuando sea necesario. Ruth Adams, DUE.



Capítulo 6

RESPUESTAS DEL NCLEX-PN®

1. (3) Aunque todos los episodios vitales podrían ser una fuente de estrés para el paciente, la promoción y el reconocimiento en el trabajo son agentes estresantes positivos y probablemente no influyan en su ingreso hospitalario. Una multa por una infracción de tráfico es un agente estresante negativo, pero probablemente no sea suficientemente grave para producir estrés adicional. Sin embargo, un divorcio reciente es un agente estresante negativo y es muy probable que afecte a su conducta sobre su enfermedad y su ingreso hospitalario.

2. (2) El aumento del pulso, de la presión arterial y de las respiraciones son respuestas fisiológicas al estrés, que se pueden deber a la aprensión del paciente por los resultados de la prueba. Las otras situaciones que se mencionan no forman parte de la respuesta fisiológica esperada al estrés.

3. (3) La estimulación continua del sistema nervioso simpático puede contribuir a la aparición de enfermedades cardiovasculares, que pueden producir accidente cerebrovascular, infarto de miocardio y nefropatía. La hipoglucemia (glucosa sanguínea baja), el glaucoma (aumento de la presión ocular) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica no están producidos por esta estimulación continua.

4. (1) El paciente tendría más miedo a este ingreso hospitalario si su mujer hubiera muerto recientemente en el mismo hospital. Asociaría el hospital a una pérdida profunda y un resultado incierto de su propio ingreso hospitalario. Aunque su primera enfermedad grave y su primer ingreso hospitalario serían agentes estresantes definitivos para él, no tendría la misma connotación que perder a su esposa. Haberse perdido el primer partido de fútbol de su hijo probablemente sería la situación más fácil de aceptar.

5. (2) La anciana pobre sería la mejor elección, porque tiene más factores de riesgo de respuesta negativa al estrés: edad (anciana), estado de salud (dolor y enfermedad crónica), ausencia de recursos (pobre). Los otros pacientes tienen menos factores de riesgo de respuesta negativa.

6. (1) El primer paso para abordar el estrés de forma adaptativa es valorar los motivos del estrés. La evitación, la autoinculpación y las fantasías son formas maladaptativas de afrontar el estrés. No contribuyen a la resolución de un problema.

7. (3) La respuesta más terapéutica sería validar los sentimientos de la paciente y después animarla a hablar más sobre sus sentimientos. Disuadirla de una discusión de sus sentimientos, darle una tranquilización falsa y cambiar de tema son formas eficaces de bloquear la comunicación posterior sobre su estrés, sus orígenes y sus posibles soluciones.

8. (2) La paciente que decide no discutir su estrés podría negar su existencia. Buscar su sistema de apoyo, escribir un diario y solicitar la oportunidad de orar son mecanismos eficaces de afrontamiento del estrés.

9. (2) La práctica de relajación muscular progresiva, incluyendo ejercicios respiratorios, sería una técnica eficaz para el manejo del estrés para alguien encamado y podría producir beneficios a largo plazo. Algunos téis herbales podrían ser eficaces sólo momentáneamente para el alivio del estrés. El cuidado de un gato o un perro puede aliviar el estrés, aunque sería difícil para un paciente encamado. La práctica de la agresión sería un abordaje maladaptativo para manejar el estrés.

10. (1, 3, 4) El primer paso sería la valoración de la percepción por el paciente de los orígenes inmediatos del estrés. Educarlo sobre los tipos de diálisis disponibles sería adecuado, porque algunas se pueden realizar en el domicilio con ayuda y no precisarían transporte. Podría ser útil ayudarlo a explorar estas opciones. Si decide someterse a hemodiálisis, que precisa transporte, otra intervención adecuada sería investigar los recursos comunitarios para el transporte necesario. Darle siempre opciones al paciente le da la sensación de control, que es un importante factor que alivia el estrés. Darle una tranquilidad falsa y poner en duda la recomendación del médico sería inadecuado y podría tener consecuencias negativas. Solicitar un fármaco para reducir la respuesta de estrés del paciente sería adecuado en el futuro si las técnicas cognitivas/conductuales no tuvieran éxito, aunque no debe ser la primera consideración.

INDICACIONES DEL PLAN ASISTENCIAL

1. Sin el abordaje de afrontamiento activo de ponerse en contacto con los instructores, es probable que Casey hubiera suspendido sus asignaturas. La actitud activa ante el afrontamiento/resolución de problemas es un método de afrontamiento adaptativo.
2. La ira ocupa el foco de los pacientes y hace que tengan dificultad para pensar en otra cosa. Los pacientes enfadados tienen que abordar la ira antes de poder colaborar por completo con el plan terapéutico.
3. Un agente estresante súbito es más difícil de afrontar que uno que aparece lentamente, porque el paciente no tiene oportunidad para planificar el afrontamiento por adelantado.

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Datos subjetivos El paciente afirma: «No puedo controlar todo este estrés. Me está matando». La esposa del paciente afirma: «Habitualmente no está tan ansioso», «Su padre murió hace un mes en un hospital en México» y «Tiene problemas en el trabajo».

Datos objetivos Elevación del pulso, la presión arterial y las respiraciones; inclina la parte superior del cuerpo hacia delante y hacia detrás; agarra la colcha; da un tirón cuando alguien toca la sonda o la vía i.v.

Informe Sí. Este paciente necesita mucha ayuda. Los profesionales de enfermería pueden ayudar con problemas de



enfrentamiento. Un trabajador social puede ayudarle con sus problemas económicos y con el manejo del estrés.

Intervenciones Diga al paciente: «¿Qué quiere decir cuando afirma “el estrés me está matando?”» Pregunte al paciente: «Además de la fractura de pelvis, ¿qué otras cosas son estresantes para usted ahora?» Evalúe el apoyo social del paciente preguntando: «¿Quién le puede ayudar con estos problemas?» Diga al paciente: «Parece ansioso cuando toco el catéter o la vía i.v. ¿Quiere hablar conmigo sobre esto?» Diga al paciente: «Su esposa me ha dicho que su padre murió recientemente. Eso debe ser duro para usted».

Verificación 20/08/06 Observo al paciente inclinándose hacia delante y detrás en la cama, agarrando la colcha. Afirma: «No puedo manejar todo este estrés. Me está matando». Cuando le pregunto, refiere múltiples agentes estresantes vitales, incluyendo problemas económicos, problemas en el trabajo y la reciente muerte de su padre. La esposa le visita y afirma que el nivel de ansiedad del paciente es anormal. Se ha notificado al médico. Se ha solicitado derivación al trabajador social. M. Shere, DUE.

Capítulo 7

RESPUESTAS DEL NCLEX-PN®

1. (3) La investigación sobre la etiología de la esquizofrenia indica que hay un cambio de la anatomía y la fisiología del propio encéfalo. Debido al estigma de los trastornos mentales, los familiares con frecuencia quieren culpar de la enfermedad al consumo de drogas o a otros episodios específicos. Las relaciones parentales, el maltrato o el consumo de drogas pueden contribuir a los síntomas, pero no producen la enfermedad.

2. (1) Los neurotransmisores son productos químicos que conducen impulsos de una neurona a la siguiente a través de la sinapsis. No nutren las neuronas, sino que ellos mismos son nutridos cuando ingerimos alimentos. Siguen las vías nerviosas que ya se han creado. No fabrican enzimas.

3. (3) La RM precisa que el paciente esté dentro de un tubo cerrado durante la prueba. Aunque se pueden utilizar tranquilizantes, música tranquila y tranquilización constante por el personal, puede ser una experiencia devastadora para alguien con claustrofobia (miedo a los lugares cerrados). La PET, la SPECT y la TC habitualmente no precisan el mismo grado de espacio cerrado.

4. (2) Hay un componente genético evidente en la esquizofrenia, y se ha demostrado que tienen mayor riesgo los gemelos idénticos de pacientes esquizofrénicos que otras personas de la familia. Es evidente que el riesgo sería mayor que para el público general. Es evidente que sería un problema preocupante para alguien que fuera un gemelo idéntico.

5. (2) La melatonina se libera en respuesta a la oscuridad. En los meses de invierno, cuando hay más oscuridad, la melatonina se puede producir en cantidades excesivas, lo que puede producir depresión. El cortisol no se ve afectado por la oscuridad y, por lo tanto, no es una causa de trastorno afectivo estacional.

6. (3) La serotonina, la noradrenalina y la dopamina están reducidas en la depresión. Son los neurotransmisores del estado de ánimo. Los antidepresivos incrementan la disponibilidad de una o más de estas sustancias para mejorar el estado de ánimo del paciente y reducir la depresión. No modifican la anatomía del encéfalo, ni aumentan la utilización de glucosa por el encéfalo, ni alteran la genética.

7. (1) La TC utiliza rayos X y un ordenador para generar imágenes del encéfalo como si estuviera en rodajas, para poder detectar las alteraciones, tumores y otros problemas. Las otras opciones describen las técnicas de la RM, la PET y la SPECT.

8. (2) Una deficiencia de algunos neurotransmisores produce los síntomas que aparecen en la mayoría de los tipos de depresión clínica. No hay ningún defecto estructural. Dar a la madre lugares comunes no le ayuda a comprender la enfermedad.

9. (3) Los fármacos psicotrópicos son simplemente una parte del régimen terapéutico de los trastornos mentales. Habitualmente no son eficaces por sí solos, sino que precisan que el paciente reciba otros tratamientos también, como asesoramiento. Con frecuencia los fármacos hacen que el paciente acepte mejor otras terapias; así son más eficaces. No curan el trastorno mental. Pueden tener efectos colaterales graves, especialmente los fármacos más antiguos.

10. (1, 2, 4, 5) Las responsabilidades de enfermería durante la fase de estabilización incluyen todas ellas excepto una revisión continua de la historia médica del paciente. Esto formaría parte del proceso de ingreso, pero no sería una función continua en la administración inicial de los fármacos psicotrópicos del paciente.

INDICACIONES DEL PLAN ASISTENCIAL

1. El Sr. Sánchez está avergonzado debido al estigma por tener enfermedad mental.
2. Sí. Las consecuencias de no tomar este tratamiento pueden ser potencialmente mortales. La mayoría de los fármacos psiquiátricos tienen efectos colaterales que debe soportar el paciente para conseguir los efectos deseados. Este es un motivo frecuente de incumplimiento. Se están realizando estudios para desarrollar fármacos con menos efectos colaterales.
3. Probablemente. Este paciente no aprendió sobre su medicación porque no estaba preparado o no era capaz de procesar información nueva cuando estaba en una fase maníaca. Con frecuencia se debe reforzar la educación sobre la medicación.

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Datos subjetivos La paciente pregunta: «¿Tengo que tomar este tratamiento porque estoy loca?» La paciente afirma:



«Espero sentirme menos deprimida cuando me vaya a casa». La paciente afirma: «Podré dejar de tomar este fármaco en pocas semanas, cuando me sienta mejor».

Datos objetivos La paciente no puede señalar los posibles efectos colaterales de la fluoxetina. La paciente no puede señalar los efectos diana de la fluoxetina.

Informe No.

Intervenciones Enseñe a la paciente que la depresión es una enfermedad biológica producida por concentraciones bajas de neurotransmisores en el encéfalo. Enseñe a la paciente que los efectos diana de la fluoxetina son más energía, mejoría del estado de ánimo y mejoría de la concentración mental. Enseñe a la paciente que los efectos adversos de la fluoxetina son sequedad de boca, estreñimiento y aumento de la frecuencia cardíaca. Puede hacer que algunas personas sienten ansiedad. Programe la toma de la fluoxetina todas las mañanas porque puede hacer que los pacientes tengan ansiedad y puede afectar al sueño si se toma a la hora de acostarse. Indique a la paciente que tome la fluoxetina por la mañana en su domicilio. Enseñe a la paciente que el tratamiento puede tardar varias semanas en ser eficaz. Enseñe a la paciente que debe seguir tomando el tratamiento aun cuando se sienta mejor. Pregunte a la paciente si tiene alguna pregunta.

Verificación 19/10/07 1000 La paciente no puede señalar los efectos diana ni los efectos colaterales de la fluoxetina. Se reforzará la educación sobre la medicación, incluyendo acciones, efectos colaterales, inicio esperado y recomendación para tomar por la mañana en su casa. La paciente afirma que comprende la información anterior. Kathy Caton, DUE.

Capítulo 8

RESPUESTAS DEL NCLEX-PN®

1. (4) Esto es una idea delirante, porque es una idea fija que está desconectada de cualquier realidad. No supone una alteración de ninguno de los sentidos, como ocurriría en una alucinación. No supone una nueva palabra, y no hay ningún episodio conectado a ella que un cliente pueda interpretar erróneamente de forma personal.

2. (1) El afecto plano y el habla escasa son los únicos de estos síntomas que son negativos. La postura rígida, los movimientos excesivos sin finalidad y la risa inadecuada son todos síntomas desorganizados.

3. (3) Los antipsicóticos antiguos son más eficaces en el tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia, como alucinaciones, ideas delirantes y pensamientos desorganizados. La anhedonia, el afecto plano, la alergia y la avoliación son todos síntomas negativos. Los nuevos antipsicóticos atípicos son eficaces en los síntomas tanto negativos como positivos.

4. (1) La olanzapina es un antipsicótico atípico. Tarda al menos 3 semanas en comenzar a producir efecto. Puede ayudar a

la paciente a dormir mejor o a tener menos ansiedad, porque alivia los síntomas esquizofrénicos, aunque esta no es la finalidad del fármaco.

5. (3) La mejor respuesta del profesional de enfermería sería animar a la paciente a que discutiera sus sentimientos de inseguridad. El profesional de enfermería debe validar que la paciente no se siente segura y después pedirle que describa esos sentimientos. Intentar explicar de forma lógica por qué la abuela no puede estar ahí o pasar por alto la idea delirante bloquea la comunicación terapéutica. La última afirmación es tranquilizadora, pero no da a la paciente la oportunidad de discutir su miedo y su origen.

6. (2) En la terapia ambiental es necesaria la estructura por parte del personal para ofrecer seguridad a los pacientes. Se debe mantener un entorno sencillo y seguro, con una estimulación mínima. Los pacientes deben saber que el personal está a cargo y que ha establecido límites para ellos.

7. (2) El paciente que se describe aquí muestra un deterioro de la conducta que fácilmente se podría transformar en violencia, y se le debe vigilar de cerca. Sería adecuado intervenir antes de que la conducta progresara hasta violencia. Otras opciones no son factores predictivos de violencia inminente.

8. (3) El profesional de enfermería nunca debe tocar ni intentar tocar a un paciente potencialmente violento. Es muy fácil interpretar erróneamente el tacto como una amenaza o como una insinuación sexual. Intente reducir la tensión de la situación con los métodos menos invasivos posibles. El aislamiento y las sujeciones deben ser el último recurso.

9. (3) La hipertensión ortostática es un efecto colateral frecuente de los fármacos antipsicóticos; por lo tanto, el paciente debe cambiar de postura lentamente para evitar el mareo y las posibles caídas. El paciente tratado con estos fármacos debe vigilar la ingesta de grasa y de calorías. Los antiácidos prolongan la absorción. La fotosensibilidad es con frecuencia un efecto colateral de estos fármacos, por lo que no se recomienda la exposición prolongada al sol.

10. (2, 3, 4) El principal objetivo de la rehabilitación psicosocial es preparar al paciente para reintegrarse con éxito a la comunidad. Para hacerlo se pone énfasis en las habilidades laborales e interpersonales.

INDICACIONES DEL PLAN ASISTENCIAL

1. El paciente podría haber muerto por síndrome neuroléptico maligno, tratamiento que puede producir lesión renal.
2. Casi todos los antipsicóticos pueden producir SNM, aunque el trastorno es poco frecuente. Los nuevos antipsicóticos atípicos tienen menor probabilidad de producirlo.
3. Es probable que los síntomas de la esquizofrenia reaparezcan. Los síntomas que tienen mayor probabilidad de recurrir son las psicosis (síntomas positivos). Es probable que la flufenacina no controle ningún síntoma negativo.



PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Datos subjetivos El paciente afirma: «No necesito las medicinas. Estoy bien. El médico es el que está loco». El paciente afirma: «¡Utilizaré este tronco para luchar contra los atacantes!»

Datos objetivos Antecedente de intento de suicidio a los 18 años. Pérdida de peso de 5 kg desde el último ingreso hospitalario hace 9 meses. El paciente está sucio y tiene un intenso olor corporal. El paciente quita la colcha de la cama, la enrolla como si fuera un tronco y la mueve por la habitación.

Informe Sí, al profesional de enfermería responsable.

Intervenciones Diga al paciente: «Está usted seguro aquí, en el hospital». Mantenga un entorno con un nivel bajo de estimulación. Diga al paciente: «Este fármaco le ayudará a enderezar sus pensamientos. Creo que debería tomarlo». Comuníquese de forma sencilla y tranquila con el paciente. Diga: «No hay atacantes aquí». Anime al paciente a que se dé una ducha.

Verificación El paciente tiene miedo y tiene pensamiento delirante. Reacio a tomar la medicación. Le tranquilicé de que está seguro y le animé a que tomara la medicación para aclarar su proceso del pensamiento. El paciente enrolló la colcha y la agitó por la habitación diciendo: «Lucharé contra los atacantes». He notificado esta conducta agresiva al profesional de enfermería responsable. N. Freud, DUE.

Capítulo 9

RESPUESTAS DEL NCLEX-PN®

1. (3) La paciente tiene una combinación de factores que la ponen en situación de riesgo de otro episodio de depresión. Ha tenido un episodio depresivo previo, es mujer y tiene antecedentes de intento de suicidio. Con un nuevo hijo tendría otro episodio estresante en su vida y sería más susceptible a la depresión posparto. Debería solicitar consejo profesional antes de decidir a quedarse embarazada. Las otras respuestas no tienen consideración los factores de riesgo de aparición de depresión posparto.

2. (2) Al afirmar que ser madre primeriza es estresante, el profesional de enfermería ha validado los sentimientos de la paciente. La segunda parte de la afirmación anima a la paciente a que discuta sus sentimientos con el profesional de enfermería y da al profesional de enfermería la oportunidad de explorar con esta paciente sus habilidades de afrontamiento. Debido al elevado riesgo de autolesión o de lesión del lactante, sería obligatorio que el profesional de enfermería compartiera los pensamientos y conductas de la paciente con otros profesionales sanitarios. Las otras afirmaciones minimizan o niegan los sentimientos de la paciente.

3. (1) La terapia lumínica es el tratamiento de elección del TAE. Es la disminución de la luz lo que parece precipitar los síntomas. Los otros tratamientos mencionados no han tenido éxito en el tratamiento de este trastorno.

4. (4) Anhedonia es el término médico para la incapacidad de experimentar placer y es un síntoma frecuente de la depresión. Los otros síntomas que se mencionan no se incluyen en la definición de anhedonia.

5. (3) Los pacientes tienden a no manifestar sus sentimientos de depresión, por lo que el médico desconoce su estado psicológico. El motivo más frecuente de esto es el estigma que la sociedad ha atribuido a la enfermedad mental. Con frecuencia se considera que es una debilidad por parte de la persona deprimida. Los médicos podrían reconocer y tratar la enfermedad si el paciente fuera totalmente sincero durante las visitas a la consulta. La mayoría de los médicos son profesionales holistas y valoran la salud psicológica de sus pacientes.

6. (2) La depresión puede ser grave cuando el paciente finalmente solicita ayuda para tratar la enfermedad. Tardará de 2 a 6 semanas en alcanzarse el máximo efecto del tratamiento. Como profesionales de enfermería debemos saber que un paciente puede tener riesgo elevado de autolesiones durante las primeras 2 semanas de tratamiento antidepressivo, porque el paciente recupera parte de la energía necesaria para hacer y ejecutar los planes suicidas. Las otras respuestas dan marcos temporales poco realistas para que se alcance un efecto terapéutico.

7. (1) La TEC se ha utilizado durante muchos años, aunque la técnica se ha modificado y perfeccionado desde los primeros días de su uso. Con frecuencia sigue produciendo pérdida transitoria de memoria y confusión leve, aunque tiene éxito en pacientes que no han respondido a otras formas de tratamiento. Se utiliza sólo cuando otros tratamientos de primera línea no han sido eficaces. Excepto en casos infrecuentes, la pérdida de memoria no es permanente.

8. (4) Los pacientes que están en fase maníaca disfrutan de los sentimientos de energía alta y euforia que experimentan en este estado. No quieren perder el «subidón» cumpliendo un régimen terapéutico. Este sentimiento de «subidón» supera a todos los demás motivos de incumplimiento.

9. (4) Los pacientes en fase maníaca no responden bien a los estímulos ambientales excesivos. El profesional de enfermería debe retirar al paciente de la estimulación llevándola al exterior como primera línea de intervención. Caminar con él le permite continuar su movimiento y evitar que atraiga comentarios negativos de otras personas de la fiesta. Cuando el profesional de enfermería camine con el paciente, debe reducir gradualmente la velocidad. Hablar con voz tranquila y suave con el paciente le ayudará a reducir la conducta maníaca. Si se deja que siga dando zancadas y comiendo en la fiesta, su conducta no se calmará y puede dar lugar a un altercado con los demás. La administración de fármacos y las sujeciones son intervenciones que se deben utilizar si la redirección de su conducta no es eficaz.



10. (1, 3, 5) Esas intervenciones son adecuadas cuando un paciente ingresa con ideación suicida ya identificada. La principal tarea del profesional de enfermería debe ser proteger al paciente de las autolesiones. Pedirle que clarifique sus pensamientos suicidas debe formar parte de la valoración inicial. Es obligatorio quitar los objetos que se pudieran utilizar para las autolesiones. El profesional de enfermería debe iniciar un contrato de ausencia de autolesiones. Aunque no es vinculante para el paciente, le da la sensación de control sobre su conducta. En ningún momento el profesional de enfermería debe decir a un paciente suicida que sus pensamientos y planes suicidas serán confidenciales. Se debe comunicar dicha conducta a todo el equipo sanitario. Dar privacidad al paciente en el momento del ingreso le hace sentirse no supervisado y tal vez inseguro, a la vez que le da la oportunidad de llevar a cabo sus planes.

INDICACIONES DEL PLAN ASISTENCIAL

1. Se cumplió el objetivo. Ofrecerle opciones le da control.
2. El resultado se cumplió sólo parcialmente, probablemente porque no era realista. Se podría desglosar en objetivos menores y se podría dar más tiempo. Se tendría más éxito centrándose en un área de necesidades autocuidado cada vez. Por ejemplo, trabajar en la alimentación autónoma hasta que haya alcanzado el máximo posible con esa tarea, y después empezar a trabajar en el baño, etc.
3. Disponer de parte del tiempo de Kevin, de parte del tiempo de otros residentes y de parte del tiempo de la familia significa que la paciente tiene más tipos de contacto y tiene menor probabilidad de verse decepcionada si uno no está disponible.

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Datos subjetivos El paciente afirma: «Las manos no dejan de moverse». El paciente pregunta: «¿Puede por favor leerme el menú? No veo muy bien».

Datos objetivos Puso 108, irregular. Cuando el fisioterapeuta le estaba enseñando a utilizar las muletas, el paciente estaba demasiado débil para soportar su propio peso sobre la pierna no afectada. Ha rechazado la cena ayer por la tarde y el desayuno hoy.

Informe Sí, al médico.

Intervenciones Mire en la historia del paciente los signos vitales iniciales. Suspenda la dosis de litio que está prevista ahora. Llame al médico para notificarle la presencia de síntomas de toxicidad por litio.

Verificación 08/03/07 0900 PA 108, irregular. El paciente tiene temblor en las manos, anorexia (se negó a cenar y desayunar), visión borrosa y debilidad (no soporta el peso sobre la pierna no afectada). Se ha llamado al Dr. J. Joy por síntomas de toxicidad por litio. Se ha recibido la orden de suspender el litio, ofrecer líquidos v.o. y extraer sangre

para determinar la concentración sérica de litio. C. Caraher, DUE.

Capítulo 10

RESPUESTAS DEL NCLEX-PN®

1. (2) El paciente con trastorno paranoide de la personalidad sospecha de los demás. Tiene más confianza en un profesional de enfermería que muestra confianza en sí mismo y trata al paciente de forma directa y práctica. Otras opciones terapéuticas tendrían mayor probabilidad de incrementar la suspicacia del paciente, en lugar de reducirla.

2. (1) El paciente con trastorno esquizoide de la personalidad típicamente evita las relaciones incluso con los cuidadores. No tener visitas ni recibir llamadas de teléfono validaría la ausencia de relaciones sociales. El afecto plano es frecuente. El paciente no está solo, porque prefiere estar solo. La depresión y la vergüenza serían muy poco habituales en el paciente con este trastorno de la personalidad.

3. (3) Como paciente con trastorno esquizotípico de la personalidad, preferiría estar sola por ansiedad social intensa. El estrés de verse sometida a interacciones con otros residentes podría precipitar pensamientos delirantes o alteraciones de la perfección. Invitarla a hacer una comida al día no debería ser amenazante. Permitirle que avance a su propio ritmo y alabar la cuando pueda llevarlo a cabo.

4. (4) Los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad con frecuencia son muy encantadores y manipuladores. Pueden causar estragos en una unidad al producir desacuerdos entre los miembros del personal en relación con el tratamiento especial que los pacientes creen que merecen. Los miembros del personal deben mantener una asistencia homogénea y deben cumplir las reglas de la unidad. Nunca se deben poner en peligro las reglas de la unidad para favorecer a un paciente específico. Negarse a dejarle salir en absoluto aumentará la conducta antisocial y alterará aún más el entorno de la unidad.

5. (2) Aunque algunas de las otras opciones podrían ser adecuadas, su primera *prioridad* sería prevenir las autolesiones. Una respuesta frecuente al estrés en los pacientes con trastorno límite de la personalidad es realizarse cortaduras o quemaduras.

6. (4) Esta paciente tiene los síntomas clásicos del trastorno histriónico de la personalidad. Dirige toda la atención sobre sí misma. Piensa que sus problemas son más importantes que los de cualquier otra persona, y todas las personas presentes en el grupo deben estar interesadas en ayudarle a organizar su vida. El paciente con un trastorno esquizotípico de la personalidad no estaría abierto en un grupo como este debido a su ansiedad social intensa. La paciente con trastorno límite de la personalidad tiene una autoimagen inestable y no se presentaría a sí misma como más importante que los demás. El paciente con trastorno de la personalidad por evitación tiene datos de inadecuación y no participa fácilmente en actividades sociales como esta por miedo a sentir vergüenza.



7. (1) El paciente tiene las distorsiones del pensamiento que son frecuentes en el trastorno narcisista de la personalidad. El profesional de enfermería puede empatizar brevemente con su estrés, aunque debe establecer de forma continua los límites sobre lo que es adecuado y lo que no lo es. El profesional de enfermería debe mantener un abordaje profesional y lógico y no responder al paciente en el mismo tono y con la misma actitud que utiliza él. Mentir a un paciente y responderle de manera despectiva no es adecuado. Preguntarle cómo se puede hacer más feliz pone el poder en sus manos, porque considerará que el profesional de enfermería es débil y se le puede manipular; las expectativas y los límites quedan borrosos.

8. (2) Los pacientes con este trastorno de la personalidad con frecuencia se sienten inadecuados y tienen autoestima baja. Esta paciente se podría sentir más cómoda comenzando la terapia en su habitación, mejor que delante de otras personas. Si esto es posible y aceptable en el centro, sería una forma no amenazante de comenzar. Alábelas por todos sus éxitos. Obligarla a ir, darle explicaciones simplistas o tranquilizarla sin motivo, o darle permiso para evitar el cumplimiento, no sería aceptable.

9. (1) La conducta obsesiva-compulsiva que se ve en pacientes con este trastorno de la personalidad se debe a ansiedad. Aunque el paciente también puede tener una alteración del sueño, el ansiolítico también puede ayudar a aliviar esos síntomas. La depresión y la ideación psicótica no acompañan con frecuencia al trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

10. (1, 3, 5) Cuando trabaja con pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia, el profesional de enfermería debe ofrecer tantas experiencias como sea posible en las que el paciente pueda tomar con éxito decisiones y participar en la asistencia de manera no forzada. Se deben dar al paciente opciones sobre su asistencia, como la hora a la que quiere bañarse. Si pregunta qué haría el profesional de enfermería en una situación particular, devuélvale la pregunta al paciente: «Vamos a ver sus opciones». Después, se debe pedir al paciente que las enumere. Guíe al paciente por las distintas opciones hasta que haya tomado una decisión. Participar en un grupo de apoyo es una terapia útil para los pacientes con este trastorno si el paciente no ha formado ya parte de un grupo. El profesional de enfermería puede derivar al paciente a los servicios sociales o al médico para esa recomendación. Los pacientes con este trastorno no son propensos a las autolesiones y no precisan supervisión por los intentos de autolesiones. La inclusión de los familiares en la toma de decisiones (salvo que el paciente no pueda tomar en absoluto una decisión sobre la asistencia tras el alta hospitalaria) únicamente refuerza la dependencia del paciente.

INDICACIONES DEL PLAN ASISTENCIAL

1. Aunque oír música es un método de afrontamiento adaptativo y puede ayudar a Brenda a corto plazo, no resolverá su problema de afrontamiento. Tiene afronta-

miento ineficaz debido a su trastorno de la personalidad, y son necesarios años y mucha motivación para modificarlo.

2. El profesional de enfermería puede proponer la terapia a Brenda o puede proponer a su médico la derivación a la terapia, aunque nadie puede obligar a la paciente a ir a terapia, aun cuando sea una buena idea.
3. Es mejor que Brenda aprenda que las explosiones de ira no consiguen el resultado deseado. La enfermera debe decir de forma tranquila y respetuosa a Brenda que seguirá siendo la enfermera de Brenda y que le dará la medicación como lo ha prescrito el médico.

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Datos subjetivos La paciente afirma: «Sí, lo que usted diga». Cuando se le pregunta si necesita algún analgésico, afirma: «No, no quiero molestarle». Cuando se le pregunta si necesita algo, afirma: «No lo sé». La paciente pregunta al profesional de enfermería: «¿Qué cree usted que debería hacer?»

Datos objetivos PA 158/90, P 110, R 24. Hace muecas y suda cuando deambula o se mueve en la cama. Está despierta en todas las rondas cada 2 horas durante la noche.

Intervenciones Pregunte a la paciente: «¿Tiene usted dolor?» Diga a la paciente: «La mayoría de los pacientes tiene mucho dolor después de la operación. Usted tiene signos de dolor. ¿Le duele la incisión?» Diga a la paciente: «No es ningún problema darle algún analgésico. Estaré encantado de darle uno si lo necesita». Diga a la paciente: «A veces a las personas no les gusta pedir ayuda. Mientras esté en el hospital, queremos ayudarla, así que díganos lo que necesita». Ayude a la paciente a practicar la identificación de sus necesidades. Anime a la paciente a que tome el analgésico prescrito. Incluya en el plan asistencial ofrecer el analgésico de forma regular (cada 4 horas). Visite a la paciente cada hora para determinar si necesita ayuda. Discuta la derivación a una consulta ambulatoria para realizar terapia con un equipo terapéutico.

Informe Sí, al profesional de enfermería responsable.

Verificación La paciente tiene signos de dolor (elevación de PA, P y R, muecas con el movimiento, insomnio), pero no pide analgésicos. Le ofreceré analgésicos cada 4 horas y animaré a que lo tome si está indicado por las conductas de dolor observadas. Ayudaré a la paciente a identificar cualquier otra necesidad. Mónica Arte, DUE.

Capítulo 11

RESPUESTAS DEL NCLEX-PN®

1. (2) Esta es una respuesta a una situación específica y puede no ser un trastorno de ansiedad. Valide sus sentimientos, y después evalúe para detectar el origen de la ansiedad. ¿Necesita el paciente más información sobre el proceso? ¿Tiene



miedo a los resultados? ¿Le preocupa estar en un espacio pequeño y cerrado? Las otras opciones no dan al profesional de enfermería la oportunidad de abordar el origen de los miedos del paciente.

2. (4) Un paciente raras veces ingresa por trastorno de ansiedad generalizada salvo que la enfermedad se agrave o se aproxime a la angustia. Por lo tanto, lo pasará mal para centrarse en lo que usted le diga. Anime a la paciente a que discuta «dónde» está en este momento. El tacto puede ser amenazante, y usted debe facilitar una relación de confianza con la paciente para que ella se pueda abrir usted. Llamar a su familia para que venga podría reforzar su miedo de que se está muriendo.

3. (3) Es posible que una persona tenga una crisis de angustia aislada sin tener trastorno de angustia. No puede asegurar a un paciente que esto sea definitivo, sino simplemente una posibilidad. El paciente estará preocupado por ello, y se debe validar esta preocupación.

4. (2) Esta fobia se refiere a los espacios abiertos y con frecuencia se asocia al trastorno obsesivo-compulsivo.

5. (2) Contar es con frecuencia un ritual que tiene la persona con trastorno obsesivo-compulsivo. No es un componente de los otros trastornos mencionados.

6. (1) La estudiante de enfermería está reviviendo el trauma de ver a su madre morir de repente en esta habitación. El número de habitación ha desencadenado en ella el recuerdo de este acontecimiento. Es frecuente que este episodio se produzca en los 3 meses siguientes al episodio real. Ninguna de las otras opciones es aplicable. Una crisis de angustia puede no tener desencadenante. Un episodio fóbico estará desencadenado por una fobia frecuente, lo que no se da aquí. Debido a su aparición como un hecho aislado, tampoco es posible un trastorno de estrés agudo.

7. (3) Se debe animar al paciente a que reconozca las respuestas previas a las situaciones y objetos que producen ansiedad. El objetivo aquí es que la paciente vea la situación de forma realista y sustituya el diálogo interior negativo por pensamientos positivos que apoyen a la paciente y sean tranquilizadores. Evitar la situación no precipita la restructuración, y tampoco lo hace centrarse en los pensamientos negativos. La aceptación no apoyará a la paciente para que desarrolle una respuesta más positiva, sino que le llevará a aceptar también la situación actual.

8. (3) Como estos fármacos habitualmente son depresores del SNC, el paciente puede presentar tolerancia rápidamente; por lo tanto, tienen un elevado potencial de abuso. Se debe valorar exactamente a los pacientes para garantizar que los fármacos sean adecuados y que no se utilicen como sustitutos de técnicas más adaptativas de resolución de problemas. La ideación suicida y la depresión no son efectos adversos frecuentes de los ansiolíticos. Generalmente no afectan a la glucosa sanguínea.

9. (1) Las personas que se enfrentan a un trastorno de ansiedad con frecuencia necesitan guía para desarrollar mecanismos

de afrontamiento eficaces que sean adecuados para ellos. Dejarles solos con frecuencia no es útil. Las técnicas de relajación y respiración profunda son eficaces ante muchos acontecimientos que producen ansiedad. Con frecuencia no es eficaz dar a un paciente material de lectura, porque el profesional de enfermería se arriesga a que no lo lea o a que lo lea y no lo comprenda. El paciente no necesita oír estrategias de afrontamiento, porque es una respuesta individual.

10. (2, 3, 5) Las personas en situación de ansiedad con frecuencia tienen las mismas respuestas que se encontrarían en la estimulación del sistema nervioso simpático. Por lo tanto, se encontraría piel fría, aumento de la frecuencia cardíaca y piloerección o «carne de gallina». Al contrario de las otras opciones, las pupilas parecerían dilatadas y la presión arterial estaría aumentada.

INDICACIONES DEL PLAN ASISTENCIAL

1. Un régimen posológico constante garantiza que la Sra. M. tendrá un efecto analgésico constante. No se permitirá que el dolor aumente hasta un nivel intolerable y generador de ansiedad. Preguntarle con frecuencia sobre el nivel de dolor le tranquiliza de que los profesionales de enfermería se preocupan y de que están monitorizando su situación.
2. El estrés de estar en el hospital en un entorno no familiar y con dolor ha agravado la ansiedad de la Sra. M. Disponer de un personal con el que esté cada vez más familiarizada es una forma sencilla de crear un entorno en el que se sienta más segura.
3. El deterioro cognitivo de la Sra. M (demencia leve) puede haber hecho que le haya sido imposible aprender a hacer los ejercicios de relajación de forma independiente. El objetivo se cumplió parcialmente. No era un objetivo completamente realista para la Sra. M.

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Datos subjetivos La paciente pregunta: «¿Voy a morir por esto?» Afirma: «Pienso que se me va a abrir la incisión». La paciente refiere que está mareada. El profesional de enfermería señaló en el informe: la paciente durmió aproximadamente 3 horas anoche.

Datos objetivos SV: T 37,2 °C, P 108, R 32, PA 130/86. La piel está fría y diaforética. Las manos de la paciente se están moviendo continuamente, sujetando las sábanas. Las membranas orales están secas. Los ojos miran por toda la habitación, desplazándose rápidamente de una cosa a otra.

Intervenciones Anime a la paciente a que hable sobre sus sentimientos. Acepte a la paciente como es. Reconozca que la paciente está ansiosa. Mantenga la comunicación sencilla y concreta. Ofrezca medidas que fomenten el bienestar. Esté tranquilo y confiado con la paciente. Discuta formas saludables de hablar sobre la ansiedad y de aliviarla. Valore las



habilidades de afrontamiento que ha utilizado con éxito la paciente en el pasado. Valore los recursos de la paciente para obtener apoyo. Utilice relajación progresiva para ayudar a paciente a relajarse.

Informe Sí, al médico.

Verificación 13/05/07 La paciente tiene conducta ansiosa, por ejemplo, pregunta si se está muriendo, refiere mareo, las manos en constantemente, agarra las sábanas. Piel fría y diaforética; membranas mucosas secas. Elevación de P, R y PA. Ofrezco medidas de bienestar, discuto los sentimientos y técnicas de afrontamiento de la paciente. La paciente ha participado en ejercicios de relajación progresiva, respondiendo con disminución de la ansiedad, que se manifiesta por signos vitales dentro de los límites normales y manos tranquilas. He notificado la ansiedad grave al médico. Emma Charles, DUE.

Capítulo 12

RESPUESTAS DEL NCLEX-PN®

1. (1) Los pacientes que son tolerantes al alcohol tendrán tolerancia cruzada a otros depresores del SNC. Probablemente necesitará una dosis mayor de opiáceos para controlar el dolor. Puede parecer manipulador, aunque la necesidad física de más opiáceos es real. Si tiene abstinencia alcohólica, podría no colaborar, pero la situación no da esta información. No lea en una pregunta algo que no está en ella. La valoración del dolor y el control del dolor son dos aspectos importantes de la asistencia de enfermería. No suspenda los analgésicos.

2. (3) La encefalopatía alcohólica está producida por una deficiencia de vitamina B₁, que se puede tratar o prevenir con una inyección de tiamina. La meperidina es un analgésico opioide; se podría utilizar diazepam en la abstinencia alcohólica para tratar la ansiedad o prevenir las convulsiones, aunque no trata la encefalopatía alcohólica; la fenitoína es un anticonvulsivo y se podría utilizar, pero no por la deficiencia de tiamina.

3. (1) Una de las principales características de los pacientes con esquizofrenia es que tienen dificultad para relacionarse con los demás. En el caso de este diagnóstico dual, tener este trastorno hace que este paciente tenga más dificultad para relacionarse con otras personas para conseguir ayuda para dejar de beber. Este hecho por sí solo basta para que el paciente tenga dificultad para solicitar tratamiento o beneficiarse del mismo. Incluso poder hablar al paciente sobre el alcoholismo será difícil para el profesional de enfermería; podría comprenderlo si estuviera dispuesto a escuchar.

4. (2) Cuando se toma alcohol con ansiolíticos se produce una depresión añadida del SNC, que puede ser potencialmente mortal. En la mayoría de los casos es innecesario tomar el fármaco cada 4 horas, porque es un tratamiento a demanda. Los ansiolíticos con frecuencia producen mareo cuando un paciente empieza a tomar el fármaco, porque no

se recomienda conducir. Sin embargo, después de que el paciente se haya adaptado al fármaco, se podría permitir la conducción.

5. (4) Se debe notificar al supervisor de enfermería cuando un profesional de enfermería pueda tener un deterioro demasiado intenso, para proteger al paciente y también al propio profesional de enfermería. Este puede ser el impulso que necesita para buscar ayuda. Enfrentarse al profesional de enfermería en su función como igual podría no tener ninguna influencia. Aunque se podría incluir en el proceso al profesional de enfermería responsable, es el supervisor quien tiene más autoridad aquí.

6. (2) Algunos pacientes no piensan en otras alternativas al consumo de sustancias para afrontar el estrés o los problemas. Un paciente puede comenzar una nueva conducta de resolución de problemas o de afrontamiento elaborando una lista de alternativas saludables al consumo de alcohol. Explicar los síntomas y signos de la abstinencia alcohólica y educarle sobre sus fármacos no ayuda al paciente a modificar su conducta de afrontamiento. No se puede enseñar a un paciente a no beber.

7. (2) El paciente que abusa de las metanfetaminas probablemente tendrá lesiones cutáneas por picaduras en la cara o por un episodio de acné. La depresión, el aumento de peso y la incontinencia no son síntomas del consumo de metanfetaminas; por el contrario, en este paciente se observaría euforia, pérdida de peso y retención urinaria.

8. (4) Discutir las circunstancias que han llevado al paciente a beber indica el significado del alcohol para este paciente. Si el paciente está en fase de negación, podría no admitir ser alcohólico o minimizaría la incidencia del abuso de sustancias. Podría no reconocer la conducta que tiene cuando está bajo la influencia de la sustancia.

9. (3) La cirrosis produce varices esofágicas (venas varicosas del esófago), que se pueden romper y sangrar. Además, el paciente tiene más riesgo de úlcera de estómago, que también podría sangrar. Es poco probable que el paciente tenga neumonía, encefalitis e ICC en relación con su insuficiencia hepática.

10. (2, 4, 5) Es muy probable que el paciente tenga irritabilidad, elevación de los signos vitales y confusión. El aspecto deprimido y la hipertensión no formarían parte del cuadro clínico.

INDICACIONES DEL PLAN ASISTENCIAL

1. Tendrá riesgo de recaída cuando alguien le ofrezca una bebida, cuando se sienta solo y cuando tenga problemas que no sepa cómo afrontar. También tendrá riesgo si deja de tomar el tratamiento antipsicótico.
2. Utilizaba el alcohol como entretenimiento y para afrontar sus problemas.
3. Tendrá más dificultad para trabajar en grupos como AA para mantener la sobriedad debido a sus menores habilidades sociales. Probablemente tenga dificultad para mirar al futuro y vive el momento. Debido a esto,



cuando le apetezca beber puede no ser capaz de pensar en las consecuencias a largo plazo. Si esto resuelve sus problemas en el momento, puede seguir bebiendo.

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Datos subjetivos El paciente afirma: «Beber me ayuda a olvidar mis problemas»; afirma: «¿Qué otra cosa puedo hacer aparte de beber? Es lo único que sé hacer»; afirma: «Puedo dejarlo cuando quiera. Simplemente no quiero dejarlo»; afirma: «Tal vez pueda ir hoy a casa. Puedo cuidar de mí mismo».

Datos objetivos Ninguno relativo al diagnóstico.

Informe Sí, debido a la necesidad de derivación a servicios sociales tras el alta.

Intervenciones Discuta las consecuencias del alcoholismo del paciente cuando pueda. Ayúdele a elaborar una lista de los recursos para obtener ayuda. Ayúdele a elaborar una lista de cosas más saludables que puede hacer cuando le apetezca beber, para prevenir las recaídas. Anime al paciente a que pase tiempo en la sala de estar de la unidad, en la que podrá estar con otras personas. Pregunte por qué quiere irse a casa. Pase tiempo con el paciente en todos los turnos. Hable con él o siéntese a su lado. Anime al paciente a que tome el antidepresivo.

Verificación 17/07/07 El paciente afirma que beber es la única opción que tiene para resolver sus problemas. Trabajaré con él en nuevas estrategias de afrontamiento. Le animaré a que tome el antidepresivo para mejorar sus procesos del pensamiento y su capacidad de resolución de problemas. M. Wood, DUE.

Capítulo 13

RESPUESTAS DEL NCLEX-PN®

1. (1) La dislexia tiene todas estas características. El trastorno matemático se relaciona con la capacidad para las matemáticas. El trastorno de la expresión escrita se relaciona con las habilidades para escribir. El trastorno de la coordinación del desarrollo se relaciona con la coordinación motora.

2. (3) El niño con dislexia tendrá dificultad con todas las materias en las que tenga que leer. Puede que interprete erróneamente los diagramas y las listas. Las mejores técnicas educativas incluyen discusiones, demostraciones y explicaciones verbales.

3. (4) El trastorno del lenguaje expresivo mejora mucho con la edad. Sería infrecuente que permaneciera igual o que empeorara.

4. (1) Se piensa que hay un componente genético en el tartamudeo. Aunque las mujeres también pueden tartamudear, es más frecuente en los varones.

5. (3) Los niños autistas suelen relacionarse mejor con los objetos que con las personas. Insistir en que la niña se adapte

a las normas de otros niños de su edad serviría para aumentar su estrés y reducir su colaboración con el personal. Siempre que no se produzca ningún perjuicio para la niña como consecuencia del ritual, se debe permitir. Los niños autistas no responden bien al tacto, y se debe minimizar el tiempo del personal en la habitación.

6. (2) La niña sigue la regresión que se ve en el síndrome de Rett. Este trastorno se ve sólo en mujeres y aparece antes de los 4 años de edad. La niña tendrá una actividad normal hasta el inicio del trastorno.

7. (3) El insomnio es uno de los efectos colaterales más frecuentes de los fármacos estimulantes que se dan en el TDAH. Por lo tanto, se debe dar no más tarde de 6 horas antes de acostarse y se debe administrar con alimentos. Si se recomiendan «vacaciones» del fármaco mientras el niño está en tratamiento, se deben tomar durante las vacaciones escolares y no en los breves fines de semana.

8. (2) La prevención de la conducta ansiosa, o al menos la minimización de su efecto, sería un buen abordaje. Para hacerlo sería obligatorio el desarrollo de una relación profesional de enfermería-paciente de confianza. El establecimiento de límites sobre las visitas de los padres probablemente indujera ansiedad. Ignorar la ansiedad también haría que aumentara. Es probable que el paciente sea un buen candidato a una consulta de salud mental, y el profesional de enfermería debe proponerlo.

9. (1) Esta paciente tiene elevado riesgo de suicidio. Ha sido víctima de maltrato y ha tenido conducta autodestructiva en forma de promiscuidad. Si no encuentra ninguna forma de salir de la situación actual, el paso siguiente sería matarse. Lo primero que debe hacer el profesional de enfermería consiste en valorar si la paciente tiene o no un plan de suicidio. Aunque se debe informar a su madre del maltrato y se debe arrestar al padre, esta no es la principal prioridad en este momento. Dar falsa tranquilidad nunca es adecuado en la asistencia sanitaria.

10. (4) Los niños tienen mayor tendencia a manifestar con conductas impulsivas cualquier problema emocional que tengan, antes que discutirlo. Observar al niño durante el juego o pedirle que haga dibujos probablemente le dirá más sobre su salud mental. Aunque usted siempre debe escuchar la valoración de los padres, también debe observar cosas por usted mismo. Considere las fases del desarrollo de Erikson para ver si el niño está siguiendo las fases del desarrollo, pero esta no es la primera y mejor forma de valorar los problemas de salud mental.

INDICACIONES DEL PLAN ASISTENCIAL

1. El uso incorrecto del inhalador por parte de Mohammed le llevó a una situación en la que no se estaban previniendo las crisis de asma, sino que sólo se trataban de urgencia cuando se producían. Con un uso correcto de los fármacos podría haber evitado la necesidad de todas estas visitas al SU.

- 
2. En esta visita al hospital, el profesional de enfermería utilizó un abordaje educativo que se planificó teniendo en cuenta el estilo de aprendizaje del paciente.
 3. Aparte de su TDAH evidente, el niño también está enfermo en el SU recuperándose de una crisis de asma. Probablemente también esté cansado. Como ocurre con frecuencia en el hospital, esta no era la situación educativa ideal, aunque a pesar de todo el profesional de enfermería probablemente pudo mejorar la asistencia sanitaria de este niño.

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Datos subjetivos El paciente afirma: «Simplemente quería hacer un buen trabajo en el proyecto escolar». La madre del paciente afirma: «Tengo miedo a que se esté haciendo drogadicto. No es la primera vez que lo hace». El paciente afirma: «Me siento animado algunos días y deprimido otros días». El paciente afirma: «Todo el mundo me está diciendo siempre qué debo hacer». La madre del paciente afirma: «Dejo que sea responsable de tomar las medicinas, pero me pregunto si debo volver a asumir la responsabilidad. No las está tomando de forma segura». El paciente afirma: «Quiero cuidar de mí mismo».

Datos objetivos Orden del médico: metilfenidato 20 mg dos veces al día, v.o.

Informe Sí, al profesional de enfermería cargo y al médico.

Intervenciones Valore el conocimiento del paciente sobre su tratamiento, los efectos deseados, los efectos adversos y el régimen posológico. Enséñele lo que no sepa sobre el régimen medicamentoso (plan terapéutico). Refuerce la educación sobre el uso seguro de metilfenidato con el paciente y su madre. Explíquele que no es un drogadicto. Deje que la familia decida quién se responsabiliza de administrar el tratamiento. Diga al paciente que la lesión probablemente se deba a no haber tomado el tratamiento como se había prescrito. Diga al paciente que es responsable de su propia conducta. Pregunte al paciente y a su madre si tienen alguna pregunta.

Verificación 20/08/07 1100 He discutido el cumplimiento del tratamiento con el paciente y su madre. He respondido sus preguntas sobre los efectos del fármaco y el régimen posológico. Eran receptivos a la planificación de tomar el fármaco de forma segura. Están decidiendo quién será responsable de darle el metilfenidato en casa. Brandon Samson, DUE.

Capítulo 14

RESPUESTAS DEL NCLEX-PN®

1. (3) Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tienen mucha probabilidad de tener bradicardia, hipotensión y piel seca y agrietada. Los otros síntomas y signos son básicamente lo opuesto a lo que podría usted ver en los trastornos de la conducta alimentaria.
2. (3) Es muy probable que la hija tenga el tipo restrictivo de anorexia nerviosa. Parece como si la conducta estuviera en sus primeras fases y sería el momento adecuado para comenzar las intervenciones. No es una fase normal de la adolescencia y sí precisa atención. Esperar más tiempo permitirá que el patrón de conducta maladaptativa esté más enraizado y sea más difícil de tratar. El abuso de laxantes y purgas se podría producir más adelante, si se permitiera que continuara esta enfermedad.
3. (4) Una paciente con anorexia nerviosa ve la pérdida de peso como el éxito de su capacidad de mantener el control de su cuerpo. Habitualmente está en fase de negación en relación con las complicaciones médicas que pueden producirse por el estado de malnutrición que podría tener. No tiene miedo a la muerte ni preocupación por su salud física general. Lo único que importa es perder peso.
4. (1) El trastorno límite de la personalidad es más frecuente en estos trastornos de la conducta alimentaria. Este trastorno de la personalidad se manifiesta como conductas autodestructivas. Los pacientes con el trastorno generalmente son impulsivos y manipuladores. Es frecuente la ansiedad crónica. En los trastornos de la conducta alimentaria raras veces se encuentran los trastornos narcisista e histriónico de la personalidad. La tendencia pasiva-agresiva tampoco forma parte de la enfermedad.
5. (2) Aunque todas estas conductas podrían estar presentes en el paciente con anorexia nerviosa y se deben abordar en algún momento, se debe abordar primero la expresión de los pensamientos suicidas. Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria no sólo hablan sobre el suicidio, sino que también pueden llevar a cabo sus pensamientos autodestructivos. El profesional de enfermería debe conocer este riesgo y proteger al paciente de las lesiones.
6. (2) En el momento en el que el trastorno de la conducta alimentaria ha llegado al punto en el que se debe ingresar al paciente, se ha convertido en una respuesta maladaptativa constante al estrés y la ansiedad. Un hábito que ha llegado a estar tan enraizado tardará mucho en desaprenderse. El aprendizaje de respuestas saludables también tardará mucho tiempo en convertirse en parte del patrón de conducta del paciente. No beneficia a la familia darle una falsa esperanza de recuperación rápida.
7. (1) La olanzapina, un antipsicótico, es un fármaco que trata de forma eficaz la distorsión de la imagen corporal asociada a la anorexia nerviosa. También ayuda al paciente a recuperar peso. La fluoxetina y la amitriptilina son antidepresivos y pueden mejorar la depresión asociada al trastorno, pero no son eficaces a largo plazo. Se podría afirmar lo mismo del lorazepam, que es un ansiolítico. Se debe señalar que los fármacos por sí solos no son la respuesta a este trastorno, y el uso de fármacos se debe acompañar de otras terapias.
8. (2) Utilizando los cálculos para determinar el IMC, este paciente tiene un IMC 34,4, lo que hace que esté en el intervalo de obesidad. Cualquier IMC mayor de 30 indica que el paciente tiene riesgo de las complicaciones de la obesidad.



9. (4) Al tomar alimentos nutritivos ellos mismos, los progenitores sirven como modelo de rol saludable para sus hijos. Pegar una fotografía en la nevera sirve para enfocar al niño en la importancia de un cuerpo perfecto. Esto le anima a evitar alimentos y a perder peso como método para convertirse en una de las personas «guapas». Por otro lado, insistir en que se dejen los platos limpios hace que el niño vea la alimentación como una forma de ganarse la aprobación y el amor de sus padres. Recompensar a un niño con comida es un hábito que puede continuar hasta la adolescencia, de modo que una persona busca alimentos como medida de bienestar.

10. (1, 2, 3, 5) El deterioro de la función hepática (indicado por los resultados anormales de los estudios de laboratorio de las enzimas hepáticas), la amenorrea (ausencia de menstruación), el estreñimiento y la hipotermia (temperatura corporal baja) son complicaciones médicas de la anorexia nerviosa. La insuficiencia renal no es una complicación médica de este trastorno de la conducta alimentaria.

INDICACIONES DEL PLAN ASISTENCIAL

1. No. Se menciona el nombre de la tía, pero no está implicada realmente. El problema es el mecanismo de afrontamiento de los estresantes vitales de Katie.
2. Independientemente de que esté en lo cierto o equivocada Katie o su madre, en opinión del profesional de enfermería no es importante. Katie debe modificar su conducta porque quiere estar sana, no para agradar al profesional de enfermería.
3. Pueden comprender verdaderamente sus sentimientos y darle orientaciones sobre el afrontamiento que proceden de experiencias personales.

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Datos subjetivos La paciente afirma que come cuando se siente nerviosa. La paciente afirma que con frecuencia come en exceso por la tarde. Los amigos le traen a la paciente caramelos al hospital. La paciente pregunta: «¿Hay una pastilla que me haga perder peso?»

Datos objetivos 165 cm de altura, 86,2 kg

Informe Sí, al médico que continuará su asistencia ambulatoria.

Intervenciones Discuta con la paciente los motivos que tiene para querer perder peso. Trabaje con el dietista para determinar objetivos realistas y planificar un programa nutricional basado en la pirámide de la guía de los alimentos. Enseñe a la paciente la relación entre ingesta dietética, consumo de calorías con el ejercicio y el metabolismo, y peso. Anime a la paciente a aceptarse a sí misma como persona, tal y como es, y a perder peso por su salud y bienestar. Discuta estrategias para afrontar los sentimientos de formas distintas a comer en exceso. Discuta motivos para comer que no se relacionen con el hambre. Fomente una actividad física creciente al nivel de capacidad de la paciente. Establezca

objetivos realistas para perder peso, incluyendo una discusión de los aumentos y disminuciones esperados del peso debido a los cambios hormonales y las fluctuaciones dietéticas y de la actividad física. Fomente una ingestión adecuada de líquidos. Discuta el uso de alimentos como medida de bienestar.

Verificación 20/08/07 La paciente expresa su interés en perder peso. El IMC es 31,7. Se discuten estrategias para el cambio de conducta. Pediré que participen el dietista y el médico. D. King, DUE.

Capítulo 15

RESPUESTAS DEL NCLEX-PN®

1. (1) Su primera acción sería notificarlo al médico lo antes posible. La segunda acción sería tomar los signos vitales del paciente y valorar un origen de la confusión, incluyendo la hora del último analgésico y resultados de laboratorio recientes, como elevación del BUN. No suspendería el analgésico, porque el dolor podría ser el origen de la confusión. Enviar una muestra de orina al laboratorio precisa la orden de un médico.

2. (4) El trastorno confusional es impredecible y difiere en cada paciente. Es imposible decir a la familia del paciente cuánto durará la confusión. Algunos casos desaparecen en días y otros tardan semanas o meses.

3. (3) Los síntomas de trastorno confusional fluctúan. Esta es una de las diferencias cardinales entre el trastorno confusional y la demencia. Ambos trastornos tienen problemas de deterioro de la memoria y posiblemente afasia. La demencia aparece gradualmente, y el trastorno confusional aparece de repente.

4. (2) La mejor técnica para proteger al paciente es animar a un familiar que se quede en la habitación. Los fármacos psicotrópicos y las sujeciones físicas con frecuencia hacen que el paciente esté más agitado y confuso. Dejar bajadas las barras laterales sin nadie vigilando sería una opción inadecuada esta situación y podría estar contra la política de su centro.

5. (1) La agnosia es la imposibilidad de reconocer un objeto común familiar, lo que lleva al paciente a utilizar inadecuadamente el objeto. La afasia indicaría un problema con el lenguaje. La apraxia es el deterioro de la capacidad de realizar una actividad motora. El trastorno de la función ejecutiva indica incapacidad de utilizar pensamiento abstracto.

6. (3) Tener un padre o un hermano con EA es un factor de riesgo definido, aunque no hay ninguna forma de predecir positivamente la aparición de la enfermedad. Incluso el estudio genético no puede predecir de forma definitiva la EA. Ser mujer es un posible factor de riesgo.

7. (1) El paciente con trastorno confusional o con demencia tarda un tiempo en procesar lo que se le dice. Por lo tanto, es crítico que repita lo que ha dicho al menos tres veces, utili-



zando las mismas palabras exactas. Si cambia las palabras el paciente volverá y comenzará de nuevo todo el procesamiento. Debe tener paciencia. Amenazar al paciente aumentará la ansiedad del paciente e incrementará el tiempo de procesamiento.

8. (3) Al reconocer la situación ansiosa de la paciente y ofrecerle ayuda para buscar el objeto perdido, está validando sus sentimientos y, por lo tanto, su valor. Sería inútil intentar convencer a la paciente de que usted no ha ocultado nada. Su oferta de ayudarla le hace que se siente importante. Desplazar la sospecha a otra persona podría preparar a la paciente para una reacción catastrófica.

9. (4) Deje que la paciente lleve la muñeca. Si el paciente con EA quiere hacer algo que no producirá ningún perjuicio a sí mismo y a los demás, se debe permitir. Dejar la muñeca en la habitación o con otra persona podría aumentar la ansiedad de la paciente. Esto podría ser también una fuente de negativa a bañarse, tanto ahora como en el futuro.

10. (3) Pidiendo a la paciente que recordara cosas de sus hijos está animando a la paciente a que vuelva en su mente a un momento en el que sus hijos eran pequeños. Esto le permite «irse a casa» mentalmente cuando es imposible volver físicamente. Intentar orientar a la paciente a su realidad aumentaría la ansiedad y posiblemente generaría una reacción catastrófica.

INDICACIONES DEL PLAN ASISTENCIAL

1. Peter temía por la seguridad de Blanche. Estaba dejando de dormir y agotándose. Se dio cuenta de que estaba perdiendo la paciencia con ella. Si Blanche hubiera tenido que seguir en casa, Peter habría tenido que contratar a alguien para que le ayudara a atenderla, especialmente por la noche. Habría tenido que aplicar medidas de seguridad en el domicilio para evitar que saliera al exterior.
2. Estos diagnósticos de enfermería son prioritarios, porque se relacionan con las necesidades humanas primarias que actúan como base de la jerarquía de las necesidades de Maslow (necesidades fisiológicas, y después necesidades de seguridad y garantía).
3. Peter debería saber que Blanche finalmente perdería la capacidad de utilizar el lenguaje y no podría expresar sus necesidades. Tendría que aprender a tratar la incontinencia total y a prestar la asistencia física total, incluyendo alimentación, baño y vestido. Habría que informarle sobre métodos de comunicación y relación con Blanche y cómo reconocer el estrés del cuidador en él mismo. Debería estar preparado para reconocer métodos para prevenir las reacciones catastróficas y cómo responder a ellas si se produjeran. La Asociación de Alzheimer sería un recurso útil, y debería solicitar cuidados de apoyo domiciliarios y formar parte de un grupo de apoyo de Alzheimer.

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Datos subjetivos La esposa afirma que el paciente toma varios fármacos de venta sin receta para la congestión nasal, la molestia digestiva y cefaleas ocasionales. El paciente afirma: «No sé qué hacer».

Datos objetivos El neurólogo ha prescrito varios fármacos. El internista ha prescrito varios fármacos. El urólogo ha prescrito varios fármacos. El paciente ha tenido un cambio súbito del estado mental. Los síntomas son variables; a veces está orientado y a veces no. El paciente es incapaz de bañarse, lo que sí podía hacer antes de este episodio.

Informe Sí, al médico.

Intervenciones Oriente al paciente sobre la realidad. Haga una lista de todos los fármacos que esté tomando el paciente, con receta y de venta sin receta. Ayude al paciente con las AVD mientras tenga confusión aguda. Coloque cerca de la cama los objetos personales de uso habitual para que los pueda alcanzar fácilmente. Utilice palabras y frases sencillas. Preséntese a usted mismo siempre que entre en la habitación. Anime a un familiar que se quede con el paciente cuando sea posible.

Verificación 12/07/07 El paciente ha ingresado con confusión de inicio súbito. Está orientado en cuanto a persona de forma intermitente. Desorientado continuamente en cuanto a tiempo y lugar. Tiene recetas de tres médicos diferentes, además de automedicarse con fármacos de venta sin receta. Se hace una lista con todos los fármacos y se entrega al médico de atención primaria. Ayudaré al paciente con las AVD cuando sea necesario y ofreceré un entorno seguro. Animo a la familia a que se quede con el paciente cuando pueda. El hijo ha estado a la cabecera del paciente esta mañana. Melissa Presley, DUE.

Capítulo 16

RESPUESTAS DEL NCLEX-PN®

1. (3) Es evidente, según los comentarios de la esposa, que su conocimiento del maltrato es que es físico. Hasta que reconozca que el maltrato también puede ser emocional o psicológico, no se dará cuenta de que ella y su marido deben solicitar ayuda para mejorar su relación.
2. (2) La violencia es un problema complejo relacionado con multitud de factores. No es simplemente una cosa la que lleva a un agresor a utilizar la violencia como respuesta a una situación actual.
3. (1) Es importante que los pacientes se den cuenta de que el maltrato no respeta a personas, culturas y niveles socioeconómicos. Es un problema a todos los niveles. Usted puede querer averiguar por qué el hombre sospecha que su hija está siendo maltratada después de tranquilizarle de que incluso los profesionales pueden ser agresores.
4. (4) Debido a la duración de la situación de maltrato, es posible que el hijo de la paciente llegue a ser él mismo un



maltratador cuando llegue a adulto. La madre debe ser consciente de que puede tener que recibir ayuda para su hijo para resolver problemas debidos a haber sido testigo y haber experimentado maltrato, para que no se repita el ciclo.

5. (1) La fase de «luna de miel» después de un episodio de maltrato es frecuente. Lo que describe esta mujer es una respuesta habitual del maltratador cuando el maltrato es una conducta nueva. Aun cuando la esposa pueda no aceptar lo que usted diga, usted tiene la responsabilidad de informarle de la posibilidad de que se repita esta conducta. Cuanto más se repita el maltrato, menos períodos de remordimiento habrá y más violenta llegará a ser la conducta.

6. (2) Todos los estados tienen leyes que exigen que notifique su sospecha de maltrato infantil a las autoridades correspondientes. En muchos casos es la unidad de protección infantil del departamento local de servicios sociales. El trabajador social investigará y, cuando esté justificado, implicará a la policía local. El personal de enfermería también lo debe notificar al supervisor, pero el profesional de enfermería es quien tiene la responsabilidad de denunciar el maltrato.

7. (3) Las otras conductas que se describen aquí son conductas o preguntas perfectamente normales para esos grupos de edad. Para un lactante, tener lesiones herpéticas recurrentes en la boca sería indicativo de abuso sexual. Esto podría indicar que un agresor que tenían herpes genital estaba poniendo el pene en la boca del niño, infectando de esta manera al lactante con una enfermedad de transmisión sexual.

8. (4) Las observaciones que ha hecho indican abandono, que es claramente una forma de maltrato de ancianos. La mayoría de los estados tienen leyes que obligarían al profesional de enfermería a informar de la situación a las autoridades correspondientes. Podría ser un defensor que habitualmente es contratado por una agencia local de atención a los ancianos. La oficina local de servicios sociales puede tener una división de servicios de protección de adultos con un asistente social asignado sólo a pacientes ancianos. En este caso se realizaría el informe para ese asistente social, para que realizara el seguimiento.

9. (3) Comenzar el proceso de resolución del duelo sería una buena solución a corto plazo. El reinicio de las relaciones sociales y el estilo de vida habituales sería un resultado a más largo plazo. La mejor respuesta aquí sería que la paciente empezara a dar los pasos que le llevarán a reconocer y comenzar el proceso de afrontamiento del duelo. El duelo siempre se asocia a pérdida, y la violación claramente produce sensación de pérdida en la víctima. Negarse a discutirlo sería una forma de negación y no sería beneficioso para el proceso de duelo.

10. (1, 3, 5) El profesional de enfermería debe considerar su propia seguridad durante esta situación. El personal de enfermería nunca debe dejar que un paciente agresivo o impredecible bloquee la vía de salida. Entretanto, el profesional de enfermería también podría querer hablar con el paciente tranquilamente y en un tono de voz más bajo que el que utiliza el paciente, para intentar quitar agresividad a su conducta. El profesional de enfermería debe permanecer fuera del espacio personal del paciente

y no debe caminar hacia el paciente, sino que debe estar hacia un lado, dando al paciente indicaciones concretas de lo que debe hacer. El paciente se puede ver superado y necesita guía para tener una conducta adecuada. Aunque posteriormente podrían ser necesarios fármacos, se deben intentar primero otros métodos para calmar la conducta agresiva.

INDICACIONES DEL PLAN ASISTENCIAL

1. Es difícil que los profesores de enfermería atiendan objetivamente a pacientes que realizan conductas que los profesionales de enfermería no aprueban.
2. Todavía no se ha demostrado que el marido sea culpable. Sin embargo, puede ser más sencillo si un profesional de enfermería atiende a la paciente y otro está disponible para el marido.
3. El profesional de enfermería no puede iniciar legalmente una investigación criminal del marido sin el consentimiento de la paciente.

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Datos subjetivos El paciente afirma: «Intentan secarme hasta matarme». El paciente afirma: «No sé qué hacer».

Datos objetivos El paciente está inquieto, moviéndose primero en la cama y después paseando por la habitación. Tiene los puños apretados. Habla en voz alta. El paciente tiene un antecedente de empujar a un cuidador del hogar del grupo es el que vive. El paciente mira alrededor, como si pudiera ver cosas que no están presentes en la habitación.

Informe Sí, al profesional de enfermería responsable (el médico ya lo sabe).

Intervenciones Actúe de forma tranquila y confiada. Hable con un tono tranquilo. Pregunte al paciente si quiere beber agua. Esté cerca de la puerta en la habitación del paciente. Manténgase fuera del alcance del paciente. Diga al paciente que el médico llegará en aproximadamente 15 minutos para ver qué puede hacer para ayudarlo. Tranquilece al paciente de que está seguro en el hospital. Diga al paciente que usted es el profesional de enfermería y está ahí para ayudarlo. Pregunte al paciente si necesita algo. Diga al paciente: «Creo que debería volver a la cama hasta que llegue el médico».

Verificación 17/08/07 0900 El paciente está agitado, habla en voz alta y tiene los puños apretados. Tiene pensamiento delirante sobre demonios que vienen a por él. Se ha notificado al médico. Tranquilizaré al paciente hasta que llegue el médico. Suma Hedge, DUE.

Capítulo 17

RESPUESTAS DEL NCLEX-PN®

1. (2) La mejor respuesta sería reconocer la ansiedad del paciente, y después animarle a expresar sus sentimientos. La



primera respuesta no aborda el origen de su ansiedad ni permite que el paciente exprese sus preocupaciones. Si la ansiedad que suficientemente intensa, los fármacos pueden no ser útiles. Aunque sería útil saber lo que le ayuda a dormir en su casa, no tiene el mismo tipo de situación en su domicilio. La última respuesta minimiza sus preocupaciones, por lo que el profesional de enfermería no tiene que afrontarlas.

2. (1) Este paciente está alcanzando un estado de ansiedad grave y se le debe proteger de un deterioro de la conducta en el que se podría lesionar a sí mismo o podría lesionar a otras personas. Aunque su situación respiratoria es muy importante, hay datos de que es estable en este momento. Esta es una situación en la que el profesional de enfermería debe abordar primero los problemas de seguridad y garantía, siempre que no haya síntomas ni signos de dificultad respiratoria aguda. Tranquilizarle de que no va a morir niega sus sentimientos sin abordarlos. No se debe dejar solo al paciente con ansiedad aguda. Los fármacos pueden ser adecuados, aunque no deben ser su primera respuesta.

3. (4) Un diagnóstico de enfermedad crónica puede ser devastador para cualquiera de estos pacientes. Sin embargo, la mujer soltera de 55 años de edad parece carecer de sistema de apoyo y ha sido testigo directo de la devastación de una enfermedad crónica. A los 55 años está próxima a la jubilación y también puede sentir ausencia de sentido de realización en su vida. El varón de 25 años de edad tiene esposa y un trabajo sólido. La mujer de 35 años de edad ya ha mostrado buenas capacidades de afrontamiento. El paciente de 70 años de edad también tiene una esposa que le apoya y puede tener la sensación de que a los 70 años cabe esperar una enfermedad crónica, y puede tener experiencia para aceptar el diagnóstico sin demasiado estrés.

4. (3) El profesional de enfermería debe identificar métodos de afrontamiento que hayan sido útiles para el paciente y debe ver si alguno de estos métodos sería adecuado en la situación actual. Los grupos de apoyo podrían ser adecuados más adelante, pero no en este momento. No le corresponde al profesional de enfermería aconsejar al paciente lo que debe hacer. El profesional de enfermería debe dar opciones y permitir que el paciente tome la decisión. Hacer lo contrario únicamente aumenta su sensación de impotencia.

5. (2) El profesional de enfermería se debe centrar y debe animar al paciente a que se centre en el presente. El pasado y el futuro no son consideraciones importantes en este momento.

6. (3) El profesional de enfermería debe tener sus ojos al nivel de los del paciente. Sentarse indica que el profesional de enfermería tiene tiempo para escuchar. La cortina corrida indica la preocupación por la privacidad del paciente. Estar de pie indica que el profesional de enfermería tiene poco tiempo, y los brazos cruzados podrían emitir el mensaje de una mente cerrada. Moverse por la unidad comunica al paciente que el profesional de enfermería tiene otras cosas que hacer aparte de escucharle. Interpretar las afir-

maciones del paciente no da realmente tiempo al profesional de enfermería para escuchar lo que el paciente está diciendo.

7. (1) La primera respuesta valida la ira de la paciente. También da a la paciente una idea de cómo afrontar sus sentimientos. Este es el elemento más crítico en este momento. Aunque en el futuro le podría ayudar una discusión sobre su pérdida con alguien a quien se le hubiera realizado una intervención similar, ahora no es el momento. Las últimas dos respuestas minimizan la ira que siente.

8. (2) El objetivo para la ira es que el paciente reconozca sus sentimientos y empiece a trabajar en la resolución constructiva de problemas para aliviar el origen de la ira. Al no mostrar ira, el paciente puede estar ocultando la ira y guardarla dentro de sí únicamente para manifestarla en una fecha posterior. Negar la ira no significa que ya no esté allí. Hablar en voz alta, pero no de forma violenta, sigue sin equivaler a afrontar el problema de la ira.

9. (3) Los pacientes pasivos-agresivos no expresan sus sentimientos sobre el tratamiento prescrito. Por lo tanto, el paciente estará de acuerdo en ir, aunque lo retrasará innecesariamente hasta que sea demasiado tarde para participar.

10. (1) Siempre se debe hacer que los pacientes manipuladores sean responsables de su conducta y sus comentarios. En lugar de permitir que el paciente divida al personal, se debe animar al paciente a que discuta sus quejas con la persona adecuada. Podría ser el supervisor de noche o el profesional de enfermería a cargo, no el supervisor de día. El profesional de enfermería nunca debe dejar que el paciente alabe a un turno o a un profesional de enfermería y no a los demás. Negar la preocupación de un paciente nunca es adecuado.

INDICACIONES DEL PLAN ASISTENCIAL

1. La American Cancer Society tiene voluntarios que visitan a los pacientes. Otras muchas agencias que representan a pacientes con enfermedades potencialmente mortales o difíciles de tratar también tienen voluntarios. Son buenas fuentes de información sobre estos recursos la guía de teléfonos y médicos especializados en el área correspondiente. Por ejemplo, un cirujano ortopédico puede conocer a alguien que está afrontando bien una amputación y que podría visitar a un paciente.
2. Gastar mucho tiempo y energía culpando a los demás por la enfermedad puede desviar al paciente de una recuperación saludable.
3. Un grupo de apoyo incluye a personas que comparten una experiencia difícil. Los miembros pueden compartir estrategias que les han ayudado, plantear preguntas sobre cómo resolver problemas realistas y compartir sentimientos que sólo comprenden las personas afectadas. Se puede ver más información sobre los grupos de apoyo en el cuadro 17-4 de «Asistencia comunitaria».



PROTOCOLO ASISTENCIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Datos subjetivos El paciente afirma: «Usted es la única persona que realmente me comprende». El paciente afirma: «Los otros profesionales de enfermería nunca me dan suficientes analgésicos. No parecen preocuparse». El paciente afirma: «¿Me hará el favor de dármelo pronto sólo esta vez?» Afirma: «Voy a dar una docena de rosas y 100 dólares a todos los profesionales de enfermería que me cuiden bien». El paciente dijo al médico que los profesionales de enfermería no se preocupan por él. El paciente dijo a los profesionales de enfermería que él no le gusta al médico.

Datos objetivos El paciente solicita analgésicos cada hora; PA 120/80, T 37,1 °C (timpánica), P 80, R 12; responde bien a la fisioterapia, deambula con un andador; duerme 8 horas por noche en el hospital; pulsos periféricos palpables e intensos bilateralmente.

Informe Sí, al médico y al profesional de enfermería responsable.

Intervenciones Valore el dolor del paciente. Asigne siempre el mismo personal a este paciente. Cambie el régimen posológico desde el tratamiento a demanda hasta un régimen regular de meperidina 75 mg i.m. cada 4 horas. Diga al

paciente que se le va a dar el analgésico de forma programada cada 4 horas. No es necesario que lo pida. El médico le visita a diario y puede modificar la dosis si es necesario. Ofrezca intervenciones no farmacológicas para el alivio del dolor. Anime al paciente a que exprese sus sentimientos. Diga al paciente: «Me preocupo por usted. Le ayudaré a aprender a comunicarse con nosotros directamente. Es una habilidad que debe desarrollar». Mantenga una reunión del personal sobre el paciente y elabore un plan asistencial que siga todo el mundo de forma constante. Incluya al paciente en la planificación. Si el paciente se queja sobre los miembros del personal, tome en serio sus preocupaciones y valore cada situación objetivamente. Dé al paciente refuerzo positivo cuando pida ayuda de forma asertiva, sin manipulaciones.

Verificación 22/07/07 El paciente solicita analgésicos cada hora. Deambula sin dificultad con el andador, duerme bien, signos vitales estables. Pulsos periféricos palpables e intensos. Piel caliente y seca. Incisión bien aproximada, sin exudado. Buena circulación, movimiento y sensibilidad en los dedos de los pies. Muchas quejas sobre el personal. Ofrece regalos. Se ha programado una conferencia sobre este caso para esta tarde. Florence Wren, DUE.

Apéndice II

Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

<i>Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético espectro continuo de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).</i>			50	Síntomas graves (p.ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) O cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar
Código	(Nota: Se deben utilizar códigos intermedios cuando proceda, p. ej., 45, 68, 72.)		41	(p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
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.		40	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) O alteración importante en varias áreas como el trabajo
91	Sin síntomas.		31	escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
90	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz,			
81	generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).		30	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones O existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada,
80	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar);		21	preocupación suicida) O incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
71	sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).		20	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maniaca) U ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima
70	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) O alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o		11	(p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
61	robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.		10	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) O incapacidad persistente
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., pocos amigos,		1	para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
51	conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).		0	Información inadecuada.

La evaluación de la actividad psicosocial general en una escala de 0-100 fue operativizada por Luborsky en la Health-Sickness Rating Scale (Luborsky, L., "Clinicians' Judgment of Mental Health," *Archives of General Psychiatry*, 7, 407-417, 1962). Spitzer y cols. desarrollaron una revisión de la Health-Sickness Rating Scale denominada Global Assessment Scale (GAS) (Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., Cohen, J., "The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance." *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771, 1976). Una versión modificada del GAS fue incluida en el DSM-III con el nombre de Global Assessment of Functioning (GAF) Scale. [Utilizado con autorización - American Psychiatric Association.]



Apéndice III

Diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA

Abandono	Cansancio en el desempeño del rol cuidador
Abandono unilateral	Riesgo de cansancio en el desempeño del rol cuidador
Actividades recreativas	Capacidad adaptativa
Déficit de actividades recreativas	Capacidad adaptativa intracraneal disminuida
Aflicción	Comunicación
Aflicción crónica	Disposición para mejorar la comunicación
Afrontamiento	Deterioro de la comunicación verbal
Afrontamiento ineficaz de la comunidad	Conducta del lactante
Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad	Conducta desorganizada del lactante
Afrontamiento defensivo	Riesgo de conducta desorganizada del lactante
Afrontamiento familiar afectado	Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante
Afrontamiento familiar incapacitante	Conductas sobre la salud
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	Conducta que pone en riesgo la salud
Disposición para mejorar el afrontamiento individual	Conductas generadoras de salud (especificar)
Afrontamiento ineficaz	Conflicto de rol
Aislamiento social	Conflicto de rol parental
Ansiedad	Confusión
Ansiedad ante la muerte	Confusión aguda
Asfixia	Confusión crónica
Riesgo de asfixia	Riesgo de confusión aguda
Aspiración	Conocimientos
Riesgo de aspiración	Conocimientos deficientes (especificar)
Autoconcepto	Disposición para mejorar los conocimientos (especificar)
Disposición para mejorar el autoconcepto	Contaminación
Autocuidado	Riesgo de contaminación
Disposición para mejorar el autocuidado	Crecimiento
Autoestima	Riesgo de crecimiento desproporcionado
Baja autoestima crónica	Crecimiento y desarrollo
Baja autoestima situacional	Retraso en el crecimiento y desarrollo
Riesgo de baja autoestima situacional	Deambulación
Automutilación	Deterioro de la deambulación
Riesgo de automutilación	Déficit del autocuidado
Bienestar	Déficit del autocuidado: baño/higiene
Disposición para mejorar el bienestar	Déficit del autocuidado: vestido/escalamiento
Bienestar espiritual	Déficit del autocuidado: alimentación
Disposición para mejorar el bienestar espiritual	Déficit del autocuidado: uso del WC
Caídas	Deglución
Riesgo de caídas	Deterioro de la deglución
Campo de energía	Dentadura
Perturbación del campo de energía	Dentadura deteriorada



Deprivación de sueño
Desarrollo
 Riesgo de retraso del desarrollo
Desempeño de roles
 Desempeño de rol ineficaz
Desesperanza
Diarrea
Dignidad humana
 Riesgo de deterioro de la dignidad humana
Disfunción neurovascular
 Riesgo de disfunción neurovascular periférica
Disfunción sexual
Disreflexia
 Disreflexia autónoma
 Riesgo de disreflexia autónoma
Dolor
 Dolor agudo
 Dolor crónico
Duelo
 Duelo complicado
 Riesgo de duelo complicado
Ejercicio
 Intolerancia al ejercicio
 Riesgo de intolerancia al ejercicio
Eliminación urinaria
 Deterioro de la eliminación urinaria
 Disposición para mejorar la eliminación urinaria
Envenenamiento
 Riesgo de envenenamiento
Equilibrio del volumen de líquidos
 Disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos
Esperanza
 Disposición para mejorar la esperanza
Estado de vacunación
 Disposición a mejorar el estado de vacunación
Estilo de vida
 Estilo de vida sedentario
Estreñimiento
 Estreñimiento subjetivo
 Riesgo de estreñimiento
Fatiga
Función hepática
 Riesgo de deterioro de la función hepática
Función intestinal
 Incontinencia fecal
Gasto cardíaco
 Disminución del gasto cardíaco

Glucemia
 Riesgo de glucemia inestable
Habilidad para la traslación
 Deterioro de la habilidad para la traslación
Hipertermia
Hipotermia
Identidad
 Trastorno de la identidad personal
Imagen corporal
 Trastorno de la imagen corporal
Impotencia
 Riesgo de impotencia
Incapacidad para mantener el desarrollo
 Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo
Incontinencia urinaria
 Incontinencia urinaria funcional
 Incontinencia urinaria por rebosamiento
 Incontinencia urinaria refleja
 Incontinencia urinaria de esfuerzo
 Incontinencia urinaria total
 Incontinencia urinaria de urgencia
 Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia
Incumplimiento del tratamiento (especificar)
Infección
 Riesgo de infección
Insomnio
Integridad cutánea
 Deterioro de la integridad cutánea
 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
Integridad tisular
 Deterioro de la integridad tisular
Interacción social
 Deterioro de la interacción social
Intercambio gaseoso
 Deterioro del intercambio gaseoso
Lactancia materna
 Lactancia materna eficaz
 Lactancia materna ineficaz
 Interrupción de la lactancia materna
Lesión
 Riesgo de lesión
Lesión perioperatoria
 Riesgo de lesión perioperatoria
Limpieza de las vías aéreas
 Limpieza ineficaz de las vías aéreas
Manejo del régimen terapéutico
 Manejo ineficaz del régimen terapéutico en la comunidad
 Manejo eficaz del régimen terapéutico



Manejo del régimen terapéutico (*cont.*)

Manejo ineficaz del régimen terapéutico familiar

Manejo ineficaz del régimen terapéutico

Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico

Mantenimiento del hogar

Deterioro en el mantenimiento del hogar

Memoria

Deterioro de la memoria

Moral

Sufrimiento moral

Movilidad

Deterioro de la movilidad en la cama

Deterioro de la movilidad física

Deterioro de la movilidad en silla de ruedas

Mucosa oral

Deterioro de la mucosa oral

Náusea

Negación

Negación ineficaz

Nutrición

Desequilibrio nutricional por defecto

Desequilibrio nutricional por exceso

Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso

Disposición para mejorar la nutrición

Patrón de alimentación del lactante

Patrón de alimentación ineficaz del lactante

Patrón respiratorio

Patrón respiratorio ineficaz

Patrones sexuales

Patrones sexuales ineficaces

Percepción sensorial

Trastorno de la percepción sensorial visual (especificar)

Trastorno de la percepción sensorial auditiva (especificar)

Trastorno de la percepción sensorial cinestésica (especificar)

Trastorno de la percepción sensorial gustativa (especificar)

Trastorno de la percepción sensorial táctil (especificar)

Trastorno de la percepción sensorial olfatoria (especificar)

Perfusión tisular

Perfusión tisular renal ineficaz (especificar)

Perfusión tisular cerebral ineficaz (especificar)

Perfusión tisular cardiopulmonar ineficaz (especificar)

Perfusión tisular gastrointestinal ineficaz (especificar)

Perfusión tisular periférica ineficaz (especificar)

Poder

Disposición para mejorar el poder

Procesos familiares

Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo

Interrupción de los procesos familiares

Disposición para mejorar los procesos familiares

Procesos del pensamiento

Trastorno de los procesos del pensamiento

Protección

Protección ineficaz

Recuperación quirúrgica

Retraso en la recuperación quirúrgica

Religiosidad

Deterioro de la religiosidad

Disposición para mejorar la religiosidad

Riesgo de deterioro de la religiosidad

Respiración

Deterioro de la respiración espontánea

Respuesta alérgica

Respuesta alérgica al látex

Riesgo de respuesta alérgica al látex

Respuesta al destete del ventilador

Respuesta disfuncional al destete del ventilador

Retención urinaria

Rol parental

Deterioro parental

Disposición para mejorar el rol parental

Riesgo de deterioro parental

Síndrome de desuso

Riesgo de síndrome de desuso

Síndrome de estrés del traslado

Riesgo de síndrome de estrés del traslado

Síndrome de interpretación del entorno

Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno

Síndrome de muerte súbita del lactante

Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante

Síndrome postraumático

Riesgo de síndrome postraumático

Síndrome traumático de la violación

Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta

Síndrome traumático de violación: reacción silenciosa

Sobrecarga de estrés

Soledad

Riesgo de soledad

Sueño

Disposición para mejorar el sueño

Sufrimiento espiritual

Riesgo de sufrimiento espiritual



- Suicidio
 - Riesgo de suicidio
- Temor
- Temperatura corporal
 - Riesgo de desequilibrio de la temperatura
- Termorregulación
 - Termorregulación ineficaz
- Toma de decisiones
 - Disposición para mejorar la toma de decisiones
 - Conflicto de decisiones (especificar)
- Traumatismo
 - Riesgo de traumatismo
- Vagabundeo

- Vinculación
 - Riesgo de deterioro de la vinculación, padres
 - Riesgo de deterioro de la vinculación, lactante
 - Riesgo de deterioro de la vinculación, hijo
- Violencia
 - Riesgo de violencia dirigida a otros
 - Riesgo de violencia autodirigida
- Volumen de líquidos
 - Déficit de volumen de líquidos
 - Riesgo de déficit de volumen de líquidos
 - Exceso de volumen de líquidos
 - Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos

Bibliografía y recursos

CAPÍTULO 1

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Carson, V. B. (2000). *Mental health nursing: The nurse patient journey* (2nd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Frisch, N. C., & Frisch, L. E. (2006). *Psychiatric mental health nursing* (3rd ed.). Albany: Delmar.
- National Institute of Mental Health. (2006). *The numbers count: Mental disorders in America*. (NIMH Pub. No. 06-4584). Washington, DC: Author. Retrieved July 30, 2006, from <http://www.nimh.nih.gov/healthinformation/>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Mental Health Information Center. (2003). *Homelessness*. Washington, DC: Author. Retrieved July 30, 2006, from <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/Homelessness/>
- Torrey, E. F. (1997). *Out of the shadows: Confronting America's mental illness crisis*. New York: John Wiley & Sons.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010: National health promotion and disease prevention objectives*. Washington, DC: Author.

CAPÍTULO 2

- Aiken, T. D., & Catalano, J. T. (1994). *Legal, ethical, and political issues in nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- American Nurses' Association. (2001). *Code for nurses with interpretive statements*. Washington, DC: Author.
- Bill of Rights for Mental Health Patients*. Mental Health Systems Act of 1980. Title II, Public Law 99-319.
- Guido, G. W. (2006). *Legal and ethical issues in nursing* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Johnson, M. E. (1998). Being restrained: A study of power and powerlessness. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(3), 191.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2005). *Restraint and seclusion standards for behavioral health*. Retrieved October 3, 2006, from <http://www.jointcommission.org/accreditationprograms/hospitals/standards/FAQ>
- Meehan, T., Bergen, H., & Fjeldsoe, K. (2004). Staff and patient perceptions of seclusion: Has anything changed? *Journal of Advanced Nursing*, 47, 33-38.
- National Federation of Licensed Practical Nurses. (2003). *Nursing practice standards for the licensed practical/vocational nurse*. Garner, NC: Author.
- National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care*. Final Report by Office of Minority Health. (2001). Washington, DC: Office of Public Health and Science, USDHSS.
- Office of Minority Health. (2001). *National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care. Final report*. Washington, DC: Office of Public Health and Science.
- Sailas, E. A., Wahlbeck, K., & Lie, D. (2005). Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(5), 555-559.

- Sheline, Y., & Nelson, T. (1993). Patient choice: Deciding between psychotropic medication and physical restraints in an emergency. *Bulletin of the American Academy of Psychiatric Law*, 21, 321-329.
- Steele, S. M., & Harmon, V. M. (1979). *Values clarification in nursing*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed.). St. Louis, Mosby.
- Torrey, E. F. (1997). *Out of the shadows: Confronting America's mental illness crisis*. New York: John Wiley & Sons.
- Townsend, M. C. (2006). *Essentials of psychiatric mental health nursing* (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

CAPÍTULO 3

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Carson, V. B. (2000). *Mental health nursing: The nurse patient journey* (2nd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1980). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square.
- Friedman, H. S., & Schustack, M. W. (1999). *Personality: Classical theories and modern research*. Boston: Allyn and Bacon.
- Gardner, H. (1999). *Intelligence reframed. Multiple intelligences for the 21st century*. New York: Basic Books.
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2004). *Transcultural nursing assessment and intervention* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Hockenberry, M. J. (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Maslow, A., & Lowery, R., Ed. (1998). *Toward a psychology of being* (3rd ed.). New York: Wiley & Sons.
- Peplau, H. E. (1989). Future directions in psychiatric nursing from the perspective of history. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27(2), 18-28.

CAPÍTULO 4

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Beattie, M. (1992). *Codependent no more. How to stop controlling others and start controlling yourself*. New York: MJF Books.
- Bunner, K., & Yonge, O. (2006). Boundaries and adolescent residential treatment settings: What clinicians need to know. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 44(9), 38-40.
- Frisch, N. C., & Frisch, L. E. (2006). *Psychiatric mental health nursing* (3rd ed.). Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
- Hess, A. K. (2005). Ensure a long and safe career. *American Journal of Nursing*, 105(6), 96.
- Leininger, M. (1985). Transcultural care: Diversity and universality. *Nursing & Health Care*, 6(4), 208-212.



- Leininger, M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing concepts, theories, research, & practice* (3rd ed.). Andover, MA: McGraw-Hill.
- Lopez, R. P. (2007). Suffering and dying nursing home residents: Nurses' perceptions of the role of family members. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 9(3), 141–149.
- Malach-Pines, A. (2000). Nurses' burnout: An existential psychodynamic perspective. *Journal of Psychosocial Nursing*, 38(2), 23–31.
- Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.
- Roach, M. (1987). *The human act of caring*. Ottawa: Canadian Hospital Association.
- Snow, C., & Willard, D. (1989). *I'm dying to take care of you*. Redmond, CA: Professional Counselor Books.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown.
- Zerwekh, J., & Claborn, J. C. (2006). *Nursing today: Transitions and trends* (5th ed.). New York: Elsevier.

CAPÍTULO 5

- Eckroth-Bucher, M. (2001). Philosophical basis and practice of self-awareness in psychiatric nursing. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39, 32.
- Fortinash, K. M., & Holoday Worret, P. A. (2004). *Psychiatric mental health nursing* (3rd ed.). St. Louis: Mosby-Elsevier.
- Frisch, N. C., & Frisch, L. E. (2005). *Psychiatric mental health nursing: Understanding the client as well as the condition* (3rd ed.). Albany, NY: Delmar.
- Jourard, S. (1971). *The transparent self* (Rev. ed.). New York: Litton.
- Knapp, M. L. (1980). *Essentials of nonverbal communication*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam.
- Psychopathology Committee of the Group for the Advancement of Psychiatry. (2001). Reexamination of therapist self-disclosure. *Psychiatric Services*, 52, 1489–1493. Retrieved June 27, 2007, from <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/full/52/11/1489>
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed.). St. Louis: Mosby.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Varcarolis, E. M., Carson, V. B., & Shoemaker, N. C. (2006). *Foundations of mental health nursing* (5th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders-Elsevier.
- Walker, K., & Alligood, M. (2001). Empathy from a nursing perspective: Moving beyond borrowed theory. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15, 140.

CAPÍTULO 6

- Allen, K., Shykoff, B., & Izzo, J. L. Jr. (2001). Pet ownership, but not ACE inhibitor therapy, blunts home blood pressure responses to mental stress. *Hypertension*, 38, 815.
- Gonzales, C. A., Griffith, E. E. H., & Ruiz, P. (2001). Cross cultural issues in psychiatric treatment. In G. O. Gabbard (Ed.), *Treatment of psychiatric disorders* (3rd ed., pp. 47–70). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Hertig, V. (2004). Stress, stress response, and health. *Nursing Clinics of North America*, 39, 1–17.
- Kabat-Zinn, J. (1993). Meditation. In B. Moyers (Ed.), *Healing and the mind*. New York: Doubleday.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Porth, C. M. (2007). *Essentials of pathophysiology: Concepts of altered health states* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Roy, C. (1976). *Introduction to nursing: An adaptation model*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Salmon, P. (2000). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory. *Clinical Psychological Review*, 21(1), 33–61.
- Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers* (3rd ed.). New York: Henry Holt.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. Highstown, NJ: McGraw-Hill.
- Townsend, M. C. (2005). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care* (4th ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Varcarolis, E. M., Carson, V. B., & Shoemaker, N. C. (2005). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*. Philadelphia: W. B. Saunders.

CAPÍTULO 7

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T., Taylor, A., Craig, I., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386.
- Collins, F. (1999). Medical and societal consequences of the Human Genome Project. *New England Journal of Medicine*, 341, 28–37.
- Egan, M., Goldberg, T., Kolachana, B., Callicott, J., Mazzanti, Straub, R., Goldman, D., & Weinberger, D. (2001). The effect of COMT Val^{108/158} met genotype on frontal lobe function and risk for schizophrenia. *Proceedings of the National Academy of Sciences, U.S.A.*, 98, 6917.
- Keltner, N. L. (2000). Neuroreceptor function and psychopharmacological response. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 31.
- Keltner, N. L., Schwecke, L. H., & Bostrom, C. E. (2007). *Psychiatric nursing* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Kneisl, C. R., Wilson, H. S., & Trigoboff, E. (2004). *Contemporary psychiatric–mental health nursing*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed.). St. Louis: Mosby.
- Torrey, E. F. (2001). *Surviving schizophrenia: A manual for families, consumers, and providers* (4th ed.). New York: Quill, HarperCollins.
- Trigoboff, E., Wilson, B. A., Shannon, M. T., & Stang, C. L. (2005). *Prentice Hall psychiatric drug guide*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

CAPÍTULO 8

- Allison, D. B., & Casey, D. E. (2001). Antipsychotic-induced weight gain: A review of the literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl. 7), 22–31.
- Amador, X. (2001). *I am not sick, I don't need help! Helping the seriously mentally ill accept treatment*. Peconic, NY: Vida Press.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Cagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation* (2nd ed.). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Beebe, L. H. (2003). Health promotion in persons with schizophrenia: Atypical medications. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9(4), 115–122.

- Brown, T., Cooper, M. C., Crimmon, M. L., & Enderle, H. E. (2002). *Special report: Medication management considerations in schizophrenia* (pp. 1–21). Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation* 11(4), 11–19.
- Goff, D. C., & Coyle, J. T. (2001). The emerging role of glutamate in the pathophysiology and treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1367–1376.
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482–485.
- Keltner, N. L., Schwecke, L. H., & Boström, C. E. (2007). *Psychiatric nursing* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Kneisl, C. R., Wilson, H. S., & Trigoboff, E. (2004). *Contemporary psychiatric—mental health nursing*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Mills, J. (2000). Dealing with voices and strange thoughts. In C. Gamble & G. Brennan (Eds.), *Working with serious mental illness: A manual for clinical practice*. London: Bailliere Tindall.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2002). *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. London: National Institute for Clinical Excellence. Retrieved November 26, 2006, from http://guideline.gov/summary/summary.aspx?view_id=1&doc_id=5070
- O'Connor, F. W., & Delaney, K. R. (2007). The recovery movement: Defining evidence-based processes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3(21), 172–175.
- Ollendorf, D. A., Joyce, A. T., & Rucker, M. (2004, Jan. 20). Rate of new-onset diabetes among patients treated with atypical or conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Medscape General Medicine*, ejournal. Retrieved January 29, 2004, from <http://www.medscape.com/viewarticle/466800?mpid-23840>
- Rankin, E. A. (2000). *Quick reference for psychopharmacology*. Albany, NY: Delmar.
- Stahl, S. M. (2001). Dopamine system stabilizers, aripiprazole, and the next generation of antipsychotics, Part II: Illustrating their mechanism of action. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(12), 923–924.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed.). St. Louis: Mosby.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). Transforming mental health care in America. The federal action agenda: First steps. Retrieved June 28, 2007, from <http://www.samhsa.gov/federalactionagenda/NFC.intro.aspx>
- Torrey, E. F. (1997). *Out of the shadows: Confronting America's mental illness crisis*. New York: John Wiley.
- Torrey, E. F. (2001). *Surviving schizophrenia: A manual for families, consumers, and providers* (4th ed.). New York: Harper Collins.
- Townsend, M. C. (2006). *Nursing diagnoses in psychiatric nursing: Care plans and psychotropic medications* (5th ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Videbeck, S. L. (2004). *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- stimulation for medication-resistant depression. *Biological Psychiatry*, 59, 2, 187–194.
- Beck, A. T., & Rush, A. J. (2004). Cognitive therapy. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., vol. 2). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Bowden, C. L. (2003). *Improving bipolar outcomes across the life cycle*. Paper presented at American Psychiatric Association 156th Annual Meeting, Bipolar CME. Retrieved July 31, 2003, from http://www.medscape.com/viewprogram/2469_pnt
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T., Taylor, A., Craig, I., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386.
- Keltner, N. L., Schwecke, L. H., & Boström, C. E. (2007). *Psychiatric nursing* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Lurie, S. J., Gawinski, B., Pierce, D., & Rousseau, S. J. (2006). Seasonal affective disorder. *American Family Physician*, 74(9). Retrieved March 13, 2007, from <http://www.aafp.org/afp/20061101/1521.html>
- Mayo Clinic. (2007). Antidepressant patch Emsam approved by FDA. Retrieved February 24, 2007, from <http://www.mayoclinic.com/health/antidepressant/DI00057>
- Mendelowitz, A. J., Dawkins, K., & Lieberman, J. A. (2000). Antidepressants. In J. A. Lieberman & A. Tasman (Eds.), *Psychiatric drugs*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- National Alliance for Mental Illness. (2006). Study confirms that stigma still a barrier to psychiatric care. *NAMI Connection*. Retrieved March 1, 2007, from http://www.nami.org/Content/NavigationMenu/Whats_New43/The_NAMI_Connection/20065/Study_on_Stigma.htm
- National Institute of Mental Health. (2006). *Suicide in the U.S.: Statistics and prevention*. Washington, DC: Author.
- Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinions in Psychiatry*, 20(1), 17–22. Retrieved February 25, 2007, from http://www.medscape.com/viewarticle/550672_1
- Roach, M. J., Connors, A., Dawson, N., Wenger, N., Wu, A., Tsevat, J., Desbiens, N., Covinsky, K., & Schubert, D. (1998). Depressed mood and survival in seriously ill hospitalized adults. *Archives of Internal Medicine* 158, 397–404.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale: Recent evidence and development of a shorter form. *Clinical Gerontologist*, 5, 165–172.
- Sonne, S. C., & Brady, K. T. (1999). Substance abuse and bipolar comorbidity. *The Psychiatric Clinics of North America*, 22(3), 609–628.
- Spires, R. A. (2006). Depression in the elderly. RNWeb. Retrieved January 15, 2007, from <http://www.rnweb.com/rnweb/article/articleDetail.jsp?id=329133&searchString=depression>
- Stahl, S. (2005). *Essential psychopharmacology: The prescriber's guide*. Cambridge, United Kingdom: University of Cambridge.
- Stoner, S. C., & Dubisar, B. (2006). Psychotropics. RN, 69(7), 31–37.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed.). St. Louis: Mosby.
- U.S. Public Health Service. (1999). *The Surgeon General's call to action to prevent suicide*. Washington, DC: Author.
- World Health Organization. (2007). *Depression management*. Geneva: Author. Retrieved March 18, 2007, from http://www.WHO.int/mental_health/management/depression

CAPÍTULO 9

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Avery, D. H., Holtzheimer, P. E., III, Fawaz, W., Russo, J., Neumaier, J., Dunner, D. L., Haynor, D. R., Claypoole, K. H., Wajdik, C., & Roy-Byrne, P. (2006). The use of repeated transcranial magnetic

CAPÍTULO 10

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bohrer, G. J., & Haynes, L. (2005). Compulsive hoarding: Sign of a deeper disorder. *NurseWeek*, 6(15), 13–15.
- Davidson, R. J., Jackson, D. C., & Kalin, N. H. (2000). Emotion, plasticity, context and regulation: Perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, 126(6), 873–889.
- De Clercq, B., & De Fruyt, F. (2007). Childhood antecedents of personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 57–61.
- Limandri, B., & Boyd, M. A. (2005). Personality and impulse control disorders. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Miller, M. C. (Ed.). (2006). Borderline personality disorder: Treatment. *Harvard Mental Health Letter*, 20, 7.
- Millon, T., & Davis, R. (1999). *Personality disorders in modern life*. New York: John Wiley & Sons.
- Nathan, P., & Gorman, J. M. (2002). *A guide to treatments that work* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467–489.
- Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R. A., & Linehan, M. (2001). The application of dialectical behavioral therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*, 72(4), 307–324.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 89–101.

CAPÍTULO 11

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Antai-Otong, D. (2005). Current treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41, 12.
- Braun, C. A., & Anderson, C. M. (2007). *Pathophysiology: Functional alterations in human health*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carpenito-Moyer, L. J. (2006). *Handbook of nursing diagnosis* (11th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- National Institute of Mental Health. (2006). *Anxiety disorders*. Retrieved May 13, 2007, from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/anxiety.cfm#anx1>
- O'Toole, A., & Welt, S. (Eds.). (1989). *Interpersonal theory in nursing practice. Selected works of Hildegard E. Peplau*. New York: Springer.
- Rosenbaum, J. F., & Covino, J. W. (2005). Stress and resilience: Implications for depression and anxiety. Depression Expert Column Series. *Medscape Psychiatry & Mental Health*, 10(2). Retrieved May 21, 2007, from: <http://www.medscape.com/viewarticle/518761>
- Satcher, D., Delgado, P. L., & Masand, S. (2005). A surgeon general's perspective on the unmet needs of patients with anxiety disorders. *psychCME*. Retrieved April 10, 2007, from <http://www.medscape.com/viewprogram/4650>
- Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2005). *Psychiatric nursing care plans* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Stahl, S. M. (2005). *Essential pharmacology: The prescriber's guide*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Street, A., & Stafford, J. (2004). Military sexual trauma: Issues in caring for veterans. In E. B. Carlson et al., *The Iraq War clinician guide*. Washington, DC: United States Department of Veterans' Affairs, National Center for Posttraumatic Stress Disorder. Retrieved May 15, 2007, from http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/iraq_clinician_guide_v2.pdf
- Stuart, G. W. (2005). Anxiety responses and anxiety disorders. In G. W. Stuart & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed.). St. Louis: Mosby.
- Yaeger, D., Himmelfarb, N., Cammack, A., & Mintz, J. (2006). DSM-IV diagnosed posttraumatic stress disorder in women veterans with and without military sexual trauma. *Journal of Internal Medicine*, 21(S3), S65–S69.

CAPÍTULO 12

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bailey, K. P. (2004). The brain's rewarding system and addiction. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42, 6.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2007, March). *Smoking & tobacco use*. Retrieved September 21, 2007, from http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/Factsheets/cessation2.htm
- Deglin, J. H., & Vallerand, A. H. (2007). *Davis's drug guide for nurses* (10th ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- El-Mallakh, P. (1998). Treatment models for clients with co-occurring addictive and mental disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(2), 71.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252, 1902–1907.
- Fontaine, K. L., & Fletcher, J. S. (2003). *Mental health nursing* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2004). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Gordon, C., Williams, B., & Lapin, P. (2001). New program to help seniors quit smoking. *Nursing Spectrum*, 2(10), 18–19.
- Keltner, N. L., Schwecke, L. H., & Bostrom, C. E. (2007). *Psychiatric nursing* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Kneisl, C. R., Wilson, H. S., & Trigoboff, E. (2004). *Contemporary psychiatric-mental health nursing*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- McGuinness, T. (2006). Methamphetamine abuse. *American Journal of Nursing*, 106(12), 54–59.
- Morrison, C. (2000). Fear of addiction. *American Journal of Nursing*, 100(7), 81.
- National Institute on Drug Abuse. (2007). *Medical and health professionals: Resources for patients: Methamphetamines*. Washington DC: Author. Retrieved June 3, 2007, from <http://www.drugabuse.gov/drugpages/methamphetamine.html>
- Simpson, C. A., & Tucker, J. A. (2002). Temporal sequencing of alcohol-related problems, problem recognition, and help-seeking episodes. *Addictive Behaviors*, 27, 659–674.

CAPÍTULO 13

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Biederman, J. (2003). Pharmacotherapy for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) decreases the risk for substance abuse: Findings from a longitudinal followup of youths with and without ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (suppl.11), 3–8. Retrieved August 27, 2007, from <http://www.psychiatrist.com/pcc/pccpdf/v05s05/v64s1101.pdf>
- Drieveer, M. J. (1976). Theory of self-concept. In C. Roy (Ed.), *Introduction to nursing: An adaptation model*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Gutman, A. R., & Spollen, J. J. III (2002). A new nonstimulant treatment for ADHD. In conference coverage of the American Association of Child and Adolescent Psychiatry, December, 2002. Retrieved August 27, 2007, from <http://www.medscape.com/viewarticle/445221>
- Hockenberry, M. J. (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- Keltner, N. L., Schwesche, L. H., & Bostrom, C. E. (2007). *Psychiatric nursing* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- McCracken, J. T. (2000). Attention deficit disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed., pp. 2711–2719). Baltimore: Williams & Wilkins.
- National Institute of Mental Health. (2006a). *Attention deficit hyperactivity disorder*. Rockville, MD: Author. Retrieved August 24, 2007, from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm>
- National Institute of Mental Health. (2006b). *Suicide in the U.S.: Statistics and prevention*. Rockville, MD: author. Retrieved August 27, 2007, from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/harmsway.cfm>
- Russell, S., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91, 1276–1281.
- Selekman, J. (2002). Learning disabilities: A diagnosis ignored by nurses. *Pediatric Nursing* 28(6), 630–632.
- Simon, G. E., & Savarino, J. (2007). Suicide attempt pattern is the same regardless of initial treatment of depression. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1029–1034. Retrieved August 20, 2007, from <http://www.medscape.com/viewarticle/559487>
- Stahl, S. M. (2005). *Essential psychopharmacology: The prescriber's guide*. Cambridge, UK: University of Cambridge.
- Townsend, M. C. (2006). *Psychiatric mental health nursing concepts of care* (5th ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

CAPÍTULO 14

- American Psychiatric Association. (2000a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2000b). Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 157, 1.
- Blackburn, G. L., & Bevis, L. C. (2003). *The obesity epidemic: Prevention and treatment of the metabolic syndrome*. American Diabetes Association 63rd Scientific Sessions. Retrieved August 6, 2003, from <http://www.medscape.com>
- Greeno, C. G., Wing, R. R., & Shiffman, S. (2000). Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68(1), 95.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159, 394–400.
- Levine, M., & Smolak, L. (2006). Ten things parents can do to prevent eating disorders. *National Eating Disorders Association*. Retrieved

- August 30, 2007, from http://www.nationaleatingdisorders.org/p.asp?WebPage_ID=286&Profile_ID=41171
- National Eating Disorders Association. (2007). *Causes of eating disorders*. National Eating Disorders Association Website Retrieved August 30, 2007, from www.NationalEatingDisorders.org
- Perez, M., Voelz, Z. R., Pettit, J. W., & Joiner, T. E. Jr. (2002). The role of acculturative stress and body dissatisfaction in predicting bulimic symptomatology across ethnic groups. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 442–454.
- Petrie, T. A., & Tripp, M. (2001). Sexual abuse and eating disorders: A test of a conceptual model. *Sex Roles: A Journal of Research*. Retrieved August 30, 2007, from http://findarticles.com/p/articles/mi_m2294/is_2001_Jan/ai_77384284/pg_1
- Ricciardelli, L. A., Williams, J., & Kiernan, M. J. (1999). Bulimic symptoms in adolescent girls and boys. *International Journal of Eating Disorders*, 26(2), 217.
- Spearing, M. (2001). Eating disorders: Facts about eating disorders and the search for solutions. National Institute of Mental Health Publication No. 01–4901. Retrieved August 30, 2007, from www.nimh.nih.gov/publicat/eatingdisorders.cfm
- Woodside, D. B., Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A. S., Goldbloom, D. S., & Kennedy, S. H. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, 158, 570–574.
- Zhu, A. J., & Walsh, B. T. (2002). Pharmacologic treatment of eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(3), 227–234.

CAPÍTULO 15

- Alzheimer's Association. (2003). Relating to someone with Alzheimer's. *Rocky Mountain Capítulo News*, 23(4), 4.
- Alzheimer's Association. (2005). Mid-life heart risk factors raise chances of late-life dementia. *Colorado Capítulo Newsletter*, Summer, pp. 5, 27.
- Alzheimer's Association. (2006a). Alzheimer's may have a link to diabetes. *Colorado Capítulo Newsletter*, Summer, p. 6.
- Alzheimer's Association. (2006b). Be a healthy caregiver. *Colorado Chapter Newsletter*, Winter, p. 4.
- Alzheimer's Association. (2007a). *Caring for Alzheimer's*. Retrieved July 3, 2007, from http://www.alz.org/living_with_Alzheimer's_caring_for_alzheimer's.asp
- Alzheimer's Association. (2007b). *Diagnosing Alzheimer's*. Retrieved July 3, 2007, from http://www.alz.org/alzheimers_disease_diagnosis.asp
- Alzheimer's Association. (2007c). *Diversity*. Retrieved July 15, 2007, from http://www.alz.org/Resources/Diversity/downloads/GEN_EDU-10steps.pdf
- Alzheimer's Association. (2007d). *Symptoms of Alzheimer's*. Retrieved July 3, 2007, from http://www.alz.org/alzheimers_disease_symptoms_of_alzheimers.asp
- Alzheimer's Association. (2007e). *Treatments*. Retrieved July 3, 2007, from http://alz.org/alzheimers_disease_treatments.asp
- Alzheimer's Learning Institute. (2001). Alzheimer's: *The disease process*. Denver: Alzheimer's Association, Rocky Mountain Capítulo.
- Alzheimer Research Forum. (2007). *Drugs in clinical trials*. Retrieved March 4, 2007, from <http://www.alzforum.org/dis/tre/drc/detail.asp?id=84&print=y>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Press.



- Brindle, J. (2005). Meeting the challenges of Alzheimer's care. *RN*, 68(1), 29–34.
- Buettner, L., & Kolanowski, A. (2003). Practice guidelines for recreation therapy in the care of people with dementia. *Geriatric Nursing*, 24(1), 18–23.
- Conroy, M., & Nottoli, M. J. (1999). Memory lane: A path to compliance. *RN*, 62(8), 40–41.
- Deglin, J., & Vallerand, A. (2007). *Davis's drug guide for nurses* (10th ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Doerflinger, D. (2007). *Mental status assessment of older adults: The mini-cog*. Retrieved July 25, 2007, from <http://www.GeroNurseOnline.org>
- Fazio, S., Seman, D., & Stansell, J. (1999). *Rethinking Alzheimer's care*. East Peoria, IL: Health Professions Press.
- Feil, N. (1993). The validation method, helping families and professionals communicate. *The Alzheimer's Caregiver*, 7(4), 1–2.
- Gleason, O. (2003, March 1). Delirium. *American Family Physician*. Retrieved June 3, 2007, from <http://www.afp.org/afp/20030301/1027.html>
- Gray-Vickrey, P. (2002). Advances in Alzheimer's disease, forget me not. *Nursing2002*, 32(11), 64.
- Gruetznier, H. (2001). *Alzheimer's, A caregiver's guide & sourcebook* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Kuhn, D. (1999). *Alzheimer's early stages*. Alameda, CA: Hunter House Publishers.
- Mace, N., & Rabins, P. (1999). *The 36-hour day*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Napierkowski, D. (2002). Using restraints with restraint. *Nursing*, 32(11), 58–62.
- National Institute on Aging. (2006, December 14). Alzheimer's disease medication fact sheet. Retrieved June 3, 2007, from <http://www.nia.nih.gov/Alzheimer's/Publications/medicationsfs.htm>
- Naylor, M., Stephens, C., Bowles, K., & Bixby, B. (2005). Cognitively impaired older adults: From hospital to home. *American Journal of Nursing*, 105(2), 52–61.
- Petersen, R. (Ed.). (2002). *Mayo Clinic on Alzheimer's disease*. Rochester, MN: Mayo Clinic Health Information.
- Rathier, M., & McElhaney, J. (2005). Delirium in elderly patients: How you can help. *Applied Neurology*. Retrieved June 3, 2007, from <http://appneurology.com/showArticle.jhtml?articleID=170100541>
- Resnick, B. (2003). Putting research into practice: Behavioral and pharmacologic management of dementia. *Geriatric Nursing*, 24(1), 58–59.
- Rowe, M. (2003). People with dementia who become lost, preventing injuries and death. *American Journal of Nursing*, 103(7), 32–39.
- Schweiger, J., & Huey, R. (1999). Alzheimer's disease, your role in the caregiving equation. *Nursing1999*, 29(6), 34–41.
- Shankle, W., & Amen, D. (2004). *Preventing Alzheimer's*. New York: G.P. Putnam's Sons.
- Valero, T. (2006). How to treat ailing memory. *Neurology Now*, 2(2), 40–41.
- Vogel, C. (2005). Clearing up the confusion about delirium. *NurseWeek*, 6(12), 17–19.
- Waszynski, C. (2007). The confusion assessment method. *Best Practices in Nursing Care to Older Adults*, 13. Hartford Institute for Geriatric Nursing. Retrieved June 3, 2007, from <http://www.GeroNurseOnline.org>
- assn.org/ama/pub/category/13577.htm#violence_between_ same-sex_ partners
- Anbarghalami, R., Yang, L., Van Sell, S., & Miller-Anderson, M. (2007). When to suspect child abuse. *RN*, 70(4), 34–38.
- Bavolek, S. J. (2000). The nurturing parenting programs. *Juvenile Justice Bulletin*. Retrieved August 6, 2007, from http://www.ncjrs.org/html/ojdp/2000_11_1/contents.html
- Berlinger, J. (2001). Domestic violence, how you can make a difference. *Nursing2001*, 31(8), 58–63.
- Center for Substance Abuse Prevention. (2004). *It won't happen to me: Alcohol abuse and violence against women (for those who are concerned about the issue)*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Washington, DC: Author. Retrieved August 28, 2007, from http://pathwayscourses.samhsa.gov/vawc/vawc_intro_pg1.htm
- Fishwick, N., Parker, B., & Campbell, J. C. (2001). Care of survivors of abuse and violence. In G. W. Stuart & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- Gray-Vickrey, P. (2004). Combating elder abuse. *Nursing2004*, 34(10), 47–51.
- Hastings, D. P. (2001). The New Hampshire health initiative on domestic violence. *Nursing Forum*, 36(1), 31.
- Hockenberry, M. J. (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- Isaac, N., & Enos, V. (2001). Documenting domestic violence: How health care providers can help victims. *National Institute of Justice Research in Brief*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.ncjrs.org/pdffiles/nij/188564.pdf>
- Kneisl, C. R., Wilson, H. S., & Trigoboff, E. (2004). *Contemporary psychiatric–mental health nursing*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Kovach, K. (2004). Intimate partner violence. *RN*, 67(8), 38–43.
- McFarlane, J., Malecha, A., Gist, J., Watson, K., Batten, E., Hall, I., & Smith, S. (2004). Increasing the safety-promoting behaviors of abused women. *American Journal of Nursing*, 104(3), 40–50.
- Moss, H. B., Lynch, K. G., Hardie, T. L., & Baron, D. A. (2002). Family functioning and peer affiliation in children of fathers with antisocial personality disorder and substance dependence: Association with problem behaviors. *American Journal of Psychiatry*, 159, 607–614.
- Mulryan, K., Cathers, P., & Fagin, A. (2000). Combating abuse: Protecting the child. *Nursing2000*, 30(7), 39–43.
- National Center on Elder Abuse. (2005). Elder abuse prevalence and incidence. *Fact Sheet*. Retrieved August 8, 2007, from <http://www.elderabusecenter.org/pdf/publication/FinalStatistics050331.pdf>
- National Center on Elder Abuse. (2006). Abuse of adults aged 60+ 2004 survey of adult protective services. *Fact Sheet*. Retrieved August 8, 2007, from <http://www.elderabusecenter.org/pdf/2-14-06%2060FACT%20SHEET.pdf>
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). (2002). *Violence: Occupational hazards in hospitals*. Dept. of Health and Human Services (NIOSH) Pub. No. 2002-101. Retrieved August 30, 2007, from www.cdc.gov/niosh/2002-101.html
- Pryor, J. (2006). What do nurses do in response to their predictions of aggression? *Journal of Neuroscience Nursing* 38(3), 177–182. Retrieved August 17, 2007, from <http://www.medscape.com/viewarticle/548017?rss>
- Rape, Abuse & Incest National Network. (2005). *Key facts*. Retrieved August 5, 2007, from <http://www.rainn.org/statistics/index.html>
- Rickelman, B. L. (2003). The client who displays angry, aggressive, or violent behavior. In Mohr, W. K. (Ed.), *Johnson's psychiatric–mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott.

CAPÍTULO 16

American Medical Association. (2000). *AMA data on violence between intimates* (1–00). Retrieved August 6, 2007, from [Bibliografía y recursos 407](http://www.ama-</p>
</div>
<div data-bbox=)



- Smith, M. E., & Kelly, L. M. (2001). The journey of recovery after a rape. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 337–352.
- Voice of America. (2004, March 4). Help for battered immigrant women. Retrieved August 13, 2007, from <http://www.voanews.com/english/archive/2004-03/a-2004-03-04-43-1.cfm>
- Walton-Moss, B., & Campbell, J. (2002). Intimate partner violence: Implications for nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 7(1), 1–15. Retrieved August 23, 2007, from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/JournalTopics/DomesticViolence.aspx>
- Widom, C. S., & Maxfield, M. G. (2001). *An update on the cycle of violence. National Institute of Justice Research in Brief, Feb. 2001*. Retrieved August 23, 2007, from <http://www.ncjrs.org/pdffiles1/nij/184894.pdf>
- Wilkinson, S. (2003). A recipe for violence. *Chemical and Engineering News*, 81(22), 33–37. Retrieved August 6, 2007, from <http://pubs.acs.org/cen/science/8122/8122sci1page1.html>
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: Author. Retrieved August 31, 2003, from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvh1/en/
- World Health Organization. (2007). *Third milestones of a global campaign for violence prevention report 2007, scaling up*. Geneva: Author. Retrieved August 6, 2007, from http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595476_eng.pdf
- CAPÍTULO 17**
- Aguilera, D. C. (1998). *Crisis intervention: Theory and methodology* (8th ed.). St. Louis: Mosby.
- AIDS Dementia Complex. (2005, June 12). *Alzheimer's disease*. Retrieved July 22, 2007, from http://www.alzheimers.about.com/od/typesofdementia/a/hiv_complex.htm
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2003). *Transcultural concepts in nursing care* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Arnold, E., & Hallinan, K. (2000). Mind over matter: Helping a mentally ill patient in the acute care setting. *Nursing*, 30(10), 50–53.
- Childers, L. (2003). Uncool customers. *NurseWeek*, 4(2), 22–23.
- Cohan, C. L., & Cole, S. W. (2002). Life course transitions and natural disasters: Marriage, birth, and divorce following Hurricane Hugo. *Journal of Family Psychology*, 16(1), 14–25.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler-Murr, A. (2002). *Nurse's pocket guide: Diagnoses, interventions, and rationales* (8th ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Dunn, K. S., & Horgas, A. L. (2000). The prevalence of prayer as a spiritual self-care modality in elders. *Journal of Holistic Nursing*, 18(4), 337–351.
- Gorman, L. M., Raines, M. L., & Sultan, D. F. (2002). *Psychosocial nursing for general client care* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Hemmila, D. (2002). You gotta have faith. *NurseWeek*, 3(12), 11–12.
- Hicks, T. J. (1999). Spirituality and the elderly. *Geriatric Nursing*, 20(3), 144–146.
- Joint Commission. (2003). The expert connection: Five strategies for effective spiritual assessment. *The Source*, 1(8), 1–2. Retrieved July 22, 2007, from <http://www.jcrinc.com/5408/>. Used with permission.
- Joint Commission. (2005). Evaluating your spiritual assessment process. *The Source*, 3(2), 6–7. Retrieved July 27, 2007, from <http://www.pastoralreport.com/archives/spiritual.pdf>
- Kneisl, C. R., Wilson, H. S., & Trigoboff, E. (2004). *Contemporary psychiatric-mental health nursing*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Meisenhelder, J. B., & Chandler, E. N. (2000). Prayer and health outcomes in church members. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 6(4), 56–60.
- Millon, T., & Davis, R. (1999). *Personality disorders in modern life*. New York: John Wiley & Sons.
- Mohr, W. K. (2003). *Johnson's psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA I). (2005). *Nursing diagnosis definitions and classifications 2005–2006* (4th ed.). Philadelphia: Author.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2006). *Crisis intervention* (revised supplement). Toronto, Ontario: Author. Retrieved July 27, 2007, from www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=9192&nbr=4950
- Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2004). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- Townsend, M. (2002). *Essentials of psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Varcarolis, E. M. (2000). *Psychiatric nursing clinical guide: Assessment tools and diagnoses*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Weber, D. (2006). Balancing act: Where spirituality and healthcare meet. *RN*, 69(9), 53–54.

Glosario

(Nota: Los números en negrita después del término del glosario indican el capítulo en el que se define el término. Otras palabras o términos que puede ser necesario definir están en cursiva en el texto y se definen allí.)

A

Abandono: hecho de no satisfacer las necesidades físicas, emocionales o del desarrollo de un niño (16)

Abstinencia: ausencia completa de consumo de una droga (12)

Abuso sexual: maltrato de otra persona por métodos sexuales (violación, caricias, tocamiento y acoso sexual); el agresor y la víctima pueden ser de cualquier sexo (16)

Abuso de sustancias: patrón maladaptativo de consumo de sustancias que da lugar a un deterioro y un sufrimiento significativos (12)

Acatisia: inquietud, necesidad intensa de moverse (8)

Acetilcolina: neurotransmisor químico que controla el ciclo de sueño-vigilia, y transmite señales a los músculos para que se activen (7)

Adaptabilidad: capacidad de comprometerse, planificar y ser flexible (1)

Adaptación: conducta que mantiene la integridad del individuo (6)

Adicción: uso compulsivo y maladaptativo de una sustancia (droga o alcohol) como mecanismo de afrontamiento o para aliviar la ansiedad (12)

Afasia: imposibilidad de comprender la comunicación recibida o de comunicarse verbalmente debido a disfunción cerebral (15)

Afecto: expresión no verbal de una emoción (8)

Afrontamiento: conductas que ayudan a una persona a adaptarse o manejar el estrés o el cambio (11)

Agente estresante: episodio que produce la respuesta al estrés (6)

Agitación psicomotora: aumento de la actividad como consecuencia de los procesos mentales (9)

Agnosia: pérdida de comprensión de los estímulos auditivos o verbales, aunque los órganos sensitivos permanecen intactos (15)

Agonistas: fármacos que estimulan funciones celulares (7)

Agresión: acción física o verbal forzada, puede ser peligrosa o se puede percibir como peligrosa (16)

Agresión sexual: cualquier contacto sexual forzado sin consentimiento, o contacto sexual con un menor independientemente de su consentimiento (16)

Aislamiento: confinamiento en una habitación solo (2)

Alogia: disminución de la cantidad o de la riqueza del habla. También denominada *pobreza del habla*. Indica una reducción del pensamiento. Se asocia a la esquizofrenia y la depresión (8)

Alternativa menos restrictiva: tratamiento que restringe la libertad personal lo menos posible (2)

Alucinaciones: perfecciones sensitivas que parecen reales pero que no se relacionan con estímulos externos (8)

Ambiente: entorno terapéutico (8)

Amenorrea: ausencia de períodos menstruales (14)

Amnesia transitoria: pérdida de memoria de los episodios que se han producido durante la intoxicación (aparece en fases tardías de la enfermedad del alcoholismo) (12)

Ancianos, maltrato: maltrato físico o emocional o abandono de un anciano por su cónyuge, por un hijo adulto o por un cuidador (16)

Anhedonia: falta de capacidad de sentir placer (8)

Ansiedad: sensación de nerviosismo y activación del sistema nervioso autónomo en respuesta a una amenaza vaga e inespecífica (11)

Antagonistas: fármacos que impiden o inhiben las funciones celulares (7)

Apraxia: deterioro de la capacidad de realizar un movimiento voluntario aun cuando las habilidades motoras y las funciones sensitivas estén intactas (15)

Atención: preocupación por el bienestar de otro (4)

Atracón: comer en un período escaso de tiempo (habitualmente menos de 2 horas) una cantidad de alimentos que es claramente mayor de lo que la mayoría de las personas comería en circunstancias similares (14)

Atribuciones: significado que asigna (o atribuye) una persona a un acontecimiento (16)

Autenticidad: honradez, sinceridad, franqueza y congruencia en los mensajes verbales y no verbales (5)

Autoestima: punto de vista personal o concepto del propio yo (13)

Autonomía: autodeterminación y libertad personal; derecho a elegir lo que le ocurrirá a uno mismo (2)

Autorrevelación: en el contexto de la enfermería de salud mental, narración de los sentimientos o las experiencias personales de profesionales de enfermería al paciente (5)

Avoliación: falta de motivación (8)

B

Beneficencia: fomento del bien para los demás (2)

C

Caquexia: estado de malnutrición, enfermedad y emaciación corporal (14)

Circadiano: que se produce en un ciclo de día/noche, como el *ritmo circadiano* (13)

Círculo vicioso de conducta: conductas contraproducentes y rígidas que perpetúan los problemas; un dato fundamental de los pacientes con trastorno de la personalidad (10)

Clarificación: reformulación del mensaje del paciente en las palabras del propio profesional de enfermería, o preguntar sobre el mensaje del paciente para asegurarse de que el emisor y el receptor entienden el mismo mensaje (5)

Clarificación de los valores: proceso de autodescubrimiento en el que la persona identifica sus propios valores y los prioriza (2)

Codependencia: dejar que la conducta de otra persona le afecte y obsesionarse con el control de la conducta de esa persona; también, reforzar la conducta adictiva de otra persona permitiendo que esa persona evite las consecuencias de la conducta (4)

Cognición: proceso mental mediante el cual se adquiere y procesa el conocimiento; incluye razonamiento, juicio, memoria, conciencia y percepción (3)

Compartir las observaciones: expresar la conducta del paciente con palabras para llamar la atención sobre los significados implícitos, o las contradicciones (5)

Compasión: acto de compartir el estado emocional de otro; incluye empatía y aceptación (4)

Compensación: intento (consciente o inconsciente) de superar las deficiencias percibidas (3)

Competencia: evaluación legal de que una persona es capaz de realizar juicios y tomar decisiones razonables (2); suficiencia en el conocimiento

de información importante y la aplicación de este conocimiento a la resolución de problemas y la toma de decisiones (4)

Competencia para ser juzgado: capacidad de una persona de comprender el significado y las consecuencias de sus acciones, de saber qué está bien y qué está mal, y de ayudar a un letrado en su defensa (2)

Comportamiento impulsivo: utilización de acciones en lugar de pensamientos o sentimientos para responder al estrés o al sufrimiento emocional (3)

Compromiso: promesa personal de realizar alguna acción particular (4)

Compulsiones: conductas o actos mentales repetitivos que la persona afectada se siente impulsada a realizar en respuesta a pensamientos obsesivos (11)

Comunicación: acto de enviar y recibir un mensaje (5)

Comunicación terapéutica: intervención en la que el profesional de enfermería utiliza técnicas de comunicación para ayudar al paciente a conseguir los resultados deseados (5)

Conciencia: convicción o creencias éticas sobre lo que está bien y lo que está mal (4)

Concreción: uso de lenguaje realista, en lugar de términos abstractos, jerga o terminología médica (5)

Conducta adaptativa: conducta positiva que fomenta la salud y permite la resolución de problemas (3)

Conducta catatónica: se asocia a la esquizofrenia; estupor en el que el paciente es incapaz de moverse o hablar (8)

Conducta desorganizada: secuencia de conducta ilógica; deshilvanada e inconexa; indica un pensamiento desorganizado (8)

Conducta maladaptativa: conducta que es poco saludable y que no favorece la resolución de problemas (3)

Conductas de atención: acciones que comunican la atención y el interés del oyente (5)

Confianza: creencia en uno mismo (4)

Confidencialidad: límites al acceso a la información sobre un paciente (2)

Congruencia: concordancia de los mensajes verbales y no verbales (5)

Consentimiento informado: conformidad de un paciente a recibir un tratamiento después de que un médico se haya explicado en términos comprensibles, incluyendo la posible evolución con y sin el tratamiento (2)

Consumo compulsivo de sustancias: conducta repetitiva de uso de sustancias con la finalidad de reducir el sufrimiento; con frecuencia es indeseada y requiere mucho tiempo (12)

Contratransferencia: situación en la que el profesional de enfermería tiene sentimientos hacia el paciente en base a las experiencias previas del profesional de enfermería (5)

Controversia de naturaleza o crianza: debate sobre si la personalidad se debe a la biología (genética) o al ambiente y las experiencias (3)

Crisis: estado de desequilibrio agudo y limitado en el tiempo (17)

Crisis de angustia: episodio de miedo o malestar intenso acompañado por estimulación autónoma (11)

D

Demencia: pérdida progresiva e irreversible de las funciones cognitivas que deteriora la capacidad de una persona de desempeñar sus funciones en situaciones sociales o laborales (15)

Dependencia de sustancias: patrón maladaptativo de consumo de sustancias a pesar de las consecuencias negativas continuas del abuso de la sustancia; incluye la tolerancia y los síntomas de abstinencia (12)

Desdoblamiento: tendencia a ver las personas o situaciones como totalmente buenas o totalmente malas (17)

Desinstitucionalización: movimiento que propugna el alta de los pacientes de las estaciones psiquiátricas para tratarlas y la comunidad (1)

Desintoxicación: período de tiempo durante el cual se eliminan del cuerpo todos los fármacos o el alcohol que haya consumido el paciente (12)

Desplazamiento: transferencia de un sentimiento sobre una persona u objeto a otro, habitualmente más seguro (3)

Deterioro del ejercicio de la enfermería: ejercicio de la enfermería bajo la influencia de tóxicos (12)

Diagnóstico dual: existencia de un trastorno por uso de sustancias y una enfermedad mental grave (12)

Dilema ético: situación en la que hay alternativas morales contradictorias para la acción y cada una de las opciones incluye consecuencias positivas y negativas (2)

Discinesia: movimiento involuntario anormal (8)

Discinesia tardía: inicio tardío de movimientos involuntarios anormales; es un efecto adverso de los fármacos antipsicóticos, y puede ser permanente (8)

Dislexia: característica central del trastorno de la lectura; incluye disminución de la exactitud, la velocidad o la comprensión de la lectura (13)

Disociación: alteración de las funciones habitualmente integradas de la conciencia, de modo que la persona se siente separada de su propio yo, como si fuera un observador externo. Es un mecanismo de afrontamiento ante un estrés o un trauma psicológico insoportable (3)

Distonía: rigidez muscular, contracción muscular anormal (8)

Distraibilidad: incapacidad de filtrar el exceso de estímulos sensoriales (9)

División del personal: indisponer a un miembro del personal contra otro; utilizar al personal para obtener privilegios o para evitar responsabilidades (17)

Dopamina: neurotransmisor químico que controla los movimientos complejos, la cognición, la motivación, el placer y la regulación de las respuestas emocionales (7)

E

Efectos adversos: efectos no deseados o tóxicos de un fármaco (7)

Efectos colaterales: acción de un fármaco que es distinta al efecto deseado (7)

Efectos tóxicos: término que se utiliza habitualmente para describir los efectos adversos de los fármacos debidos a una dosis demasiado elevada o a la incapacidad del cuerpo de metabolizar y excretar un fármaco con la suficiente rapidez (7)

Emaciado: excesivamente delgado, con pérdida de masa muscular (14)

Empatía: capacidad de comprender una situación desde el punto de vista del paciente sin perder la objetividad ni la identidad (5)

Encopresis: eliminación voluntaria o (habitualmente) involuntaria de heces en lugares inadecuados (13)

Enfermedad crónica: enfermedad de larga duración, que habitualmente se caracteriza por exacerbaciones y remisiones (17)

Enfoque: hace que las generalizaciones sean específicas (5)

Enuresis: eliminación repetida de orina en la cama o en la ropa (involuntaria o intencionada) que se produce al menos dos veces a la semana durante al menos 3 meses (13)

Escucha activa: atención cuidadosa al mensaje verbal y no verbal completo del emisor (5)

Establecimiento de límites: establecimiento de parámetros de la conducta y comunicación de los mismos al paciente (17)

Estado de ánimo: emoción generalizada y persistente que influye en cómo una persona percibe el mundo (9)



Estado de ánimo disfórico: estado de ánimo incómodo, insatisfecho y bajo, pero no tan bajo como la depresión (9)

Estado de ánimo elevado: sensación exagerada de bienestar (9)

Estado de ánimo eutímico: en el intervalo normal (9)

Estado de ánimo irritable: estado de sentirse enfadado, molesto o llevado a la ira con facilidad (9)

Estigma: marca de vergüenza (1)

Ética: ciencia relacionada con los principios morales o las normas que gobiernan la conducta (2)

Exacerbación: empeoramiento de una enfermedad crónica (17)

F

Fabulación: respuestas creadas (elaboradas) para ocultar que el paciente no recuerda lo que ha ocurrido (12)

Facilitación: hipótesis que indica que una serie de estímulos estresantes puede alterar la función de los neurotransmisores, de modo que será necesaria una estimulación cada vez menor para producir convulsiones o episodios maníacos en el futuro (9)

Fármacos psicotrópicos: fármacos que afectan al pensamiento y tratan las enfermedades mentales (1)

Fase de finalización: fase final de la relación profesional de enfermería-paciente que se produce después de haber finalizado el trabajo de la relación; el profesional de enfermería y el paciente resumen su progreso hacia los objetivos establecidos en la fase de orientación (5)

Fase de orientación: primera fase de la relación profesional de enfermería-paciente de tres fases de Peplau en la que se hacen las presentaciones, se establecen los objetivos de la interacción y se define el límite temporal de la interacción (5)

Fase de trabajo: segunda fase de la relación profesional de enfermería-paciente en la que el profesional de enfermería pone en práctica intervenciones diseñadas para alcanzar los objetivos establecidos en la fase de orientación; el profesional de enfermería y el paciente trabajan juntos para conseguir un nivel óptimo de desempeño de funciones del paciente en base a los puntos fuertes y débiles del paciente (5)

Fenómeno del atardecer: aumento de la confusión que se observa en pacientes con enfermedad de Alzheimer al final de la tarde o al anochecer (15)

Fidelidad: lealtad; mantener las promesas (2)

Fobia: miedo persistente e irracional (11)

Formación de reacción: conducta o sentimientos sustitutivos que son contrarios a los que realmente se siente (3)

Formalidad: conducta que es predecible, competente y que redunde en interés del paciente (5)

Fuga de ideas: estado en el que los pensamientos se mueven tan rápidamente que el habla del paciente salta de un tema a otro con frecuencia (9)

Función ejecutiva: pensamiento abstracto de resolución de problemas (8)

H

Habla apresurada: habla que es tan rápida y determinada que es difícil de interrumpir (9)

Hiperoralidad: conducta infantil de llevarse todo a la boca (15)

Holismo: filosofía que considera que el paciente es un ser total con necesidades psicosociales, espirituales y físicas (3)

Homeostasis: estado de equilibrio necesario para muchas funciones fisiológicas (6)

Humanismo: abordaje existencial central de la persona. Asume que la persona (paciente) es la prioridad y que las personas tienen autonomía y deseo de participar en la resolución de sus propios problemas y en su desarrollo personal (17)

I

Ideación suicida: pensamiento suicida (9)

Ideas delirantes: Creencias falsas fijas, a pesar de datos que indican que no son verdaderas (8)

Ideas de referencia: interpretación errónea de los pacientes con psicosis de que los episodios cotidianos tienen un significado personal para ellos (10)

Identidad personal: percepción de las personas de sus propias características, pensamientos, sentimientos y sentido del propio yo (13)

Ilusión: interpretación errónea de los estímulos ambientales (15)

Imagen corporal: percepción que tienen las personas sobre sus propios cuerpos, cómo se ven a sí mismos (13)

Incompetencia: imposibilidad de realizar juicios y de ser responsable de las propias decisiones o acciones (2)

Índice de masa corporal (IMC): cálculo que pretende determinar cómo está de obesa o delgada una persona; la fórmula es el peso corporal dividido por el cuadrado de la altura; el valor normal es 18,5-25; la obesidad es un valor mayor de 30 (14)

Informe del proceso: registro escrito de una conversación terapéutica entre un estudiante de enfermería y un paciente que es analizado por el estudiante con la finalidad de mejorar la introspección del estudiante y sus habilidades de comunicación (5)

Inhibidores de la colinesterasa: fármacos que prolongan el tiempo que puede utilizar el cuerpo la acetilcolina; son útiles en las fases tempranas y medias de la EA (15)

Insomnio: dificultad para dormirse, permanecer dormido o despertarse demasiado pronto y no poder volver a dormir (11)

Integridad: actuar de forma congruente con los propios valores (2)

Internamiento no voluntario por trastorno psíquico: ingreso hospitalario involuntario (2)

Intoxicación: conjunto reversible de síntomas físicos, fisiológicos y conductuales producidos por el uso de una sustancia (12)

Introspección: conocimiento de uno mismo (1)

Inyección de depósito: forma farmacológica inyectada por vía intramuscular con la finalidad de tener una liberación lenta del fármaco a lo largo de varias semanas (8)

J

Justicia: tratamiento equitativo y de igualdad de las personas (2)

L

Labilidad emocional: cambio rápido del estado de ánimo sin ningún motivo aparente (15)

Límites personales: límites que establecen las personas en sus interacciones con los demás (4)

M

Mala praxis: falta de actuación de una persona profesional de concordancia con las normas profesionales aceptadas, o no actuar como actuaría un miembro razonable de la profesión (2)

Maladaptación: conducta poco saludable que interfiere con la integridad del individuo (6)

Maltrato emocional: menosprecio, devaluación, intimidación, instilación de miedo u otro tipo de maltrato por parte de otra persona mediante métodos psicológicos (16)

Maltrato físico: violencia hacia otra persona o en algunos casos sujeción física (16)

Manipulación: respuesta social maladaptativa en la que una persona intenta satisfacer sus propias necesidades controlando la conducta de otras (17)

Marañas neurofibrilares: pares enmarañados de proteínas tau en las células nerviosas (15)

Mecanismos de afrontamiento: respuesta típica en reacción al estrés con la finalidad de manejar el estrés (6)

Mecanismos de defensa: pensamientos y conductas que distorsionan la realidad para proteger al propio yo (3)

Mente inconsciente: parte de la mente que no es accesible a los pensamientos conscientes (3)

N

Negación: rechazo a reconocer una realidad dolorosa (12)

Neurolépticos: nombre antiguo de los fármacos antipsicóticos (8)

Neurotransmisores: sustancias químicas que transmiten impulsos de una neurona a la siguiente (3)

Niveles de calidad de la asistencia de enfermería: expectativas éticas y legales en relación con la práctica de la enfermería; son el nivel de calidad del trabajo que se considera adecuado para la profesión (2)

No maleficencia: no realizar ningún daño (2)

Noradrenalina: neurotransmisor químico que afecta a la atención, el aprendizaje, la memoria y la regulación del estado de ánimo, el sueño y la vigilia (7)

O

Objetividad: ausencia de sesgo y de identificación personal (5)

Obsesiones: pensamientos recurrentes e intrusivos que producen mucho sufrimiento (11)

Orientaciones generales: breve afirmación que tiene como finalidad indicar que el profesional de enfermería está escuchando y animar al paciente a que siga hablando sobre el mismo tema (5)

Orientación sobre la realidad: recordar al paciente la fecha y el lugar reales y la identidad del paciente (15)

P

Paradójico: contradictorio, opuesto (11)

Paternalismo: actuación por «el mejor interés» de otras personas, tomando decisiones por ellas (2)

Peligrosidad: acciones que tienen un riesgo elevado de lesionar a la propia persona o los demás (16)

Pensamiento desorganizado: pensamiento que no está conectado desde el punto de vista lógico, y que se refleja en el habla y la conducta (8)

Perpetrador: persona que infringe violencia a otra (16)

Perseveración: hablar o conducta repetitiva (15)

Personalidad: forma relativamente estable en la que piensa, se siente y se comporta una persona (3)

Placas de beta-amiloide: acumulación de fragmentos que se produce cuando algunas enzimas del cuerpo actúan sobre la proteína amiloide (15)

Polidipsia: sed excesiva (7)

Polifarmacia: uso (o prescripción) de muchos fármacos (15)

Pregunta abierta: pregunta que precisa una explicación o una respuesta ampliada por parte del paciente (5)

Problemas de control: término informal que se refiere a cómo se comportan las personas cuando experimentan la sensación de pérdida de su propio control (que es importante para ellos) (14)

Proyección: atribución a otra persona de los propios sentimientos o pensamientos inaceptables (10)

Psicosis: desorganización de la personalidad y deterioro de la capacidad de interpretar la realidad, de relacionarse con el propio y con los demás

y de desempeñar las funciones; puede incluir alucinaciones y pensamiento delirante (8)

Purga: vómitos autoinducidos o abuso de laxantes o diuréticos (14)

R

Reacción catastrófica: respuestas explosivas que son totalmente desproporcionadas a la situación que las produjo (14, 15)

Realidad: lo que realmente es o existe (1)

Recaída: episodio recurrente de un trastorno crónico después de un período sin síntomas (12)

Recaptación: proceso mediante el cual el neurotransmisor vuelve al axón para su uso posterior (7)

Redirección: cambiar la atención del paciente desde una conducta inaceptable hasta otra que sea más aceptable (17)

Reencuadre cognitivo: reestructuración de creencias irracionales o contraproducentes (6)

Reflejo: técnica de comunicación terapéutica en la que el profesional de enfermería repite todo lo que ha dicho el paciente o parte de lo mismo para animar al paciente a ampliar o explicar la afirmación original (5)

Regresión: vuelta a un nivel del desarrollo más temprano y menos estresante (13)

Remisión: disminución o resolución de los síntomas de enfermedad en las enfermedades crónicas (17)

Represión: eliminación de la conciencia de pensamientos o deseos inaceptables (3)

Resiliencia: capacidad de volver a la normalidad después de una situación traumática estresante que cambiaría a la mayoría de las personas o que no podría afrontar la mayoría de las personas (13)

Respeto: tener en un concepto elevado; honrar (5)

Respuesta de estrés: respuesta fisiológica al estrés; estimulación del sistema nervioso simpático (6)

Respuesta de lucha o huida: reacción fisiológica al estrés (6)

Retraso psicomotor: reducción de la actividad física como consecuencia de los procesos mentales (9)

S

Seguridad en uno mismo: creencia de que una persona puede producir un resultado deseado (alcanzar un objetivo) con sus propios esfuerzos (3)

Serotonina: neurotransmisor químico que afecta al sueño, la vigilia, especialmente quedarse dormido, y afecta al estado de ánimo y los procesos del pensamiento (7)

Seudoparkinsonismo: (discinesia) incluye o supone postura rígida e inclinada, marcha vacilante, movimientos lentos, rigidez en rueda dentada y cara similar a una máscara (8)

Sinapsis: espacio entre el axón y la célula dendrita con la que establece contacto (7)

Síndrome de abstinencia: síntomas que se experimentan cuando una persona con dependencia de sustancias se abstiene del uso de la sustancia; producidos por un desequilibrio durante el cual el mecanismo homeostático del SNC que equilibra los efectos del alcohol o de otras sustancias no ha vuelto a la normalidad (12)

Síndrome de desgaste profesional: estado de agotamiento físico, emocional y mental producido por la implicación a largo plazo en situaciones que son exigentes desde el punto de vista emocional (4)

Síndrome de estrés postraumático (SEPT): enfermedad debilitante que se produce después de un agente estresante traumático extremo (11)

Síntomas desorganizados: conducta sin finalidad; es un dato de que los pensamientos del paciente están desorganizados (8)



Síntomas diana: síntomas específicos que se espera que traten los fármacos (7)

Síntomas extrapiramidales: movimientos involuntarios anormales (discinesia, acatisia, distonía, pseudoparkinsonismo, discinesia tardía) que son efectos adversos de los fármacos antipsicóticos (8)

Síntomas negativos: síntomas de esquizofrenia que se caracterizan por déficits o lentitud de movimientos, el habla y el pensamiento (8)

Síntomas positivos: síntomas de la esquizofrenia que se caracterizan por procesos del pensamiento adicionales que no tienen las personas sin el trastorno, como alucinaciones e ideas delirantes (psicosis) (8)

Somatización: experiencia de la tensión emocional como síntomas físicos (9)

Sublimación: los sentimientos inaceptables se convierten en una conducta socialmente aceptable (3)

Supresión: evitar de forma intencionada pensar en sentimientos inaceptables o estresantes (3)

T

Tareas del desarrollo: actividades necesarias para dominar todas y cada una de las ocho fases de la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson (3)

Terapia de reminiscencia: terapia en la que se anima a los pacientes con demencia a que hablen sobre sus recuerdos de mucho tiempo atrás (15)

Terapia electroconvulsiva (TEC): tratamiento eficaz de la depresión en el que la estimulación eléctrica del encéfalo produce una convulsión generalizada controlada (9)

Terapias somáticas: terapias que afectan al cuerpo, como la terapia con electrochoque (1)

Tolerancia: necesidad de cantidades crecientes de la sustancia para conseguir el mismo efecto; disminución del efecto con el uso continuo de la misma cantidad de la sustancia (12)

Tolerancia cruzada: tolerancia a varios fármacos de la misma clasificación (12)

Transferencia: situación en la que un paciente siente emociones del pasado y las aplica (o transfiere) a la relación terapéutica (5)

Trastorno afectivo estacional (TAE): depresión que se asocia a una menor exposición a la luz diurna (9)

Trastorno antisocial de la personalidad: patrón persistente de desprecio y violación de los derechos de los otros, ausencia de conciencia (10)

Trastorno de la conducta: crueldad con las personas o los animales, engaño o robo, destrucción de la propiedad y violaciones graves de las reglas (10)

Trastorno confusional (delirium): Estado agudo y reversible de confusión mental (15)

Trastorno confusional inducido por sustancias: trastorno confusional reversible producido por sustancias (drogas o alcohol) (15)

Trastorno de las funciones ejecutivas: imposibilidad de pensar de forma abstracta o de utilizar el pensamiento crítico para planificar, iniciar, determinar la secuencia, monitorizar y finalizar una conducta compleja (15)

Trastorno histriónico de la personalidad: patrón persistente de emocionalidad excesiva y conducta de búsqueda de atención (10)

Trastorno límite de la personalidad: patrón persistente de conducta impredecible e impulsiva, irritabilidad, tristeza, miedo, automutilación y dificultad para mantener las relaciones (10)

Trastorno narcisista de la personalidad: patrón persistente de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía por los demás (10)

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad: patrón persistente de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental y personal (10)

Trastorno paranoide de la personalidad: patrón de desconfianza y suspicacia de que otras personas están actuando de forma maliciosa hacia la persona afectada (10)

Trastorno de la personalidad por dependencia: patrón persistente de conducta sumisa y aferrada y miedos de separación y abandono (10)

Trastorno de la personalidad por evitación: patrón persistente de timidez social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa (10)

Tratamiento ambulatorio involuntario: orden del tribunal que precisa que la persona con una enfermedad mental tome los fármacos y cumpla el plan terapéutico individual como condición para el alta hospitalaria (2)

U

Uso terapéutico del propio yo: capacidad de utilizar el propio yo de forma consciente y con conciencia plena, para estructurar las intervenciones de enfermería (5)

Usuarios (de los servicios de salud mental): como parte del movimiento de defensa de los pacientes con enfermedades mentales, algunos pacientes afectados llegaron a preferir el término *consumidor a paciente* (8)

V

Validación: reconocimiento verbal de los sentimientos del paciente (5)

Valores: creencias personales sobre el valor de una idea, objeto o conducta (2)

Veracidad: decir la verdad (2)

Violación: agresión sexual o violencia sexual realizada contra la voluntad de la víctima o contra una víctima que es demasiado joven para dar su consentimiento (16)

Violencia: uso intencional de fuerza física o poder, real o como tentativa, contra otra persona, contra uno mismo o contra un grupo o comunidad, que produce o tiene una probabilidad elevada de producir lesiones, muerte, daños psicológicos, desarrollo anormal o privación (16)

Índice alfabético

(Nota: El material que se presenta en cuadros, figuras y tablas se indica, respectivamente, con una *c*, *f* o *t* en cursiva después del número de página.)

A

- Abandono
 - ancianos, signos, 340*c*
 - infantil, 338
 - miedo, trastorno
 - límite de la personalidad, 182
 - de la personalidad por dependencia, 187
 - trastornos generalizados del desarrollo, niños, 259
- Abordajes conductuales del estrés y el afrontamiento, 87-88, 88*t*
- Absorción de fármacos, 101-102
- Abstinencia
 - definición, 233
 - del uso de sustancias
 - alcohol, 227-229, 228*f*
 - alucinógenos, inhalantes, cannabis, cafeína y nicotina, 236*t*
 - definición, 227*c*
 - depresores y estimulantes del SNC, 230*t*
 - estimulantes del SNC, 234
 - riesgos con el uso habitual, 237
- Abuso sexual
 - maltrato infantil, 338
 - trastorno
 - de la conducta alimentaria, 283
 - de estrés posttraumático, 207
 - límite de la personalidad, 182
 - violencia familiar, 333
- Acaparamiento, 188, 188*f*
- Acatisia
 - aripiprazol, 129
 - efecto colateral, 125, 125*c*
- Accidente cerebrovascular, 96*t*
- Acetilcolina
 - enfermedad de Alzheimer, 306
 - neurotransmisor, 98*t*
- Ácido gamma-aminobutírico (GABA), 98*t*
- Aconsejar, 69-70, 70*t*
- Acoso escolar, 264
- Acrofobia, 211*t*
- Actitud defensiva, 70*t*, 71
- Actividad(es)
 - divertidas, 56-57, 57-58*c*, 57*f*
 - psicomotora y trastornos del estado de ánimo, 166
- Actos de práctica médica, 19-20
- Acuerdo con los pacientes, 70-71, 70*t*
- Adaptabilidad y salud mental, 4
- Adaptación, explicación, 85
- Adicción, definición, 229
- Adler, Alfred, 34
- Adultos, ancianos
 - antidepresivos, 154*c*
 - depresión, 148
 - suicidio, 149-150, 149*f*
- Afasia
 - anatomía y función cerebrales, 95*t*
 - definición, 304
 - enfermedad de Alzheimer, 309
- Afecto
 - amplio, 133*c*
 - definición, 144
 - esquizofrenia, 119
 - lábil, 133*c*
 - plano, 133*c*
 - esquizofrenia, 119
 - valoración del estado mental, 133*c*
 - trastorno(s)
 - esquizoide de la personalidad, 179
 - esquizotípico de la personalidad, 180
 - del estado de ánimo, 166
 - valoración del estado mental, 133*c*
- Afirmaciones correctoras, 191, 191*c*
- Afroamericanos, pacientes
 - alcoholismo, aspectos culturales, 238*c*
 - depresión, síntomas y signos, 166*c*
 - relativismo cultural, 133*c*
 - tasa metabólica, variaciones étnicas, 102*c*
- Agitación psicomotora, 144*c*
- Agnosia, 304
- Agonistas, descripción, 102
- Agorafobia, 205-206, 206*f*, 211*t*
- Agrado, 39
- Agranulocitosis, 129
- Agresión
 - definición, 344
 - sexual
 - definición, 342
 - síndrome del trauma de la violación, 342, 342*c*
- Ailurofobia, 211*t*
- AIRS (antagonistas e inhibidores de la recaptación de serotonina), 153*t*
- Aislamiento, 179, 179*f*
 - aspectos éticos y legales, 22
 - violencia en el contexto sanitario, 347
- Ajustes en la escuela
 - Asperger, trastorno, 259
 - TDAH, 261, 261*f*
- Alaska, nativos, pacientes, 238*c*
- Alcohol
 - abuso
 - trastorno(s)
 - confusional, 300
 - mentales frecuentes, 6*c*
 - violencia familiar, 333-334
 - concentración sanguínea, 228*t*
 - consumo
 - abstinencia, asistencia de enfermería, 242-243
 - efectos físicos, 229, 231-232, 231*f*
 - interacciones medicamentosas, 213
 - intoxicación, 227, 228*t*
 - patrón de abuso, 229
 - síndrome alcohólico fetal, 232, 232*f*
 - tolerancia y abstinencia, 227-229, 227*c*, 228*f*, 230*t*
 - trastornos de ansiedad, 203, 203*f*
- Alcohólico(s)
 - Anónimos, 239, 239*c*
 - definición, 229
- Alcoholismo
 - aspectos culturales, 238*c*
 - varones con trastornos de la conducta alimentaria, 282
- Alertas clínicas
 - abstinencia alcohólica, 229
 - agranulocitosis, 129
 - anticolinérgicos para síntomas extrapiramidales, 130
 - antidepresivos tricíclicos, sobredosis, 155
 - consumo de antidepresivos por pacientes con glaucoma, 155
 - crisis hipertensivas con IMAO, 156
 - depresión en ancianos, 148
 - leyes sobre notificación obligatoria del maltrato infantil, 340
 - percepción de los acontecimientos y respuesta de estrés, 84
 - profesionales de enfermería con antecedentes de violencia familiar o agresión sexual, 344
 - psicotrópicos y alcohol, 233
 - riesgos de abstinencia, 237
 - seguridad de las armas de fuego, 268
 - síndrome
 - neuroléptico maligno, 126
 - serotoninico, 155
 - trastorno de angustia, diagnóstico, 205
 - valproato y gestación, 163
 - vulnerabilidad de las personas con enfermedad mental, 11
 - Wernicke, síndrome, 232
- Alogia, 119
- Alprazolam
 - demenia, 314
 - trastornos de ansiedad, 214*t*, 216*t*
- Alta condicional después de un ingreso involuntario, 21
- Alteración(es)
 - de las funciones ejecutivas, definición, 304
 - de los procesos del pensamiento, 135-136, 136*t*
 - de la respuesta inflamatoria, 116
- Alternativa menos restrictiva, definición, 21
- Altruismo como mecanismo de defensa, 33*t*
- Alucinaciones
 - esquizofrenia, 117, 125*c*, 135, 136*t*
 - valoración del estado mental, 133*c*
- Alucinógenos, 234-235, 236*t*
- Alzheimer, enfermedad, (EA)
 - alteraciones del lenguaje, 309-310, 318-319*c*
 - anatomía y función cerebrales, 95*t*
 - asistencia
 - de enfermería, 316-323, 318-319*c*, 321*c*, 322*c*, 322*f*, 327*f*
 - integral, 310-316, 311*c*, 311*f*, 312-313*t*, 314*c*
 - conductas asociadas, 308-310, 310*f*
 - criterios diagnósticos, 303*c*
 - etiología, 305-306, 306*f*
 - factores de riesgo, 304-305
 - fármacos, 311-314, 312-313*t*, 314*c*
 - fases, 306-308
 - de inicio precoz, 304
 - neurotransmisores, 98*t*
 - plan asistencial del proceso de enfermería, 323-324
 - signos de alarma, 306, 307*c*
 - terapias creativas en la enfermedad, 316
 - tratamientos y terapias paliativos, 314-316



- Amenorrea, 278
- American Nurses Association (ANA)
Código ético para profesionales de enfermería, 17, 174
sujeciones, físicas y químicas, 301
- American Therapeutic Recreation Association, 315
- Americans with Disabilities Act (1990), 24
- Amígdala, 200*t*
- Amitriptilina, 153*t*
- Amnesia transitoria, alcohólica, 232
- Amok*, explicación, 5*c*
- Amor incondicional, 270
- Amoxapina, 153*t*
- ANA. Véase American Nurses Association (ANA)
- Anfetamina(s)
abuso de sustancias, 234
efectos, sobredosis y abstinencia, 230*t*
sulfato, 263*t*
- Anhedonia, 119
- Anorexia nerviosa
atracción con purga, 279*c*
criterios diagnósticos, 279*b*
rasgos obsesivos-compulsivos, 281
tipo restrictivo, 279*c*
trastorno de Rett, 259
trastornos de la conducta alimentaria, 278-281, 279*f*, 280*f*
- Ansiedad
asistencia de enfermería, 356-357, 357*c*
básica, 34
bulimia nerviosa, 288
definición, 200
mensajes concretos, utilización, 68
neurotransmisores, 98*t*
- Ansiolíticos, 233
no benzodiacepínicos, 214-215*t*
- Antagonistas
descripción, 102
e inhibidores de la recaptación de serotonina (AIRS), 153*t*
- Anticipación como mecanismo de defensa, 33*t*
- Anticolinérgicos, 126*t*, 130
- Anticonvulsivos
interacciones medicamentosas, 213
trastorno bipolar, 162-163*t*, 163-164
- Antidepresivos
depresión, 151-156, 152-154*t*, 152*f*, 154*c*, 154*f*, 155*f*, 156*c*
tetracíclicos (antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos), 153*t*
trastorno(s)
de ansiedad, 213
bipolar, 161
paranoide de la personalidad, 178
tricíclicos
depresión, 153*t*, 154-155
interacciones medicamentosas, 213
ISRS, interacciones, 155
- Antihistamínicos
interacciones medicamentosas, 213
trastornos de ansiedad, 216*t*
- Antipsicóticos
atípicos
esquizofrenia, 123*t*, 129
niños y adolescentes, 268
interacciones medicamentosas, 213
de tercera generación, 124*t*, 129
- típicos, 122, 123*t*, 124-129, 124*c*, 125*f*, 126*t*, 127*f*, 128*c*
trastorno paranoide de la personalidad, 178
- Aparato
digestivo, 229, 231*f*
reproductor, 232
- Apifobia, 211*t*
- Apolipoproteína E (ApoE), 304, 311
- Apoyo
situacional, 358-359, 359*f*
social, utilización, 86
- Apraxia, definición, 304
- Aprendizaje observacional, 42, 42*f*
- Aripiprazol, 124*t*, 129
- Asertividad, formación
estrés y afrontamiento, 87, 88*t*
terapia conductual, 40
- Asesoramiento no crítico, 336, 336*f*
- Asistencia
atributos, 50-53, 50*f*, 52*c*, 53*t*
culturalmente adecuada, normas, 25-26, 264
definición, 50
de enfermería
abuso de sustancias, 241-224, 241*c*, 242*c*, 242*f*
ansiedad, 356-357, 357*c*
comunicación y relación profesional de enfermería-paciente, 72-77, 73-74*t*, 75-76*t*
enfermedad de Alzheimer, 316-323, 317*f*, 318-319*c*, 321*c*, 322*c*, 322*f*
esquizofrenia, 130-138, 131*f*, 132*c*, 133*c*, 135*c*, 136*t*, 138*c*
estrés y afrontamiento, 86-88, 88*t*
habilidades no saludables de afrontamiento y comunicación, 364
holística, 355, 355*f*
manipulación, 366
necesidades espirituales, 369-371, 370*f*
normas de calidad, 17-18
externas, 18
paciente(s)
en crisis, 359-360
enfadados, 362-363
psicobiología y psicofarmacología, 104-106, 105*f*
síndrome de desgaste profesional, 54-58, 54*c*, 55*f*, 56*c*, 57-58*c*, 57*f*, 58*f*
trastorno(s)
de ansiedad, 217-219, 217*c*, 219*c*
de la conducta alimentaria, 287-289, 289*c*
confusional, 301-303
del estado de ánimo, 154, 164-169, 165*t*, 166*c*, 167*f*, 174
infantiles y de la adolescencia, 270-272, 274, 271*t*
de la personalidad, 189-194, 189*t*, 191*c*, 192*c*
- valoración
abuso de sustancias, 241-242, 241*c*, 282*c*, 242*f*
ansiedad, 356
comunicación y relación profesional de enfermería-paciente, 72-73
enfermedad de Alzheimer, 316, 317*f*
esquizofrenia, 130-134, 131*f*, 132*c*, 133*c*
estrés y afrontamiento, 86-87
- habilidades poco saludables de
afrontamiento y comunicación, 364
manipulación, 366
necesidades espirituales, 369-370, 370*f*
paciente(s)
en crisis, 359
enfadados, 362
psicobiología y psicofarmacología, 104
síndrome de desgaste profesional, 54
trastorno(s)
de ansiedad, 217-218, 217*c*
de la conducta alimentaria, 287-288
confusional, 301
del estado de ánimo, 154, 164-167, 165*t*, 166*c*
infantiles y de la adolescencia, 270, 271*t*
de la personalidad, 189
violencia
en el entorno sanitario, 348, 348*f*
familiar y agresión sexual, 343
- violencia
en el contexto sanitario, 348-349, 348*f*
familiar y agresión sexual, 342-344
- integral
abuso de sustancias, 237-239, 238*c*, 239*c*
conducta violenta, 345-347, 346*t*, 347*c*
enfermedad de Alzheimer, 310-316, 311*c*, 311*f*, 312-313*t*, 314*c*
esquizofrenia
espectro continuo de la asistencia, 121
psicofarmacología, 122-130, 123-124*t*, 124*c*, 125*f*, 126*t*, 127*f*, 128*c*
rehabilitación psicosocial, 122
terapia ambiental, 121-122
- TDAH, 261-264, 261*f*, 262*c*, 263*t*, 264*c*
- trastorno(s)
de ansiedad, 211-213, 211*c*, 214-216*t*
bipolar, 161-164, 162-163*t*
de la conducta alimentaria, 284-285
confusional, 299-301, 299*f*
relación profesional de enfermería-paciente, 65*c*
- Asma, 211*c*
- Asociación laxa, 133*c*
- Aspecto(s)
culturales
agorafobia, 206
enfermedad de Alzheimer, 320, 321*c*, 322*c*
personalidad y cultura, 10 176, 176*c*
respuesta de estrés, 84-85, 85*c*
trastorno de personalidad dependiente, 187
- éticos y legales, 14-29
actos de la práctica de enfermería, 19-20
Americans with Disabilities Act (1990), 24
asistencia culturalmente adecuada, niveles de calidad, 25-26, 26*c*
aspectos legales de la enfermería de salud mental, 19-26, 20*f*, 21*c*, 22*f*, 24*f*, 26*c*
Código ético para los profesionales de enfermería, 17, 17*c*
competencia, 22-24, 24*f*, 28
derecho(s)
legales de los pacientes con enfermedad mental, 21-22, 21*c*, 22*f*
tipos, 19, 20*f*
dilemas éticos, definición, 18
documentación, responsabilidad del profesional de enfermería, 24-25

Aspecto(s) (cont.)

efectos adversos de la medicación, 126
 ética
 definición, 15
 en enfermería, 15-16f, 15-19, 174
 final de la unidad, 111
 ingreso hospitalario psiquiátrico, 20-21
 mala praxis, 25
 NCLEX-PN®, preparación del examen, 29
 niveles de calidad asistencial, 17-18
 principios éticos, 18-19
 protocolo asistencial de pensamiento
 crítico, 28
 revisión del capítulo, 27
 valores personales, 15-16f, 15-17
 voluntades anticipadas, 24
 legales. *Véanse también* Aspectos éticos y legales;
 Ética y legalidad, aspectos
 psicosociales en la asistencia de pacientes
 generales, 354-375
 ansiedad, 355-357, 357c
 asistencia de enfermería holística, 355, 355f
 enfermedad crónica, 366-367, 367t
 final de la unidad, 376
 fomento de la patología del paciente por
 nuevos profesionales de enfermería,
 365-366
 habilidades no saludables de afrontamiento y
 comunicación, 363-364
 manipulación, 364-365, 366, 374
 NCLEX-PN®, preparación del examen, 375
 necesidades espirituales, 368-372, 370f
 paciente(s)
 en crisis, 356-360, 358f, 359f
 enfadados, 360-363, 361c, 362f
 plan asistencial del proceso de enfermería,
 371-372
 poblaciones especiales, necesidades
 psicosociales, 368, 368c
 protocolo asistencial de pensamiento crítico,
 374
 revisión del capítulo, 373
 restringido, 133c
 Asperger, trastorno, 259
 Astrafobia, 211t
 Ataxia, 96t
 Atomoxetina, 263, 263t
 Atracón, definición, 281
 Atribuciones, definición, 345
 Aumento de peso, 128
 Autenticidad en la relación profesional de
 enfermería-paciente, 65c
 Auto comprobaciones críticas
 abuso y dependencia de sustancias, 225
 agitación, documentación, 302
 alcohólicos, 229
 Alzheimer, baño de pacientes con enfermedad,
 309
 asistencia
 atributos, 50
 significado, 51
 cambios del estilo de vida, 367
 codependencia, 53
 conducta(s)
 de afrontamiento para la ansiedad, 203
 de autocuidado, 58
 enfermedad mental, tratamiento, 4

fármacos
 antipsicóticos
 de acción prolongada, desventajas, 130
 forma líquida oral, 130
 efectos adversos, ética, 126
 habilidades psicosociales, importancia para los
 profesionales de enfermería, 355
 inteligencias múltiples, teoría, 42
 mecanismos de defensa, 34
 mujer que se queda con una pareja maltratadora,
 336
 necesidades espirituales, satisfacción, 371
 paciente
 anciano, escucha, 38
 con manía, 160
 paradero de los pacientes, control, 319-320
 pensamientos suicidas, respuesta, 151
 percepción como realidad, 360
 recato, personal, 309
 relación terapéutica profesional de enfermería-
 paciente, 64
 respuesta(s)
 de estrés, no farmacológicas, 88
 de los pacientes a la enfermedad física y mental, 7
 síntomas de esquizofrenia, 119
 sistema sanitario estadounidense y principio de
 justicia, 18
 tacto como comunicación no verbal, 67
 toma de decisiones éticas, 19
 trastorno(s)
 de ansiedad, 211
 de la conducta alimentaria, actitudes, 278
 confusional y depresión, 296
 generalizados del desarrollo, riesgo de
 maltrato y abandono, 259
 violencia en televisión, efectos sobre niños, 42
 Autoconcepto
 niños y adolescentes, 269-270, 270c
 teorías del yo, 37
 saludable, 3, 3f
 Autoestima
 asistencia de enfermería, 270-272, 270c
 trastorno(s)
 del aprendizaje, 254, 255
 de la personalidad por evitación, 186
 niños y adolescentes, 269-270, 270c
 Autoevaluación por el paciente, 166
 Autofobia, 211t
 Autoinculpación, 86
 Autolesiones
 ejercicio de los cinco sentidos, 192
 trastorno(s)
 límite de la personalidad
 mentales frecuentes, 6c
 Autonomía como principio ético, 18
 Autorrevelación
 límites, fomento, profesionales saludables, 76
 proceso de comunicación, 68, 69t
 Aviofobia, 211, 211t
 Avoliación, definición, 119
 Axones, 98
 Azaspironas, 214-215t

B

Bandura, Albert, 42
 Baño, negativa, 308-309, 318c

Barbituratos
 efectos, sobredosis de abstinencia, 230t
 trastornos de ansiedad, 213
 Battered Immigrant Women Program, 341c
 Beattie, Melody, 52
 Beck, cuestionario de depresión, abreviado, 164, 165t
 Bellevue Training School, 8
 Beneficencia, 18
 Benzodiazepinas
 efectos, sobredosis y abstinencia, 230t
 interacciones medicamentosas, 213
 trastornos de ansiedad, 213, 214t, 215t, 216t
 Benzotropina, 126t
 Betabloqueantes, 214t, 215t
Beyond Codependency (Beattie), 52
 Bilis, explicación, 5c
 Biperideno, 126t
 Bloqueo, definición, 133c
 Bulimia nerviosa, 281, 281f, 282c, 289-291
 purga, 282c
 sin purga, 282c
 Bupropión
 demencia, 314
 depresión, 152t
 Buspirona
 demencia, 314
 trastornos de ansiedad, 214-215t

C

Cafeína, 235-236, 236t, 237f
 Caídas, protección, 317, 319
 Cambio(s)
 del estilo de vida y obesidad, 286
 neuroquímicos en la esquizofrenia, 116
 de paradigma en el modelo de enfermería, 46
 de tema como barrera a la comunicación, 70t, 71
 Canal iónico de las dendritas, 98
 Cannabis, 235, 236t
 Capacitación de los pacientes, 104-105, 105f
 Caquexia, 279
 Cara en máscara, 125
 Carbamacepina
 trastorno bipolar, 162-163t, 163-164
 violencia en el entorno sanitario, 347
 Caribe, origen, pacientes, 133c
 Catastrofizar, definición, 283
 Causalidad de las lesiones, 25
 Causas biológicas de conducta violenta, 344-345,
 345f
 Ceguera, 95t
 Celecoxib, 314
 Centers for Medicare and Medicaid Services,
 300-301, 347
 Centro(s)
 asistenciales a largo plazo
 aspectos legales, 340
 maltrato de ancianos, 340, 340f
 sanitario, violencia, 344-347, 345f, 346t, 347c
 Cerebelo, 96t
 Ciclo de violencia
 maltrato infantil, 338, 339f
 violencia familiar, 334, 334f
 Ciclopironas, 215t
 Cinco
 C de la asistencia, 50, 50f
 rasgos de la personalidad principales (*Big Five*), 39



- Cinofobia, 211*t*
Círculo(s)
 «de confidencialidad», 23, 24*f*
 viciosos de conducta, 177, 177*f*
Cirrosis, 231, 231*f*
Citalopram
 demencia, 314
 depresión, 152*t*
Clarificación, 73*t*
 del significado, 66*c*
 de los valores, definición, 15-16, 15-16*f*
Claustrofobia, 210, 210*f*, 211*t*
Clichés, 70*t*, 71
Clomipramina, 153*t*
Clonacepam, 214*t*, 216*t*
Clonidina, 238
Cloracepato, 214*t*, 216*t*
Clordiacepóxido, 214*t*, 216*t*
Clorpromacina
 descubrimiento, 8
 esquizofrenia, 123*t*
Clozapina
 agranulocitosis, 129
 esquizofrenia, 123*t*
Cocaína
 abuso de sustancias, 234, 234*f*
 efectos, sobredosis y abstinencia, 230*t*
Codeína, 230*t*
Codependencia
 características, 524
 profesionales de enfermería y asistencia, 52-53
 superación, 53, 53*t*
Codependent no more (Beattie), 52
Código ético para profesionales de enfermería de la ANA, 17, 17*c*
Coenzima Q10 (ubiquinona), 314*c*
Cognición, definición, 40
Cognitivo, definición, 212
Cólera, explicación, 5*c*
Compasión, 50
Compensación como mecanismo de defensa, 63*t*
Competencia
 autoestima, 270
 cinco C de la asistencia, 50
 de los pacientes, 22-24, 24*f*, 28
 para ser juzgado, 23
Complejo de inferioridad, 34
Compromiso, 203
 asistencial, 50
Compulsiones, definición, 207
Comunicación
 autorrevelación, 68, 69*t*
 barreras, 69-72, 70*t*, 72*c*
 reconocimiento, 77
 congruencia, 68
 empatía, 69
 por escrito, 66
 escucha activa, 68
 espacio personal, 67-68, 67*f*
 explicación, 65, 65*f*
 mensajes concretos, 68
 no saludable, 363
 no verbal, 66-67, 66*f*
 profesional, 55-56, 56*c*
 terapéutica, 73-74, 73-74*t*, 77
 apertura con preguntas abiertas, 73*t*
 comunicación y relación profesional de enfermería-paciente, 73-74, 73-74*t*
 habilidades, utilización, 77
 tipos, 66-67, 66*c*, 66*f*, 67*f*
 trastorno autista, 258, 258*f*
 verbal, 66, 66*c*, 66*f*
Conciencia, 50
Concreción en la relación profesional de enfermería-paciente, 65*c*
Condicionamiento
 clásico, 40
 operativo, 40
Condiciones psicosociales y trastorno confusional agudo, 297*c*
Conducta(s)
 adaptativa, 34
 agresiva
 paciente con riesgo, 346-347, 347*c*
 teoría del aprendizaje social, 42, 42*f*
 ansiedad, 356
 Asperger, trastorno, 259
 de atención, 68
 de búsqueda de asistencia, 184
 catatónica
 esquizofrenia, 118
 valoración del estado mental, 133*c*
 conducta pasiva-agresiva, 363
 demencia, 304, 304*f*
 desorganizada, 118
 documentación, 25
 enfermedad de Alzheimer, 308-310, 310*f*, 317, 318-319*c*
 impulsiva
 afecto inadecuado, 180
 conducta de ansiedad, 356
 ira del paciente, 361
 como mecanismo de defensa, 33*t*
 suicidio, 268
 TDAH, 260, 264, 261*f*
 trastorno(s)
 antisocial de la personalidad, 181
 límite de la personalidad, 183
 de la personalidad, 177
 inflexibilidad, 177
 maladaptativa como mecanismo de defensa, 34
 motivación, 32
 pasiva-agresiva, 363
 personas sanas mentalmente, 4
 responsabilidad personal, 38
 de retirada (emocional), 202, 218, 356
 trastorno(s)
 autista, 258
 confusional y demencia, comparación, 297*t*
 esquizotípico de la personalidad, 179, 180, 180*f*
 de la infancia y la adolescencia, valoración, 271*t*
 límite de la personalidad, 182
 de la personalidad, 177
 violenta, 344-345, 345*f*
Confianza
 en uno mismo, 187
 y asistencia, 50
Confidencialidad, 23-24, 24*f*
Congruencia en la comunicación, 68
Connecticut Training School, 8
Conocimiento de uno mismo, 54-55, 55*f*
Consciencia, 39
Consentimiento informado, 23
Consideraciones
 al alta en la asistencia de enfermería
 abuso de sustancias, 243-244
 enfermedad de Alzheimer, 320-323, 321*c*, 322*c*, 322*f*
 esquizofrenia, 137-138, 138*c*
 trastornos
 de la conducta alimentaria, 289, 289*c*
 del estado de ánimo, 169, 174
 culturales
 alcoholismo, 238*c*
 asistencia de los ancianos, 321*c*
 cultura de la enfermería, 56*c*
 datos paralingüísticos, 66*c*
 depresión, síntomas y signos, 166*c*
 estrés, efecto de la cultura sobre los síntomas y signos, 85*c*
 imagen corporal, 284*c*
 ira, expresión, 361*c*
 lenguaje en la valoración de los trastornos de la comunicación, 257*c*
 modelo de evaluación transcultural, 45*c**f*
 normas para los servicios sanitarios adecuados desde los puntos de vista cultural y lingüístico, 26*c*
 personalidad y cultura, 176*c*
 relativismo cultural, 133*c*
 tasa metabólica, variaciones étnicas, 102*c*
 trastorno de estrés postraumático, 208*c*
 valoración de la cultura y síndromes ligados a la cultura, 54
 violencia contra mujeres inmigrantes, 341*c*
 de enfermería
 fármacos para el TDAH, 263*t*
 trastorno(s)
 del aprendizaje, 256, 256*c*
 autista, 258-259, 258*f*
Consumo compulsivo de sustancias, 227*c*
«Contar monedas», 133*c*
Contratransferencia, 72, 72*c*
Controversia de naturaleza o crianza, 38
Convulsiones, 128-129
Corteza cerebral, 95*t*
Creatividad y salud mental, 3-4
Crisis
 de angustia, 204
 definición, 357
 factores de riesgo para su aparición, 358-359
 hipertensivas con IMAO, 156, 156*c*
 madurativa, 357
 oculógira, 125
 prevención, 359, 359*f*
 progresión, 357, 358*f*
 como reflejo de psicopatología, 358
 situacional, 357-358
 tipos, 357-358
Criterios de calidad internacionales de la asistencia de enfermería, 18
Cuerpos emaciados, 279
Cuidadores
 asistencia, 54*c*
 enfermedad de Alzheimer, 320-323, 321*c*, 322*c*, 322*f*
 maltrato de ancianos, 340
Cumplimiento terapéutico
 fármacos, 122
 litio, 163

«Cunas» para pacientes con trastornos mentales, 8f
CX516, 313

D

Datos paralingüísticos, 66c
Deber, 25
Decanoato, formas farmacéuticas, 129
Declaración universal de derechos de los pacientes
con enfermedad mental, 21, 21c
«Declaraciones espontáneas en estado de
excitación», 341
Defensa de los pacientes
esquizofrenia, 139
trastornos del estado de ánimo, 170c
vulnerabilidad de personas con enfermedad
mental, 11
Defensor del pueblo, 340
Déficit de los autocuidados
enfermedad de Alzheimer, 308-309, 318c
esquizofrenia, 137
Delirio(s)
de difusión del pensamiento, 118t
de inserción del pensamiento, 118t
de persecución, 118t
de referencia, 118t
somáticos, 118t
Demencia
comparación con trastorno confusional, 296,
297t
definición, 303
estática, 303
progresiva, 303
remitente, 303
y trastornos cognitivos, 295-327
asistencia
de enfermería, 316-323, 317f, 318-319c,
321c, 322c, 322f
integral, 310-316, 311c, 311f, 312-313t,
314c
clasificación del DSM-IV-TR, 296, 296c
conductas asociadas a la EA, 308-310, 310f
diagnóstico, 297t, 303-304, 303c, 304f
etiología de la EA, 305-306, 306f
factores de riesgo de EA, 304-305
fármacos, 311-314, 312-313t, 314c
fases de la EA, 306-308
final de la unidad, 328
NCLEX-PN®, preparación del examen, 327
plan asistencial del proceso de enfermería,
323-324
protocolo asistencial de pensamiento crítico,
326
pruebas diagnósticas y de cribado, 310-311,
311c, 311f
revisión del capítulo, 325
signos de alarma de EA, 306, 307c
tipos y causas de EA, 304-306, 306f
trastorno confusional
asistencia
de enfermería, 301-303
integral, 299-301, 299f
causas, 296, 297c
criterios diagnósticos, 296, 296c, 297t
herramientas de cribado, 300
historia clínica, 300
manifestaciones, 297-299, 298t

pruebas diagnósticas, 299-399f
sujeciones, 300-301
tratamientos y terapias paliativos, 314-316
Dendritas, 97
Department of Health and Human Services, 9, 9c
Depresión. *Véase también* Trastorno depresivo mayor
en el adolescente, 267-268, 268c. *Véase también*
Infancia y adolescencia, trastornos
anatomía y función del encéfalo, 96t
anorexia nerviosa, 281
asistencia integral, 151, 152f
bulimia nerviosa, 281
características clínicas, 147, 147c, 148f
causas, 145-146, 146f
estigma asociado, 148-149
evolución de la enfermedad, 146
factores de riesgo, 146c
neurotransmisores, 98t
niños y adolescentes, 267-268, 268c
posparto, 146-147
psicobiología de los trastornos mentales, 101t
respiratoria, 230t, 233
suicidio en adolescentes, 269
trastorno(s)
afectivo estacional, 147, 147f
de la conducta alimentaria, 282
depresivo mayor, 144-149, 145f, 146c, 146f,
147c, 147f, 148f
límite de la personalidad, 184
varones con trastornos de la conducta
alimentaria, 282
Derecho(s)
civil, 19
consuetudinario, 19
legislado, 19
de los pacientes, 21-22, 21c, 22f
civiles, 21-22, 22f
penal, 19
Desarrollo
embrionario, y retraso mental, 254c
psicosocial, teoría de Freud, 31-32
psicosocial, 35-37, 35f, 36-37t, 36f, 37-38
tarear
desarrollo psicosocial, 35-37, 35f, 36-37t,
36f, 37-38
trastornos mentales, efectos, 253-254, 253f,
254c
Desconexión temporal, explicación, 5c
Desdoblamiento, definición, 365
Desensibilización, 40
Desesperanza
suicidio en adolescentes, 269
trastornos del estado de ánimo, 169
Deshidratación
consumo de antidepresivos por ancianos, 154c
litio, 163
Deshidroepiandrosterona (DHEA), 314c
Desinstitucionalización de los pacientes, 8-9
Desipramina, 153t
Despersonalización, trastorno
de angustia, 204
límite de la personalidad, 183
Desplazamiento como mecanismo de defensa, 33t
Despolarización de las células nerviosas, 98
Desrealización, 204
Desintoxicación, definición, 237. *Véase también*
Abstinencia del uso de sustancias

Deterioro cognitivo leve, 304
Dextroanfetamina, 263t
DHEA (deshidroepiandrosterona), 314c
Diabetes
efectos adversos de los fármacos antipsicóticos,
128
enfermedad de Alzheimer, 304
fármacos antipsicóticos atípicos, 129
*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,
Fourth Edition, Text Revision*, (DSM-IV-TR,
Manual diagnóstico y estadístico de los
trastornos mentales, cuarta edición, texto
revisado)
abuso de sustancias y dependencia, 226-227, 227c
anorexia nerviosa, 279c
base cultural, 5c
bulimia nerviosa, 282c
criterios diagnósticos, 4, 6
demencia y trastornos vivos, 296, 296c, 297t,
303-304
enfermedad de Alzheimer, 303c
episodios
depresivos mayores, 144c
maníacos, 159c
esquizofrenia, 116
TDAH, 259, 260c
trastorno(s)
de ansiedad, 203
por separación, 265
mentales, 94
de la personalidad, 176-177, 177t
Diacepam, 214t, 216t
Diagnóstico(s)
duales, 120, 239-240, 240f
en los planes asistenciales del proceso de
enfermería
comunicación eficaz con el paciente, 78
paciente
con afrontamiento ineficaz, 89, 244
con bulimia nerviosa, 290
con depresión, 170
con disposición a mejorar los
conocimientos, 106
con EA en fase media, 323
en una relación de maltrato, 349-350
con síndrome neuroléptico maligno, 138
con sufrimiento espiritual, 371
con TDAH, 272
con trastorno
de ansiedad generalizada, 220
límite de la personalidad, 195
planificación y aplicación en la asistencia de
enfermería
abuso de sustancias, 242-243
afrontamiento, 364
ansiedad, 356-357, 357c
enfermedad de Alzheimer, 316-320,
318-319c
esquizofrenia, 134-137, 135c, 136t
estrés y afrontamiento, 87-88, 88t
manipulación, 366
necesidades espirituales, 370-371
paciente(s)
en crisis, 359-360
enfadados, 362-363
psicobiología y psicofarmacología, 104-106,
105f



relación profesional de enfermería-paciente y comunicación, 73-74*t*, 73-77, 75-76*t*
síndrome de desgaste profesional, 54-58, 54*c*, 55*f*, 56*c*, 57-58*c*, 57*f*, 58*f*
trastorno(s)
 de ansiedad, 218-219, 219*c*
 de la conducta alimentaria, 288-289
 confusional, 301-303
 del estado de ánimo, 67-169, 167*f*
 infantiles y de la adolescencia, 270-272
 de la personalidad, 189-194, 189*t*, 191*c*, 192*c*
 violencia
 en el contexto sanitario, 348-349
 familiar y agresión sexual, 343-394
Dietilamida del ácido lisérgico (LSD), 234, 236*t*
Difenhidramina
 en los síntomas extrapiramidales, 126*t*
 trastornos de ansiedad, 216*t*
Dimensiones de la persona, 355, 355*f*
Discinesia, 124*c*, 125, 126, 127*f*
 tardía, 125
Disfunción vestibular, 211*c*
Dislexia (trastorno de lectura), 255, 255*f*
Disociación como mecanismo de defensa, 33*t*
Distonía, 124-125, 124*c*
Distorsiones cognitivas, trastorno(s)
 de la conducta alimentaria, 283
 esquizotípico de la personalidad, 179-180
Distractibilidad, 159-160, 159*c*
Distribución de la medicación, 102
Disulfiram, 238
Diversiones, suministro, 302
División del personal, definición, 361
Dix, Dorothea, 7
Documentación
 aspectos legales en la violencia familiar, 341
 historia de pacientes con trastornos de ansiedad, 217*c*
 pacientes con trastorno(s)
 de ansiedad, 217*c*
 confusional, 302
 responsabilidad del profesional de enfermería, 24-25
 valoración de los trastornos del estado de ánimo, 166
Dolor, reacción del paciente, 365-366
Donepecilo, 312-313, 312*t*
Dopamina, 98*t*
Doxepina, 153*t*
Drogas ilícitas, y trastornos de ansiedad, 203
DSM. Véase *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*, (DSM-IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado)
Duloxetina, 152*t*

E

EA (enfermedad de Alzheimer). Véase Alzheimer, enfermedad, (EA)
Ecolalia, 115, 133*c*
Ecopraxia, 115
Educación parental
 crianza afectuosa de los hijos, 338, 339*c*
 TDAH, 264, 264*c*

Efectos
 adictivos de las drogas, 237
 adversos de fármacos, 102
 descripción, 102
 fármacos para el TDAH, 262-263, 263*t*
 colaterales anticolinérgicos
 antidepresivos, 155
 efectos colaterales de los fármacos
 antipsicóticos, 128, 128*c*
 tóxicos, 155, 155*f*
 de los fármacos, 102
Eje HHS (hipotalámico-hipofisario-suprarrenal), 145
Ejercicio(s)
 bulimia nerviosa, 281
 de los cinco sentidos, 192
 de relajación
 terapia conductual, 40
 trastornos de ansiedad, 219, 219*c*
 trastorno depresivo mayor, 157
Ello (*id*), 31
Embolia de pulmón, 211*c*
Emocionalidad, 184
Emociones, trastorno(s)
 límite de la personalidad, 182-183
 de la personalidad, 177
Empatía
 atención, 50
 comunicación eficaz, 69
 relación profesional de enfermería-paciente, 65*c*
 trastorno
 antisocial de la personalidad, 181
 disocial, 265
 narcisista de la personalidad, 185
Encefalitis, 211*c*
Encéfalo/cerebro
 anatomía y funciones, 94-100, 94*f*, 95-96*t*, 96*t*, 97*f*, 98*t*, 99*t*, 100*f*
 cambios conductuales relacionados con la lesión
 de áreas específicas, 304*f*
 causas biológicas de la conducta violenta, 344-345, 345*f*
 esquizofrenia, 116
 estudios de imagen, 98-100, 99*t*, 100*f*
 psicobiología de los trastornos mentales, 101*t*
Encefalopatía
 alcohólica (síndrome de Wernicke), 232
 hepática, 231-232
Encopresis, 267
Enfermedad(es). Véase Trastornos y enfermedades
 médicas
 crónicas, 366-367, 367*t*
 mental
 diagnóstico dual con abuso de sustancias, 120, 239-240, 240*f*
 EE. UU., datos sobre incidencia, 64
 entorno y genética, interacción, 253, 253*f*
 estigma, 7
 genética, 100
 perspectivas históricas, 7-9, 8*f*, 9*c*
 recuperación, 120, 121*f*
 vulnerabilidad de los pacientes, 11, 12*f*
 pulmonar obstructiva crónica, 211*c*
Enfermería
 asistencia. Véase Asistencia de enfermería
 consideraciones. Véase Consideraciones de enfermería
 cultura, 56*c*

deterioro, definición, 240
implicaciones. Véase Implicaciones de enfermería, teorías
mentalmente saludable, 49-61
 asistencia
 atributos, 50-53, 50*f*, 52*c*, 53*t*
 de enfermería, 54-58, 54*c*, 55*f*, 56*c*, 57-58*c*, 55*f*, 58*f*
 final de la unidad, 111-112
 NCLEX-PN®, preparación del examen, 61
 protocolo asistencial de pensamiento crítico, 60
 revisión del capítulo, 59
 síndrome de desgaste profesional, 53-58, 54*c*, 55*f*, 56*c*, 57-58*c*, 56*f*, 58*f*
Enfoque como técnica de comunicación, 74*t*
Engaño, 181
Entomofobia, 211*t*
Entorno
 factores culturales relacionados, 5*c*
 resiliencia, 253
 retraso mental, 254*c*
 simplificación para los pacientes con trastorno confusional, 303
 trastorno(s)
 de la conducta alimentaria, 283
 límite de la personalidad, 182
Enuresis, 266-267, 267*f*
Epilepsia del lóbulo temporal, 344-345
Equilibrio hídrico y electrolítico, 163
Erikson, Erik, 35-37, 35*f*, 36-37*t*, 36*f*, 37-38
Eritema palmar, 229, 231*f*
Escala
 abreviada para determinar la gravedad de la demencia, 311
 de depresión geriátrica, 148, 150, 154, 164
 de movimientos involuntarios anormales, 126, 127*f*
 de valoración del trastorno confusional, 300
Escitalopram, 152*t*
Escucha activa
 ansiedad, 357, 357*c*
 estrategia de comunicación, 68
Espacio
 personal, 66-68, 67*f*
 íntimo, 67*f*, 68
 público, 67, 67*f*
 social, 67, 67*f*
Espectro continuo de la asistencia, 121
Espiritualidad
 definición, 368
 enfermería mentalmente saludable, 58, 58*f*
Esquizofrenia, 114-142
 anatomía y función del encéfalo, 95*t*, 96*t*
 asistencia
 de enfermería, 130-138, 131*f*, 132*c*, 133*c*, 135*c*, 136*t*, 138*c*
 integral
 espectro continuo de la asistencia, 121
 psicofarmacología, 122-130, 123-124*t*, 124*c*, 125*f*, 126*t*, 127*f*, 128*c*
 rehabilitación psicosocial, 122
 terapia ambiental, 121-122
 causas, 115-116
 criterios diagnósticos, 117*c*
 defensa de los pacientes, 139
 descripción, 115

Esquizofrenia (*cont.*)

- deterioro, 116
 - conducta violenta, 345
 - valoración de la esquizofrenia, 130-131, 133
 - diagnóstico y características clínicas, 116-119, 117c, 118t
 - evolución de la enfermedad, 119-120, 119f
 - final de la unidad, 249
 - NCLEX-PN®, preparación del examen, 142
 - neurotransmisores, 98t
 - niños y adolescentes, 268
 - plan asistencial del proceso de enfermería, 138-139
 - protocolo asistencial de pensamiento crítico, 141
 - psicobiología de los trastornos mentales, 101t
 - rechazo del tratamiento por el paciente, 28
 - recuperación, 120, 121f
 - revisión del capítulo, 140
 - tipo
 - catatónico, 115
 - desorganizado, 115
 - indiferenciado, 115
 - paranoide, 115
 - trastornos mentales frecuentes, 6c
- Estabilidad emocional, 39
- Estabilizadores del estado de ánimo, 161
- Estación de nacimiento, y esquizofrenia, 116
- Estado
- de ánimo
 - definición, 144
 - disfórico, 144
 - elevado, 144
 - eufórico, 133c
 - eutímico, 144
 - irritable, 144
 - trastornos infantiles y de la adolescencia, valoración, 271t
 - mental
 - grandiosidad y valoración, 133c
 - valoración
 - esquizofrenia, 130, 131f, 132c, 133c
 - trastornos del estado de ánimo, 166-167
- Estadounidenses de origen
- asiático
 - alcoholismo, aspectos culturales, 238c
 - depresión, síntomas y signos, 166c
 - tasa metabólica, variaciones étnicas, 102c
 - europeo
 - alcoholismo, aspectos culturales, 238c
 - depresión, síntomas y signos, 166c
 - relativismo cultural, 133c
 - tasa metabólica, variaciones étnicas, 102c
 - latino
 - depresión, síntomas y signos, 166c
 - relativismo cultural, 133c
 - nativo, 133c
- Estazolam, 215t, 216t
- Estigmas
- abuso y dependencia de sustancias, 225
 - depresión, 148-149
 - enfermedad mental, 7
 - obesidad, 286, 286f
- Estimulación magnética transcraneal, 158, 158f
- Estrés
- adaptación, 85-86, 86t
 - y afrontamiento, 82-92
 - asistencia de enfermería, 86-88, 88t

- estrés, adaptación, 85-86, 86t
 - final de la unidad, 112
 - homeostasis, 83, 83f
 - NCLEX-PN®, preparación del examen, 92
 - plan asistencial del proceso de enfermería, 88-89
 - protocolo asistencial de pensamiento crítico, 91
 - respuesta de estrés, 83-85, 83f, 85c, 84f, 85f
 - revisión del capítulo, 90
 - asistencia, atributos, 50-51, 50f
 - reacciones fisiológicas al estrés crónico, 84
- Estresantes
- definición, 83, 83f
 - posibles, 84, 85f
- Eszopiclona, 215t
- Ética y legalidad, aspectos. *Véase también* Aspectos éticos y legales
- actos prácticos de profesional de enfermería, 19-20
 - Americans with Disabilities Act (1990), 24
 - asistencia culturalmente adecuada, criterios de calidad, 25-26, 26c
 - competencia, 22-24, 24f, 28
 - derecho(s)
 - mentales de los pacientes de salud mental, 21-22, 21c, 22f
 - tipos, 19, 20f
 - documentación, responsabilidad del profesional de enfermería, 24-25
 - ingreso hospitalario psiquiátrico, 20-21
 - mala praxis, 25
 - violencia familiar, 340-342, 331c
 - voluntades anticipadas, 24
- Evaluación
- en la asistencia de enfermería
 - abuso de sustancias, 243
 - afrontamiento y habilidades de comunicación no saludables, 364
 - ansiedad, 357
 - comunicación y relación profesional de enfermería-paciente, 77
 - enfermedad de Alzheimer, 320
 - esquizofrenia, 137
 - estrés y afrontamiento, 88
 - necesidades espirituales, 371
 - pacientes en crisis, 360
 - enfadados, 363
 - psicobiología y psicofarmacología, 106
 - síndrome de desgaste profesional, 58
 - trastorno(s)
 - de ansiedad, 219
 - de la conducta alimentaria, 289
 - confusional, 303
 - del estado de ánimo, 169
 - infantiles y de la adolescencia, 272
 - de la personalidad, 194
 - violencia
 - en el contexto sanitario, 349
 - familiar y agresión sexual, 344
 - protocolos asistenciales del proceso de enfermería
 - comunicación eficaz con el paciente, 78
 - paciente(s)
 - con afrontamiento ineficaz, 89
 - individual, 245
 - con bulimia nerviosa, 295
 - con depresión, 171

- con disposición a mejorar los conocimientos, 107
 - con EA en fase media, 324
 - en una relación de maltrato, 350
 - con síndrome neuroléptico maligno, 139
 - con sufrimiento espiritual, 372
 - con TDAH, 273
 - con trastorno
 - de ansiedad generalizada, 220
 - límite de la personalidad, 195
 - como técnica de comunicación, 74t
- Evitación como respuesta de estrés, 86
- Exacerbación
- de enfermedades crónicas, 366
 - de la esquizofrenia, 119
- Excreción de fármacos, 102
- Expectativas
- del propio yo, 56
 - de la sociedad, 181, 181f
- Exploración
- abreviada del estado mental (*Mini-Mental State Examination*), 311, 311c
 - de Folstein (*Folstein Mini-Mental State Exam*), 300
 - física
 - aspectos legales en la violencia familiar, 341
 - contexto psiquiátrico, 133-134
- Exposición y prevención de la respuesta, 212
- Éxtasis (MDMA), 235, 236t
- Extinción de una conducta aprendida, 40
- Extroversión
- cinco rasgos de personalidad principales (*Big Five*), 39
 - teoría biológica de la personalidad, 38
- Eysenck, Hans, 38

F

- Fabulación
- enfermedad de Alzheimer, 307
 - Korsakoff, síndrome, 232
- Facilitación, descripción, 145
- Factores
- del aprendizaje social, 345, 345f
 - protectores frente al suicidio, 149c
 - de riesgo
 - depresión, 146c
 - enfermedad mental, 10f
 - suicidio, 149f
 - trastorno confusional, 298-299
 - violencia familiar, 333
- Fallo, explicación, 5c
- Falta
- de atención, 260, 260c
 - de respeto como barrera a la comunicación, 70t, 71
- Familias
- aportaciones, para la valoración, 134
 - enfermedad de Alzheimer, 316
 - violencia, 331-337, 332f, 334c, 334f, 336c
 - agresores, 341-342, 331c
- Farmacocinética, 101-102, 102f
- Farmacodinámica
- fases del tratamiento farmacológico, 102-103
 - psicofarmacología, 102-103, 102c, 103f
 - síntomas diana, 103, 103f

Fármacos

- abuso
 - neurotransmisores, 98*t*
 - violencia familiar, 333-334
- contra la ansiedad
 - efectos, sobredosis y abstinencia, 230*t*
 - trastornos de ansiedad, 213, 214-216*t*
- cumplimiento, 122
- enfermedad de Alzheimer, 311-314, 312-313*t*, 314*c*
- interacciones medicamentosas, 213
- pronóstico de la esquizofrenia, 120
- psicotrópicos, en los trastornos mentales, 94
- sedantes y hemipléjicos no benzodiacepínicos, 215-216*t*
- sedantes-hipnóticos, 213, 215-216*t*
 - benzodiacepínicos, 215*t*, 216*t*
- síntomas depresivos, 146
- TDAH, 262-263, 263*t*
- trastornos
 - de ansiedad, 212-213, 214-216*t*
 - de la conducta alimentaria, 284
- violencia en el contexto sanitario, 347

Fase(s)

- de autonomía frente a vergüenza y duda del desarrollo psicosocial, 36*t*
- de confianza frente a desconfianza del desarrollo psicosocial, 36*t*
- de estabilización del tratamiento farmacológico, 102-103
- de identidad frente a confusión de roles del desarrollo psicosocial, 36*f*, 36*t*
- de iniciativa frente a culpa del desarrollo psicosocial, 36*t*
- de intimidad frente a aislamiento del desarrollo psicosocial, 36*t*
- de laboriosidad frente a inferioridad del desarrollo psicosocial, 36*t*
- de mantenimiento del tratamiento farmacológico, 103
- de las operaciones
 - concretas del desarrollo cognitivo, 41
 - formales del desarrollo cognitivo, 41
- de orientación de la relación profesional de enfermería-pacientes, 64
- preoperacional del desarrollo cognitivo, 41
- prodrómica de la esquizofrenia, 119
- de productividad frente a estancamiento del desarrollo psicosocial, 37*t*
- sensitivomotora del desarrollo cognitivo, 41
- de terminación de la relación profesional de enfermería-paciente, 64
- de trabajo de la relación profesional de enfermería-paciente, 64

Fe judía, 238*c*

Fenciclidina (PCP), 234, 236*t*

Fenelcina, 154*t*

Fenitoína, 347

Fenómeno del atardecer, 308, 318*c*

Fenomenología, 43

Feocromocitoma, 211*c*

Fidelidad como principio ético, 18

Final de unidad

- asistencia de enfermería de pacientes con trastornos mentales, 249-250
- relacionados con el desarrollo, 328

- fundamentos de la enfermería de salud mental, 111-112
- temas especiales en enfermería de salud mental, 376

Flufenacina

- esquizofrenia, 123*t*
- inyección de depósito, 129

Fluoxetina

- demencia, 314
- depresión, 152*t*
- con olanzapina en el trastorno bipolar, 164
- trastornos de alimentación, 284
- violencia en el contexto sanitario, 347

Fluracepam, 215*t*, 216

Fluvoxamina, 152*t*

Fobia(s), 211*t*

- definición, 209
- desensibilización, 40
- específicas, 210-211, 210*f*, 211*t*, 212
- social (trastorno de ansiedad social), 209-210, 212

Formación de reacción como mecanismo de defensa, 33*t*

Formalidad en la relación profesional de enfermería-paciente, 65*c*

Formas orales líquidas de la medicación, 130

Fotosensibilidad, 129

Frankl, Victor, 43

Freud, Sigmund, 31, 32, 34

Fuga de ideas

- estado mental, valoración, 133*c*
- trastornos del estado de ánimo, valoración, 166-167

Función

- ejecutiva, definición, 116
- renal, 161
- sexual, 233
- social
 - esquizofrenia, 137
- trastorno(s)
 - Asperger, 259
 - autista, 258
 - del estado de ánimo, 168
 - de la infancia y la adolescencia, valoración, 271*t*
- tiroidea, 161

G

GABA (ácido gamma-aminobutírico), 98*t*

Galactorrea, 128

Galantamina, 312-313, 312*t*

Gardner, Howard, 41-42

Gefirofobia, 211*t*

Generalizaciones como barrera a la comunicación, 70*t*, 71

Genética

- Alzheimer, 304, 311
- depresión, 145
- enfermedad mental, 100
- esquizofrenia, 115-116
- resiliencia, 253
- retraso mental, 254*c*
- TDAH, 259-260
- trastorno(s)
 - bipolar, 160
 - de la conducta alimentaria, 282, 283*f*

Gestación, 163

Ginecomastia, 128

Ginkgo biloba, 314*c*

Glándula suprarrenal, 145

Glaucoma, 155

Glutamato, 98*t*

Grupos de apoyo

- abuso de sustancias, 239, 239*c*
- necesidades psicosociales de poblaciones especiales, 368, 368*c*
- trastorno bipolar, 164

H

Habla

- apresurada, 158
- circunstancial, 133*c*
- impresionista, 184
- en la valoración del estado mental, 271*t*

Haloperidol

- demencia, 313
- esquizofrenia, 123*t*
- inyección de depósito, 129
- trastorno confusional, 301
- violencia en el contexto sanitario, 347

Harrell, Tom, 119, 119*f*

Healthy People 2010, iniciativa, 9*c*

Hematofobia, 211*t*

Hepatitis, 229, 231*f*

Heroína, 230*t*

Hidrocloruro de naloxona, 233

Hidrofobia, 211*t*

Hidroxicina, 216*t*

Hierba de San Juan (hipérico), 155, 155*f*

Hiperactividad con TDAH, 260, 264, 260*f*

Hiperoralidad, 308

Hipertiroidismo, 211*c*

Hipnóticos

- abuso de sustancias, 233
- efectos, sobredosis y abstinencia, 230*t*

Hipocampo, 200*t*

Hipócrates, 7

Hipocresía, definición, 16

Hipófisis, 145

Hipoglucemia, 211*c*

Hipotálamo

- depresión, 145
- trastornos de ansiedad, 200*t*

Hipotensión ortostática

- consumo de antidepresivos por ancianos, 154*c*
- efectos adversos de los fármacos antipsicóticos, 128, 128*c*

Historia clínica. Véase Documentación y trastorno confusional, 300

Holismo, definición, 31

Homeostasis, emocional, 83, 83*f*

Homosexuales masculinos, homosexuales

- femeninos, bisexuales y transexuales, 269

HOPE (esperanza [*hope*], religión organizada, espiritualidad personal, efectos sobre la asistencia médica o aspectos relacionados con el final de la vida) acróstico para valorar la salud espiritual, 369

Hormonas, 101*t*

Horney, Kaern, 34-35, 35*f*

Hospitales psiquiátricos, establecimiento de los primeros, 7

Hostilidad, 217
Humanismo, definición, 359
Humor(es)
 corporales como causa de enfermedad, 7
 como mecanismo de defensa, 33*t*
Huntington, enfermedad, 98*t*
Hupercina A, 314*c*

I

Ibuprofeno, 314
Ideación suicida
 descripción, 150
 valoración, 166
Ideas
 delirantes
 esquizofrenia, 117, 118*t*, 136*t*
 extrañas, 118*t*
 de grandeza, 118*t*
 tipos, 118*t*
 valoración del estado mental, 133*c*
 de referencia
 trastorno esquizotípico de la personalidad, 180
 valoración del estado mental, 133*c*
Identidad personal, definición, 269
Idioma extranjero
 asistencia adecuada culturalmente, 26, 264
 trastornos de la comunicación, valoración, 257*c*
Ilusiones, 307
Imagen
 corporal
 anorexia nerviosa, 279, 280*f*
 definición, 269
 influencias culturales, 283, 284*c*
 de uno mismo, 183
IMAO. Véase Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO)
Imidazopiridinas, 215-216*t*
Imipramina, 153*t*
Implicaciones de enfermería, teoría(s)
 biológica de la personalidad, 39
 cognitivas de la personalidad, 43
 conductistas y del aprendizaje, 40
 humanistas de la personalidad, 45-46, 45*cf*
 interpersonales, 46
 psicoanalítica, 34
 de los rasgos, 39
 del yo, 37-38
Incompetencia legal, 23
Inconsciente colectivo, 34
Incumplimiento del deber, 25
Independencia, 187
Índice de masa corporal, definición, 285
Indigencia, 115, 120
Individuos, identidad cultural, 5*c*
Indometacina, 314
Inestabilidad autónoma, 126
Infancia y adolescencia, trastornos, 252-276
Infecciones víricas, 116
Ingreso
 hospitalario psiquiátrico, aspectos legales, 20-21
 involuntario (orden de ingreso), 20-21
 psiquiátrico voluntario, 20
Inhalantes, 235, 235*f*, 236*t*
Inhibidores
 de la colinesterasa, 311-313, 312*t*

 de la monoaminooxidasa (IMAO)
 antidepresivos, 154
 efectos tóxicos, 156, 156*c*
 interacciones medicamentosas, 213
 ISRS, interacciones, 155
de la recaptación
 noradrenalina y dopamina (IRND), 152*t*
 de serotonina y noradrenalina (IRSN), 152*t*
selectivos
 de la MAO-A, 154*t*, 156
 de la MAO-B, 154*t*, 156
 de la recaptación
 de noradrenalina, 153*t*
 de serotonina (ISRS)
 antidepresivos, 152*t*
 suicidio en adolescentes, 269
Inmigrantes, 341, 341*c*
Insomnio, 213
Integridad, definición, 16
Intelectualización
 como mecanismo de defensa, 33*t*
 trastornos de ansiedad, 218
Inteligencia(s), 41-42
 múltiples, teoría, 41-42
Internamiento no voluntario por causa psíquica, 20-21
Intervenciones
 de grupo, 181*t*
 para mejorar la seguridad en el lugar de trabajo, 346-347, 347*c*
 verbales y seguridad en el lugar de trabajo, 347, 347*c*
Intoxicación, definición, 227
Introspección, definición, 3
Introversión, 38
Inyección de depósito, 129-130
Ira
 manejo, 346
 racional, 360, 361, 362*f*
IRND (inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina), 152*t*
Irresponsabilidad, 181
IRSN (inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina), 152*t*
Isocarboxácida, 154*t*
ISRS. Véase Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

J

Johns Hopkins Medical School, 8
Joint Commission (anteriormente Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations o JCAHO), 300, 368, 369
Jung, Carl, 34
Justicia, 18

K

Klein, Melanie, 37
Korsakoff; síndrome, 95*t*, 232

L

Lactulosa, 236
Lamotrigina, 163*t*, 164
Lenguaje, utilización, con supervivientes de violencia, 342

Lesión(es)
 y mala praxis, 25
 previsibilidad, 25
Libido, 128
Límites
 establecimiento
 paciente enfadado, 361
 seguridad en el lugar de trabajo, 346
 personales, 50, 51
 profesionales, 76-77
Listas de comprobación de la asistencia de enfermería
 Alzheimer, conductas de la enfermedad, intervenciones, 318-319*c*
 hipotensión ortostática, 128*c*
 interacción con un paciente que tiene alucinaciones, 135*c*
paciente(s)
 con desesperanza, 151*c*
 con riesgo de conducta agresiva, 347*c*
 con trastorno de la personalidad, prevención de molestias en la unidad, 192*c*
 promoción del desarrollo del paciente, 254*c*
 propio yo, cuidados, 54*c*
 TDAH, 262*c*
 trastornos de la conducta alimentaria, prevención, 289*c*
Litio
 concentración de litio, 161
 descubrimiento de su uso como fármaco psicotrópico, 8
 ISRS, interacción, 155
 tasa metabólica, variaciones étnicas, 102*c*
 toxicidad, 161, 162*t*, 163
 trastorno bipolar, 161, 162*t*, 163
 violencia en el contexto sanitario, 347
Logoterapia, 43
Loracepam
 demencia, 314
 trastornos de ansiedad, 214*t*, 216*t*
 violencia en el contexto sanitario, 347
Loxapina
 esquizofrenia, 123*t*
 trastorno confusional, 301
LSD (dietilamida del ácido lisérgico), 234, 236*t*
Lunático, descripción, 7

M

Mahler, Margaret, 37
Mal de ojo, 5*c*
Mala praxis, 25
Maladaptación, explicación, 85-86
Malnutrición, 281
Maltrato. Véase también Abuso sexual
 de ancianos, 339-340, 340*c*, 340*f*, 342
 aspectos legales, 342
 signos, 340*c*
 violencia y maltrato, 339-340, 340*f*
emocional
 maltrato infantil, 337-338
 violencia familiar, 333
fármacos antipsicóticos, potencial, 130
físico
 maltrato infantil, 337, 337*f*
 violencia familiar, 333

infantil, 337-338, 337*f*, 339*c*, 339*f*
 abandono, 338
 abuso sexual, 338
 emocional, 337-338
 físico, 337, 337*f*
 notificación obligatoria, 340
 prevención, 338, 339*c*, 339*f*
 psicológico, 333
 trastornos generalizados del desarrollo, 259

Manía
 neurotransmisores, 98*t*
 psicobiología de los trastornos mentales, 101*t*

Manipulación
 asistencia
 de enfermería, 366
 de pacientes generales, 364-365
 protocolo asistencial de pensamiento crítico, 374
 trastorno antisocial de la personalidad, 181

Maprotilina, 153*t*

Marañas neurofibrilares, 305-306, 306*f*

Maslow, Abraham, 44-45, 44*f*

Matemáticas, trastorno, 255-256, 255*f*

McLean Asylum, 8

MDMA (éxtasis), 235, 236*t*

Mecanismos de defensa, 32, 33*t*

Mecanismos/estrategias de afrontamiento. Véase también Estrés y afrontamiento
 abuso de sustancias, 237, 243, 244-245
 comunicación terapéutica, 74*t*
 crisis, 359, 359*f*
 esquizofrenia, 136-137
 estrés, adaptación, 85
 no saludables en la asistencia de pacientes
 generales, 363-364
 trastornos de ansiedad, 201-203, 202*f*, 217, 217*c*

Mementadina, 313, 313*t*

Mensajes concretos (habla)
 comunicación eficaz, 68
 esquizofrenia, 119

Mental Health Systems Act (1980), 21, 22*c*

Meperidina, 230*t*

Mescalina, 234, 236*t*

Metabolismo
 farmacocinética, 102
 variaciones étnicas de la velocidad, 102*c*

Metadona
 abuso de sustancias, 238
 efectos, sobredosis y abstinencia, 230*t*

Metanfetaminas
 abuso de sustancias, 234, 235*f*
 efectos, sobredosis y abstinencia, 230*t*

Metilfenidato, 262, 263*t*

Método(s)
 de afrontamiento conscientes, 202-203
 de evaluación de la confusión
 enfermedad de Alzheimer, 311
 trastorno confusional, 300

Microfobia, 211*t*

Miedo, 200

Mini-Cog, exploración, 311

Mirtazapina, 153*t*

Misofobia, 211*t*

Mitos y realidades sobre la violencia doméstica, 336*c*

Modelo de evaluación transcultural, 45*f*

Molindona, 123*t*

Monólogo interior, 345

Morfina, 230*t*

Motivación
 conducta, 32
 esquizofrenia, 119
 teorías del yo, 37

Muerte(s)
 y abuso de sustancias, 225, 226*f*
 en accidentes de tráfico, 225, 226*f*

Muina, explicación, 5*c*

Mujeres con parejas maltratadoras, 335-337, 336*c*, 336*f*

N

Naltrexona, 238

Naproxeno, 314

National Alliance for the Mentally Ill, 11

National Federation of Licensed Practical Nurses (NFLPN), 17, 17*b*

National Institute of Mental Health, 8

National Institute of Occupational Safety and Health, 345, 346*t*

National Mental Health Act (1946), 8

NCLEX-PN®
 áreas de interés del examen
 entorno asistencial seguro y eficaz, 275, 352
 integridad
 fisiológica, 28, 173, 326
 psicosocial, 60, 80, 91, 140, 127, 222, 247, 374
 promoción
 y mantenimiento de la salud, 109, 293
 de la salud, 293

preparación del examen
 abuso de sustancias y dependencia, 248
 aspectos
 éticos y legales, 29
 psicosociales de la asistencia de pacientes
 generales, 375
 comunicación y relación profesional de
 enfermería-paciente, 81
 demencia y trastornos cognitivos, 327
 enfermería mentalmente saludable, 61
 esquizofrenia, 142
 estrés y afrontamiento, 92
 infancia y adolescencia, trastornos, 276
 psicobiología psicofarmacología, 110
 salud mental y enfermedad mental,
 comprensión, 13
 teoría de la personalidad, 48
 trastornos
 de ansiedad, 223
 de la conducta alimentaria, 294
 del estado de ánimo, 174
 de la personalidad, 198
 violencia y maltrato, 353

Necesidades espirituales
 asistencia
 de enfermería, 369-371, 370*f*
 de pacientes generales, 368-369
 plan asistencial del proceso de enfermería, 371-372

Nefazodona, 153*t*

Nefiracetam, 313

Negación
 abuso de sustancias y dependencia, 225
 mecanismo de defensa, 33*t*

Neologismos
 enfermedad de Alzheimer, 309
 valoración del estado mental, 133*c*

Neoplasias, 211*c*

Nervios, explicación, 5*c*

Neumonía, 211*c*

Neurólépticos, 122

Neuronas, 94, 96*f*

Neurotransmisores
 anatomía y función del encéfalo, 96-98, 97*f*, 98*t*
 antidepresivos, 154, 154*f*
 depresión, 145
 psicobiología de los trastornos mentales, 101*t*
 teoría biológica de la personalidad, 39
 trastorno bipolar, 160

NFLPN (National Federation of Licensed Practical Nurses), 17, 17*b*

Nicotina y tabaquismo
 abuso de sustancias, 235, 236-237, 236*t*
 valoración de pacientes fumadores, 242, 242*c*

Nictofobia, 211*t*

Nistagmo, 96*t*

No maleficencia, 18

Noradrenalina, 98*t*

Nortriptilina, 153*t*

Nursing Practice Standards for the Licensed Practical/Vocational Nurse (NFLPN), 18, 18*b*

Nutrición y dieta. Véase también Trastornos de la conducta alimentaria
 nutrición desequilibrada, 168-169
 tiramina, alimentos que contienen, 156, 156*c*

O

Obesidad
 asistencia integral, 285-287, 286*f*
 causas, 285
 descripción, 285, 285*f*
 protocolo asistencial de pensamiento crítico, 293

Objetivos realistas, autoestima, 270

Objetos personales de los pacientes, 24

Observaciones, compartir, 73*t*

Obsesiones, definición, 206

Olanzapina
 combinación con fluoxetina en el trastorno
 bipolar, 164
 demencia, 313
 esquizofrenia, 123*t*
 inyección de depósito, 129
 trastorno(s)
 de la conducta alimentaria, 284
 confusional, 301

Olvido, 218

OMS. Véase Organización Mundial de la Salud (OMS)

Opiáceos y opioides, efectos
 y abuso, 230*t*, 233
 sobredosis y abstinencia, 230*t*

Opistótonos, 125

Oración, 369

Orden
 de ingreso hospitalario para asistencia
 psiquiátrica (ingreso involuntario), 20-21
 de nacimiento, efectos, 34
 obsesivo, 187-188

Organización Mundial de la Salud (OMS)
 modelo ecológico para comprender la violencia,
 331, 331*f*
 prevención de la violencia, 332*c*

Orientaciones generales como técnica de comunicación, 74t
Oxicodona, 230t

P

Paciente(s)

aspecto(s), trastornos
del estado de ánimo, 166
infantiles y de la adolescencia, valoración, 271t
contacto fuera del trabajo, 76, 77
en crisis, 357-360, 358f, 359f
defensa. *Véase* Defensa de los pacientes emocionalmente lábiles, 310
enfadados, 360-363, 361c, 362f
de origen
filipino, 238c
irlandés, 238c
japonés, 238c
mexicano, 238c
navajo, 133c
ruso, 238c
del sudeste asiático, 133c
patología, 365-366
Pancreatitis, 229, 231f
Paranoia, 309, 318c
Parkinson, enfermedad
anatomía y función del encéfalo, 95t
neurotransmisores, 98t
Paroxetina
demencia, 314
depresión, 152t
Paternalismo como principio ético, 18
Pavlov, Ivan, 40
PCP (fenciclidina), 234, 236t
Peligrosidad, definición, 344
Pemolina, 263t
Pensamiento
abstracto, 131
cognitivo
ansiedad, 68
desarrollo cognitivo, frases, 41
trastorno confusional y demencia, 297t
concreto
explicación, 3
valoración de la esquizofrenia, 131
crítico en el proceso de enfermería, paciente
con afrontamiento
individual ineficaz, 245
ineficaz, 89
con bulimia nerviosa, 291
comunicación eficaz, 78
con depresión, 171
con disposición a mejorar los conocimientos, 107
con EA en fase media, 324
en una relación de maltrato, 350
con síndrome neuroléptico maligno, 139
con sufrimiento espiritual, 372
con TDAH, 273
con trastorno
de ansiedad generalizada, 220
límite de la personalidad, 195
delirante, 180
desorganizado, 118
distorsiones en los trastornos de la personalidad, 191, 191c

fantasear como respuesta maladaptativa al estrés, 86
patrones
pensamiento positivo, 56-58, 57-58c, 57f, 58f
trastornos de la personalidad, 177
positivo, 56-58, 57-58c, 57f, 58f
trastornos infantiles y de la adolescencia, valoración, 271t
Peplau, Hildegard, 46, 63
Percepción
crisis, 358, 359f
realidad, 360
respuesta de estrés, variaciones individuales, 84, 85f
trastorno esquizotípico de la personalidad, 179, 180
Perfeccionismo, trastorno(s)
de la conducta alimentaria, 283
obsesivo-compulsivo de la personalidad, 187-188
Período perinatal y retraso mental, 254c
Perseveración, 309
Personalidad
desarrollo, 31, 32f
descripción, 31
teoría, 30-48
final de la unidad, 111
NCLEX-PN®, preparación del examen, 48
personalidad, desarrollo, 31, 32f
revisión del capítulo, 47
teoría(s)
biológicas, 38-39
cognitivas de la personalidad, 40-43, 42f
conductistas y el aprendizaje, 39-40
existenciales y humanistas, 43-46, 44f, 45f
interpersonales, 46
psicoanalítica, 31-34, 32f, 33t
de los rasgos, 39
del yo, 34-38, 35f, 36-37t, 36f
trastornos, 175-198
anorexia nerviosa, 281
asistencia de enfermería, 189-194, 189t, 191c, 192c
características clínicas comunes, 177, 177f
criterios diagnósticos, 176-177, 177t
final de la unidad, 249
fondo cultural, 176, 176c
grupo
ansioso-temeroso, trastorno
por dependencia, 177t, 186-187, 189t, 193-194
por evitación, 177t, 186, 169t, 193
obsesivo-compulsivo, 176, 177t, 187-189, 188f, 189t, 194
dramático-emocional, trastorno
antisocial, 176, 177t, 180-182, 181f, 189t, 191, 192c
histriónico, 177t, 184-185, 184f, 189t, 191c, 193
límite, 176, 177t, 182-184, 183c, 183f, 189t, 191-193, 194-195
narcisista, 177t, 185-186, 185f, 189t, 193
extraño-excéntrico, trastorno
esquizoide, 177t, 179, 179f, 189t, 190
esquizotípico, 177t, 179-180, 180f, 189t, 190-191, 191c
paranoide, 177t, 178-179, 178f, 189t, 190

NCLEX-PN®, preparación del examen, 198
no especificado, 177
plan asistencial del proceso de enfermería, 194-195
protocolo asistencial de pensamiento crítico, 197
retos para los profesionales de enfermería, 178
revisión del capítulo, 196
signos tempranos, 176
Perspectiva terapéutica de la teoría biológica de la personalidad, 38-39
PET. *Véase* Tomografía por emisión de positrones (PET)
Piaget, Jean, 41
Pinel, Phillippe, 7
Pirazolopirimidina, 215t
Pirofobia, 211t
Placas de beta-amiloide, 305-306, 306f, 311
Planes asistenciales del proceso de enfermería
paciente
con afrontamiento
individual ineficaz, 244-245
ineficaz, 88-89
con bulimia nerviosa, 289-291
comunicación eficaz, 77-78
con depresión, 170-171
con disposición a mejorar los conocimientos, 106-107
con EA en fase media, 323-324
en una relación de maltrato, 349-350
con síndrome neuroléptico maligno, 138-139
con sufrimiento espiritual, 371-372
con TDAH, 272-273
con trastorno
de ansiedad generalizada, 219-220
límite de la personalidad, 194-195
valoración. *Véase* Valoración de planes asistenciales del proceso de enfermería, pacientes
Planificación y aplicación en los protocolos asistenciales del proceso de enfermería, paciente
con afrontamiento ineficaz, 89, 244-245
con bulimia nerviosa, 290-291
comunicación eficaz, 78
con depresión, 170-171
con disposición a mejorar los conocimientos, 107
con EA en fase media, 324
en una relación de maltrato, 350
con síndrome neuroléptico maligno, 139
con sufrimiento espiritual, 371
con TDAH, 273
con trastorno
de ansiedad generalizada, 220
límite de la personalidad, 195
Pliegue cutáneo, grosor, medición, 285, 285f
Poblaciones especiales, necesidades psicosociales, 368, 368c
Poder y violencia familiar, 333
Polidipsia, 95t
Polifarmacia, 300
Postparto, depresión, 146-147
Prácticas de educación de los hijos y desarrollo de la personalidad, 34-35, 35f
Prasterona (deshidroepiandrosterona), 314c
Preguntas abiertas, 74t

- Prepotencia, 185
- Prevención
de la enfermedad mental, función de los
profesionales de enfermería, 9c, 10, 10f, 11f
primaria de las enfermedades mentales, 10, 11f
secundaria de las enfermedades mentales, 10
terciaria de las enfermedades mentales, 10
- Problemas de control, trastornos
de la conducta alimentaria, 283, 283c
obsesivo-compulsivo de la personalidad,
187-188
- Procesos del pensamiento
alterados, 169
valoración de los trastornos del estado de ánimo,
166-167
- Proclidina, 126t
- Profesionales de enfermería
antecedente personal de violencia familiar o
agresión sexual, 344
dependencia de sustancias, 240-241, 241f
función en la promoción de la salud mental,
9-11, 9c, 10f, 11f
respuestas a la ira de los pacientes, 361c
trastornos de personalidad, pacientes, 178
- Propio yo
deterioro del sentido, 177
ofrecimiento, comunicación terapéutica, 74t
- Propranolol, 214t, 215t
- Proteína tau, 306
- Protocolos asistenciales de pensamiento crítico,
paciente
con afrontamiento ineficaz, 60
agitado, 352
con ansiedad, 222
con autoestima baja, 80
con conducta manipuladora, 374
con dependencia de sustancias, 247
con deterioro de la comunicación, 197
con dificultad de afrontamiento, 91
con incumplimiento terapéutico, 275
con obesidad, 293
con psicosis, 141
que rechaza la medicación, 28
que toma fármacos psicotrópicos, 109
con trastorno
bipolar, 173
confusional, 326
- Protriptilina, 153t
- Proyección como mecanismo de defensa, 33
- Proyecto del Genoma Humano, 100
- Pruebas diagnósticas en el trastorno confusional,
299-300, 299f
- Pseudoparkinsonismo, 124c, 125
- Psicobiología y psicofarmacología, 93-110
anatomía y función del encéfalo, 94-100, 94f,
95-96t, 96f, 97f, 98t, 99t, 100f
asistencia de enfermería, 104-106, 105f
enfermedad mental, genética, 100
estudio de imagen cerebral, 98-100, 99t, 100f
farmacocinética, 101-102, 102f
farmacodinámica, 102-103, 102c, 103f
final de la unidad, 112
NCLEX-PN®, preparación del examen, 110
neurotransmisores, 96-98, 97f, 98t
plan asistencial del proceso de enfermería, 106-107
protocolo asistencial de pensamiento crítico, 109
psicofarmacología, 101-103, 102c, 102f, 103f
- revisión del capítulo, 108
sistema neuroendocrino, 100-101, 101t
trastornos mentales, 94
- Psicofarmacología. *Véase también* Psicobiología y
psicofarmacología
abuso de sustancias, 238
esquizofrenia
antipsicóticos
atípicos, 123t, 129
de primera generación, 122, 123t,
124-129, 124c, 125f, 126t, 127f, 128c
de tercera generación, 124t, 129
inyección de depósito y otras formas
medicamentosas, 129-130
potencial de abuso, 130
farmacodinámica, 102-103, 102c, 103f
farmacocinética, 101-102, 102f
- Psicología analítica, 34
- Psicosis
definición, 8
esquizofrenia, 115
niños y adolescentes, 268
protocolo asistencial de pensamiento crítico, 141
- Psicoterapia
humanista, 45
interpersonal, 157
teoría(s)
cognitivas de la personalidad, 42-43
interpersonales, 46
psicoanalítica, 34
de los rasgos, 39
terapias del yo, 37
trastorno
bipolar, 164
depresivo mayor, 156-157
- Psicotrópicos
descubrimiento, 8
trastornos
de ansiedad, 212-213, 214-216t
bipolar, 161-164, 162-163t
mentales, 94
- Purga, 279
- Q**
- Quacepam, 215t, 316t
- Quetiapina
demencia, 313
esquizofrenia, 123t
- R**
- Racionalización como mecanismo de defensa, 33t
- Radicales libres, 306
- Rasgos de la personalidad
cinco rasgos principales (*Big Five*), 39
descripción, 31
- Reacción(es)
catastróficas, 310, 310f, 319c
cutáneas, 164
fisiológicas al estrés, 83-84, 84f
idiosincrásica a fármacos, 300
- Realidad
comprobaciones
autolesiones, 183c
depresión, 147c
del adolescente, 268c
- pacientes con esquizofrenia, 117c
trastorno bipolar, 159c
violencia familiar, 334c
- definición, 3
orientación
autoestima, 270
trastorno confusional, 302
- Reboxetina, 153t
- Recaída
consumo de drogas, 233
estrategias preventivas, en la esquizofrenia,
137-138, 138c
- Recaptación de neurotransmisores, 98
- Recato personal, 309
- Redirección de pacientes enfadados, 362
- Reencuadre
cognitivo, 87
respuestas adaptativas al estrés, 86
- Reestructuración cognitiva
manejo de la ira, 346
trastornos de ansiedad, 212
- Reflejo, comunicación terapéutica, 74t
- Refuerzo
abordaje conductista, 40
patrón intermitente, 40
- Regalos de los pacientes, aceptación, 76-77
- Registros del proceso, 74-76, 75-76t
- Regresión
definición, 266
mecanismo de defensa, 33t
- Rehabilitación psicosocial, 122
- Relación(es)
y comunicación profesional de enfermería-
paciente, 62-81
asistencia de enfermería, 72-77, 73-74t,
75-76t
barreras a la comunicación, 69-72, 70t, 72c
estrategias para una comunicación eficaz,
68-69
final de la unidad, 112
NCLEX-PN®, preparación del examen, 81
plan asistencial del proceso de enfermería,
77-78
proceso de comunicación, 65-68, 65f, 66c,
66f, 67f, 69t
protocolo asistencial de pensamiento crítico,
80
relación profesional de enfermería-paciente,
63-65, 64c, 65c
revisión del capítulo, 79
uso terapéutico del propio yo, 63, 63f
con los demás y salud mental, 3
interpersonales, 178
objetales, 37
profesional de enfermería-paciente
características, 63
elementos, 64-65, 65c
fases, 64
relación social, diferencias, 64, 64c
sociales, 64, 64c
- TDAA, 261
- terapéuticas
dirigidas a los objetivos, 63
objetividad, 63
profesionales
características, 63
elementos, 64-65, 65c

Relación(es) (*cont.*)

- fases, 64
- limitadas en el tiempo, 63
- límites profesionales, 76-77
- relaciones sociales, 64, 64c

trastorno

- histriónico de la personalidad, 184-185
- límite de la personalidad, 182-183
- de la personalidad por dependencia, 187

Relativismo cultural, 133c

Religión, definición, 368

Remisión de las enfermedades crónicas, 367

Remordimiento, 181

Represión como mecanismo de defensa, 33t

Resiliencia

- conductas de afrontamiento para los trastornos de ansiedad, 201-202, 202f
- definición, 253

Resolución de problemas

activa

- conducta de ansiedad, 356
- respuesta adaptativa al estrés, 86
- trastornos de ansiedad, 202

adaptativa, 202, 203

maladaptativa, 202, 203

Resonancia magnética (RM), 99, 99t, 100, 100f

Respeto

- enfermedad de Alzheimer, 320
- relación profesional de enfermería-paciente, 65c

Responsabilidad, sentido, 270

Respuesta(s)

- adaptativas (positivas) al estrés, 86

al estrés

- cultura, efecto, 84-85, 84b
- descripción, 83-85, 83f, 84f
- variaciones individuales, 84, 85f

de lucha o huida, 83-84, 84f

maladaptativas (negativas) al estrés, 86

negativas (maladaptativas) al estrés, 86

paradójica, definición, 213

positivas (adaptativas) al estrés, 86

Resultados esperados en los protocolos asistenciales

del proceso de enfermería, paciente

con afrontamiento ineficaz, 89, 234

con bulimia nerviosa, 290

comunicación eficaz, 78

con depresión, 170

con disposición a mejorar los conocimientos, 106-107

con EA en fase media, 323-324

en una relación de maltrato, 350

con síndrome neuroléptico maligno, 139

con sufrimiento espiritual, 371

con trastorno, 273

de ansiedad generalizada, 220

límite de la personalidad, 195

Retraso

mental, 254, 254c

psicomotor, 144c

Retroalimentación, 65

Rigidez en rueda dentada, 125

Risperidona

demencia, 313

dirección de depósito, 129

esquizofrenia, 123t

trastorno confusional, 301

violencia en el contexto sanitario, 347

Ritmo circadiano

depresión, 145-146

fármacos para el TDAH, 263

Rivastigmina, 312-313, 312t

RM (resonancia magnética), 99, 99t, 100, 100f

Rogers, Carl, 43-44, 45

Rosiglitazona, 304

S

Salud

física de los profesionales de enfermería, 57-58, 57f

mental

características, 3-4, 3f, 4f

y enfermedad mental, conocimiento, 2-13

enfermedad mental, estigma, 7

final de la unidad, 111

función de los profesionales de enfermería

en la promoción de la salud mental,

9-11, 94, 10f, 11f

NCLEX-PN®, preparación del examen,

13

personas con enfermedad mental,

vulnerabilidad, 11, 11f

perspectivas históricas, 7-9, 8f, 9c

revisión del capítulo, 12

salud mental, características, 3-4, 3f, 4f

trastornos mentales, 4-7, 5c, 6c

promoción, función de los profesionales de

enfermería, 9-11, 9c, 10f, 11f

Sedantes

abuso de sustancias, 233

efectos, sobredosis y abstinencia, 230t

Seducción emocional, 218

Seguridad

enfermedad de Alzheimer, 319

en el lugar de trabajo, 345-346, 346t

trastorno confusional agudo, 301-302

en uno mismo

comunicación profesional, 55

teoría del aprendizaje social, 42

Selegilina, 154t, 156

Selye, Hans, 83

Sentimientos disfóricos, trastornos

de ansiedad, 200

bipolar con abuso de sustancias, 161

Separación-individuación, 37

Serotonina

neurotransmisor, 98t

síndrome serotoninérgico, 155

Sertralina

demencia, 314

depresión, 152t

Sexo, diferencias

anorexia nerviosa, 280

bulimia nerviosa, 281

depresión, 146

fobias específicas, 211

trastorno

de ansiedad generalizada, 204

desintegrativo infantil, 259

disocial, 265

límite de la personalidad, 183

de Rett, 259

violencia familiar, 332

Sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), 368

Significado de la vida y salud mental, 3, 4f

Silencio como comunicación terapéutica, 74t

Sillas tranquilizantes, 8f

Sinapsis, 97

Sinceridad como rasgo de la personalidad, 39

Síndrome

alcohólico fetal, 232, 232f

de desgaste profesional

asistencia de enfermería, 54-58, 54c, 55f, 56c,

57-58c, 57f, 58f

descripción, 53-54

de inmunodeficiencia adquirida (sida), 368

metabólico, 285

neuroléptico maligno, 126, 138-139

traumático de la violación, 342, 342c

Síntomas

desorganizados, 115, 118

diana de los fármacos psicotrópicos, 103, 103f

extrapiramidales

anatomía y función del encéfalo, 95t

efectos adversos de los antipsicóticos, 123t,

124-126, 124c, 125f, 127f

tasa metabólica, variaciones étnicas, 102c

tratamiento, 126t, 130

negativos de la esquizofrenia, 115, 119

positivos de esquizofrenia, 115, 117, 118t

Sistema

cardiovascular

arritmias cardíacas, 211c

consumo de alcohol, 231f, 232

efectos adversos de los fármacos

antipsicóticos, 128

miocardiopatía, 231f, 232

diagnóstico de cinco ejes, 6

endocrino

depresión, 145-146

efectos adversos de los fármacos

antipsicóticos, 126, 128

inmunitario, 116

límbico

anatomía y función del encéfalo, 95t

trastornos de ansiedad, 200, 200f, 200t

nervioso

central (SNC), 230t, 232-234

simpático, 201, 201c

neuroendocrino, 100-101, 101t

neurológico, 116

osteomuscular, 232

Skinner, B.F., 31, 40

SNC (sistema nervioso central), 230t, 232-234

Sobredosis

alucinógenos, inhalantes, cannabis, cafeína y

nicotina, 236t

antidepresivos, 155

depresores y estimulantes del SNC, 230t

opiáceos, 230t, 233

Somatización

conducta de ansiedad, 356

depresión, 148

Sonidos, asociación

trastorno bipolar, 158-159

valoración del estado mental, 133c

SPECT (tomografía computarizada de emisión

monofotónica), 99, 99t, 100

Stevens-Johnson, síndrome, 164

Sublimación como mecanismo de defensa, 33t

Substance Abuse and Mental Health Services

Administration, 120

Sueño, falta, 96*t*

Suicidio

documentación del riesgo, 25

factores

protectores, 149*c*

de riesgo, 149*c*, 269

familiares y amigos, 269

niños y adolescentes, 268-269

trastorno depresivo mayor, 149-151, 149*c*, 149*f*, 150*c*, 151*f*

Sujeciones

aspectos éticos y legales, 21-22, 22*f*

dispositivos del siglo XIX, 7, 8*f*

físicas y químicas, en el trastorno confusional agudo, 300-301

violencia en el contexto sanitario, 347

Sulfato de anfetamina, 263*t*

Sullivan, Harry Stack, 46

Superficialidad, 218

Supervivencia, sentido, 270

Supervivientes de violencia, 342

Superyó (*superego*), 31

Supresión como mecanismo de defensa, 33*t*

Sustancias

abuso

bulimia nerviosa, 281

criterios diagnósticos, 227*c*

definición, 226

y dependencia, 224-249

alcohol, 227-229, 228*f*, 228*t*, 230*t*,

231-232, 231*f*, 232*f*

alucinógenos, 234-235, 236*t*

asistencia

de enfermería, 241-244, 241*c*, 242*c*, 242*f*

integral, 237, 238*c*, 239*c*

cafeína, 235-236, 236*t*, 237*f*

cannabis, 235, 236*t*

criterios diagnósticos, 227*c*

depresores del sistema nervioso central,

230*t*, 232-234

diagnóstico

global, 239-240, 240*f*

tardío, 225

estimulantes del sistema nervioso central,

230*t*, 234

final de la unidad, 250

inhalantes, 235, 235*f*, 236*t*

NCLEX-PN®, preparación del examen, 248

nicotina, 235, 236-237, 236*t*

niveles, 226

plan asistencial del proceso de enfermería, 244-245

como problema sanitario, 225, 225*f*, 226*f*

profesionales de enfermería, 240-241, 241*f*

protocolo asistencial de pensamiento

crítico, 247

revisión del capítulo, 246

sustancias de uso habitual, 226-327

esquizofrenia, 120

como problema sanitario, 225, 225*f*, 226*f*

suicidio en adolescentes, 269

trastorno bipolar, asociado, 161

dependencia. *Véase también* Sustancias, abuso y dependencia

definición, 226

criterios diagnósticos, 227*c*

T

Tabaquismo. *Véase* Nicotina y tabaquismo

TAC (tomografía computarizada, TC), 99, 99*t*, 100

Tacrina, 312, 312*t*

Tacto

comunicación no verbal, 66-67

límites, fomento, profesional saludable, 76

Tálamo, 200*t*

Tarasoff, regla, 23-24

Tartamudeo, 257

Taylor, Effie J., 8

TC (TAC, tomografía computarizada), 99, 99*t*, 100

TDAH, 259-264, 260*c*, 260*f*, 261*f*, 262*c*, 263*t*, 264*c*, 272-273

en adultos, 261

asistencia de enfermería, 270-272, 271*t*

Asperger, trastorno, 259

autoconcepto, 269-270, 270*c*

depresión, 267-268, 268*c*

desarrollo, efecto de los trastornos mentales,

253-254, 253*f*, 254*c*

enfermedad mental infantil, modelo interactivo, 253, 253*f*

final de la unidad, 328

plan asistencial del proceso de enfermería,

272-273

preparación del examen NCLEX-PN®, 276

protocolo asistencial de pensamiento crítico, 275

psicosis, 268

retraso mental, 254, 254*c*

Rett, trastorno, 259

revisión del capítulo, 274

suicidio, 268-269

trastorno(s)

autista, 258-259, 259*f*

de ansiedad, 265-266, 266*f*

por separación, 265-266, 266*f*

del aprendizaje, 254-256, 255*f*, 256*c*

de la comunicación, 256-257, 256*c*, 257*c*, 257*f*

del desarrollo generalizados, 257-259, 258*f*

desintegrativo infantil, 259

disocial, 264-265

de la eliminación, 266-267, 267*f*

de estrés postraumático, 266, 266*f*

negativista desafiante, 265

Temacepam, 215*t*, 216*t*

Temblor intencional, 96*t*

Teoría(s)

del aprendizaje

de la personalidad, 39-40

social, 42, 43*f*

biológicas de la personalidad, 38-39

cognitivas de la personalidad, 40-43, 42*f*

conductistas de la personalidad, 39-40

existenciales y humanistas, 43-46, 44*f*, 45*cf*

de la *gestalt*, 40-41

humanistas de la personalidad, 43-46, 44*f*, 45*cf*

interpersonales de la personalidad, 46

de la jerarquía de las necesidades, 44-45, 44*f*

personalidad

predisposiciones, 38

de los rasgos, 39

psicoanalítica, 31-34, 32*f*, 33*t*

Terapia(s)

ambiental

esquizofrenia, 121-122

filosofía cuáquera, 7

centrada en el paciente, 43-44, 45, 63

cognitiva

estrés y afrontamiento, 87

de la personalidad, 43

trastorno depresivo mayor, 156-157

cognitiva-conductual

abuso de sustancias, 239

TDAH, 263-264, 264*c*

trastorno(s)

de ansiedad, 212

de conducta, 265

alimentaria, 284-285

paranoide de la personalidad, 178

complementarias y alternativas, 314*c*

conductual

dialéctica, 184

teoría conductista, 40

trastorno depresivo mayor, 157

electroconvulsiva, 157-158, 157*f*

de exposición en los trastornos de ansiedad, 212

de la *gestalt*, 42-43

de grupo

abuso de sustancias, 239, 239*c*

poblaciones especiales, 368, 368*c*

trastorno bipolar, 164

mediante el juego, 37

de reminiscencia, 315

somáticas, 8

Tioridacina, 123*t*

Tiotixina, 123*t*

Tiramina de la dieta, 156, 156*c*

Tolerancia

alcohol, 227, 228*f*

cruzada, definición, 237

definición, 227*c*

opiáceos, 233

Toma de decisiones, ética, 18-19

Tomografía

computarizada (TC), 99, 99*t*, 100

computarizada de emisión monofotónica (SPECT), 99, 99*t*, 100

por emisión de positrones (PET)

depresión, 145, 146*f*

enfermedad de Alzheimer, 310-311, 311*f*

estudio cerebral, 99, 99*t*, 100, 100*f*

Tortícolis, 125

Trabajo en equipo, 55

Tramiprosato, 313

Tranilcipromina, 154*t*

Transferencia como barrera a la comunicación,

71-72, 72*c*

Trastorno(s)

afectivo estacional, 147, 147*f*

de angustia

agorafobia, 205

terapia cognitiva-conductual, 212

trastorno de ansiedad, 204-205, 205*f*

de ansiedad, 199-223

afrontamiento de la ansiedad, 201-203, 202*f*

agorafobia, 205-206, 206*f*

asistencia

de enfermería, 217-219, 217*c*, 219*c*

integral, 211-213, 211*c*, 214-216*t*

base biológica, 200-201, 200*f*, 200*t*, 201*c*, 201*t*

causas, 203, 203*f*

fármacos psicotrópicos, 212-213, 214-216*t*

Trastorno(s) (*cont.*)

final de la unidad, 249-250
 fobia(s)
 específicas, 210-211, 210f, 211t
 social, 209-210
 generalizada, 203-204, 219-220
 infancia y adolescencia, 265-266, 266f
 NCLEX-PN®, preparación del examen, 223
 plan asistencial del proceso de enfermería,
 219-220
 protocolo asistencial de pensamiento crítico,
 222
 psicobiología de los trastornos mentales, 101t
 revisión del capítulo, 221
 por separación, 265-266, 266f
 social (fobia social), 209-210, 212
 TDAH, 261
 terapia cognitiva-conductual, 212
 trastorno
 de angustia, 204-205, 205f
 de ansiedad generalizada, 203-204, 219-220
 por estrés postraumático, 207-208, 200
 84, 208f
 obsesivo-compulsivo, 206-207, 207f
 trauma sexual militar, 208-209, 209f
 antisocial de la personalidad
 asistencia de enfermería, 189t, 191, 192c
 de conducta, 264
 de la personalidad, 177t, 180-182, 181f
 signos tempranos, 176
 del aprendizaje
 TDAH, 261
 trastornos del desarrollo, 254-266, 255f, 256c
 autista, 258-259, 258f
 bipolar
 asistencia integral, 161-164, 162-163t
 características clínicas, 158-160, 159c, 159f,
 160f
 causas, 160-161
 criterios diagnósticos, 158, 159c
 evolución del trastorno, 161
 fármacos, 161-164, 162-163t
 psicoterapia, 164
 terapia de grupo, 164
 trastornos
 mentales frecuentes, 6c
 simultáneos, 161
 cerebrales orgánicos, 296
 cognitivos, definición, 296. *Véase también*
 Demencia y trastornos cognitivos
 de la comunicación, 256-257, 256c, 257c, 257f
 de la conducta alimentaria
 actitudes sobre la alimentación y el peso
 corporal, 278
 anorexia nerviosa, 278-281, 279c, 279f, 280f
 asistencia
 de enfermería, 287-289, 289c
 integral, 284-285
 por atracones, 281-282
 bulimia nerviosa, 281, 281f, 282c, 289-291
 causas, 282-284, 283c, 283f, 284c, 284f
 efectos fisiológicos, 278, 278f
 final de la unidad, 328
 NCLEX-PN®, preparación del examen, 294
 obesidad, 285-287, 285f, 286f, 293
 plan asistencial del proceso de enfermería,
 289-291

protocolo asistencial de pensamiento crítico,
 293
 revisión del capítulo, 292
 varones con trastornos de la conducta
 alimentaria, 282
 confusional (*delirium*). *Véase también* Demencia y
 trastornos cognitivos
 alcohólico, 229
 criterios diagnósticos, 296, 296c
 definición, 296
 demencia, comparación, 296, 297t
 escala de valoración, 300
 hiperreactivo, 298t
 hipoactivo, 298t
 inducido por sustancias, 297c, 298
 pruebas diagnósticas, 299-300, 299f
 subtipos, 298, 298t
 tipo mixto, 298t
 de la coordinación del desarrollo, 256
 por déficit
 de atención, 96t
 de atención/hiperactividad (TDAH)
 asistencia integral, 261-264, 261f, 262c,
 263t, 264c
 diagnóstico, 259, 260-261, 260c, 260f,
 261f
 fármacos, 262-263, 263t
 genética, 259-260
 plan asistencial del proceso de enfermería,
 272-273
 TDAH del adulto, 261
 terapia cognitiva-conductual, 263-264,
 264c
 trastorno disocial, 264
 por dependencia, 177t, 186-187, 189t, 193-194
 depresivo mayor
 criterios diagnósticos, 144c
 depresión, 144-149, 145f, 146c, 146f, 147c,
 147f, 148f
 ejercicio, 157
 estimulación magnética transcraneal, 158,
 158f
 fármacos, 151-156, 152-154t, 152f, 154c,
 154f, 155f, 156c
 psicoterapia, 156-157
 suicidio, 149-151, 149c, 149f, 154, 151f
 terapia electroconvulsiva, 157-158, 157f
 trama sexual militar, 209
 trastornos
 de ansiedad, 203
 mentales frecuentes, 6c
 desintegrativo infantil, 259
 disocial
 infancia y adolescencia, 264-265
 TDAH, 261
 trastorno antisocial de la personalidad, 180,
 264
 de la eliminación, 266-267, 267f
 y enfermedades médicas
 ansiedad, asociados, 211c
 como causa de retraso mental, 254c
 enfermedad crónica, 366-367, 367t
 explicaciones culturales, 5c
 trastorno
 de la conducta alimentaria, complicaciones,
 278, 278f
 confusional, 296, 296c, 297c

esquizoafectivo, 115
 esquizoide de la personalidad, 177t, 179, 179f,
 189t, 190
 esquizotípico de la personalidad, 177t, 179-180,
 180f, 189t, 190-191, 191c
 del estado de ánimo, 143-174
 asistencia de enfermería, 150c, 164-169,
 165t, 166c, 167f, 174
 bipolar, 158-164, 159c, 159f, 160f,
 162-163t, 173
 depresivos mayores
 criterios diagnósticos, 144c
 depresión, 54-149, 145f, 146c, 146f, 147c,
 147f, 148f, 170-171
 ejercicio, 157
 estimulación magnética transcraneal, 158,
 158f
 fármacos, 151-156, 152-154t, 152f, 154c,
 154f, 155f, 156c
 psicoterapia, 156-157
 suicidio, 149-151, 549c, 149f, 154, 151f
 terapia electroconvulsiva, 157-158, 157f
 estado de ánimo, descripción, 144
 final
 del capítulo, 172
 de la unidad, 249
 NCLEX-PN®, preparación del examen, 174
 plan asistencial del proceso de enfermería,
 170-171
 protocolo asistencial de pensamiento crítico,
 173
 psicobiología de los trastornos mentales, 101t
 TDAH, 261
 de estrés postraumático
 niños, 266, 266f
 terapia cognitiva-conductual en los trastornos
 de ansiedad, 212
 trastorno de ansiedad, 207-208, 208c, 208f
 por evitación, 177t, 186-189, 189t, 193
 de la expresión escrita, 256
 familiares, 115-116, 304. *Véase también* Genética
 fonológico, 257
 generalizados del desarrollo, 257-259, 258f
 histriónico de la personalidad, 177t, 184-185,
 184f, 189t, 191c, 193
 de la lectura (dislexia), 255, 255f
 del lenguaje
 expresivo, 256-257
 receptivo, 257, 257f
 límite de la personalidad
 anorexia nerviosa, 281
 asistencia de enfermería, 189t, 191-193
 bulimia nerviosa, 281
 plan asistencial del proceso de enfermería,
 194-195
 signos tempranos, 176
 trastorno de la personalidad dramático-
 emocional, 177t, 182-184, 183c, 183f
 maníaco-depresivo, 158. *Véase también* Trastorno
 bipolar
 mentales
 como causa de retraso mental, 254c
 descripción, 4-7, 5c, 6c
 más frecuentes, 6c
 psicobiología, 94
 mixto del lenguaje receptivo-expresivo, 257,
 257c, 257f



narcisista de la personalidad, 177*t*, 185-186, 185*f*, 189*t*, 193

negativista desafiante, 261, 265

obsesivo-compulsivo

- de ansiedad, 206-207, 207*f*
- de la personalidad
 - desempeño de la función ocupacional, 259
 - diferenciación, 188
 - signos tempranos, 176
 - trastornos de la personalidad, 177*t*, 187-189, 188*f*, 189*t*, 194

paranoide de la personalidad, 177*t*, 178*f*, 189*t*, 190

de la personalidad

- ansiosos-temerosos
 - por dependencia, 177*t*, 186-187, 189*t*, 193-194
 - por evitación, 177*t*, 186, 189*t*, 196
 - obsesivo-compulsivo, 177*t*, 187-189, 188*f*, 189, 194
- dramáticos-emocionales
 - antisocial, 177*t*, 180-182, 181*f*, 189*t*, 191, 192*c*
 - histriónico, 177*t*, 184-185, 184*f*, 189*t*, 191*c*, 193
 - límite, 177*t*, 182-184, 183*c*, 183*f*, 189*t*, 191-193, 194-195
 - narcisista, 177*t*, 185-186, 185*f*, 189*t*, 193
- raros-excéntricos
 - esquizoide, 177*t*, 179, 179*f*, 189*t*, 190
 - esquizotípico, 177*t*, 179-180, 180*f*, 189*t*, 190-191, 191*c*
 - paranoides, 177*t*, 178-179, 178*f*, 189*t*, 190

Tratamiento

- ambulatorio involuntario, 21
- incumplimiento
 - actitud crítica
 - protocolo asistencial de pensamiento crítico, 275
- rechazo, 23, 28
- trastorno confusional y demencia, comparación, 297*t*

Trauma sexual militar, 208-209, 209*f*

Trazodona, 153*t*

Triazolam, 215*t*, 216*t*

Trifluoperacina, 123*t*

Trihexifenidilo, 126*t*

Trimipramina, 153*t*

Tronco encefálico, 95-96*t*

Tukes, William, 7

U

Ubiquinona (coenzima Q10), 314*c*

Uso terapéutico del propio yo, 63, 63*f*

Usuarios de servicios de salud mental, 11

V

Vagabundeo, 308, 310, 318*c*, 320, 322

Validación

- Alzheimer, terapia para la enfermedad, 315-316
- comunicación terapéutica, 74*t*

Valoración de planes asistenciales del proceso de enfermería, paciente(s)

- con afrontamiento ineficaz, 89, 244
- con bulimia nerviosa, 290
- comunicación eficaz, 78
- con depresión, 170
- con disposición a mejorar los conocimientos, 106
- con EA en fase media, 323
- en una relación con maltrato, 349
- con síndrome neuroléptico maligno, 138
- con sufrimiento espiritual, 371
- con TDAH, 272
- con trastorno
 - de ansiedad generalizada, 220
 - límite de la personalidad, 194-195

Valores

- definición, 15
- personales, y ética en la enfermería, 15-16*f*, 15-17

Valproato, 162*t*, 163

disódico, 347

Varices esofágicas, 231

Varones y trastornos de la conducta alimentaria, 282

Venlafaxina, 152*t*

Veracidad como principio ético, 18

VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), 368

Violación, definición, 342

Violencia

- ciclo
 - maltrato infantil, 338, 339*f*
 - violencia familiar, 334, 334*f*
- doméstica, mitos y realidades, 336*c*. Véase también Violencia y maltrato
- esquizofrenia, 134-135
- y maltrato, 330-353
 - agresión sexual y violación, 342, 342*c*
 - asistencia de enfermería, 342-344, 338-349, 348*f*
 - aspectos legales en la violencia familiar, 340-342, 331*c*
 - centro sanitario, violencia, 344-337, 325*f*, 346*t*, 347*c*

- familias violentas, 331-337, 332*f*, 334*c*, 334*f*, 336*c*
- final de la unidad, 376
- lenguaje y actitudes, 342
- maltrato
 - de ancianos, 339-340, 344, 340*f*
 - infantil, 337-338, 337*f*, 339*c*, 339*f*
- modelo de violencia de la OMS, 331, 331*f*
- NCLEX-PN®, preparación del examen, 353
- plan asistencial del proceso de enfermería, 349-350
- prevención de la violencia, 332*c*
- protocolo asistencial de pensamiento crítico, 352
- revisión del capítulo, 351
- muerdes, y abuso de sustancias, 225, 226*f*
- de pareja, 334-335, 334*f*
- en relaciones homosexuales, 332-333
- teoría del aprendizaje social, 42, 42*f*
- trastorno
 - antisocial de la personalidad, 181
 - disocial, 264
 - del estado de ánimo, 168

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), 368

Vitamina B₁, 237

Vitamina B₁₂, 211*c*

Vitamina E, 313*t*, 314

Vitaminas del grupo B, 232

Vivir en un entorno urbano, 116

Voluntades anticipadas, 24

W

Wernicke, síndrome, (encefalopatía alcohólica), 232

X

Xenofobia, 211*t*

Y

Yatrofobia, 211*t*

Yo (*ego*), 31

- integridad, frente a la fase de desesperanza del desarrollo psicosocial, 37*t*
- teorías de la personalidad, 34-38, 35*f*, 36-37*t*, 36*f*

Z

Ziprasidona, 123*t*

Zolpidem, 215*t*



¡APRENDA DE SÍ MISMO!

- Analice su propio desarrollo 328
- Conviértase en un profesional de enfermería mentalmente sano 111
- Planifique las necesidades de salud mental especiales de los demás 376
- Responda al mundo de la enfermedad mental 249



CASOS CLÍNICOS

- Afasia 309
- Afrontamiento de la ansiedad 201
- Agorafobia 206
- Atribución 345
- Conducta pasiva-agresiva 363
- Consideraciones culturales en la asistencia del paciente con enfermedad de Alzheimer 322
- Enfermedad de Alzheimer en fase media 308
- Enfermedad de Alzheimer en fase tardía 308
- Enfermedad de Alzheimer en fase temprana 307
- Fobia específica 211
- Fobia social 210
- Mala praxis 25
- Manipulación 365
- Paciente en crisis 359
- Pacientes enfadados 361
- Paciente con ira no resuelta 362
- Paranoia 309
- TEPT 208
- Terapia de validación 315
- Trastorno de angustia 205
- Trastorno de ansiedad generalizada 204
- Trastorno antisocial de la personalidad 182
- Trastorno confusional 296
- Trastorno depresivo mayor 6
- Trastorno esquizoide de la personalidad 179
- Trastorno esquizotípico de la personalidad 180
- Trastorno histriónico de la personalidad 185
- Trastorno límite de la personalidad 184
- Trastorno narcisista de la personalidad 186
- Trastorno obsesivo-compulsivo 207
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad 188
- Trastorno paranoide de la personalidad 179
- Trastorno de la personalidad por dependencia 187
- Trastorno de la personalidad por evitación 186
- Trauma sexual militar 209



CONSIDERACIONES CULTURALES

- Aspectos culturales del alcoholismo 238
- Aspectos culturales en la asistencia de los ancianos 321
- Cómo la cultura afecta a la imagen corporal 284
- La cultura de la enfermería 56
- Datos paralingüísticos 66
- ¿La depresión es igual en todas partes? 166

- Diferentes formas de expresar la ira 361
- Efectos de la cultura sobre los síntomas y signos de estrés 85
- El idioma cuando se evalúan los trastornos de la comunicación 257
- Modelo de evaluación transcultural 45
- Monitorización para detectar TEPT 208
- Normas nacionales para servicios adecuados desde los puntos de vista cultural y lingüístico en la asistencia sanitaria 26
- Personalidad y cultura 176
- Relativismo cultural 133
- Valoración cultural y síndromes dependientes de la cultura 5
- Variaciones de la tasa metabólica 102
- Violencia contra mujeres inmigrantes 341



LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

- Asistencia del paciente con riesgo de conducta agresiva 347
- Cómo impedir que los pacientes con trastorno de la personalidad molesten a la unidad 192
- Estrategias para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria 289
- Fomento del desarrollo del paciente 254
- Formas de cuidar al cuidador (usted mismo) 54
- Hablar con un paciente con desesperanza 151
- Interacción con una persona con alucinaciones 135
- Intervenciones para las conductas problemáticas en la EA 318
- Medición de la presión arterial ortostática 128
- Niños con trastornos del aprendizaje y la comunicación 256
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con fundamentos 262



PLANES ASISTENCIALES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

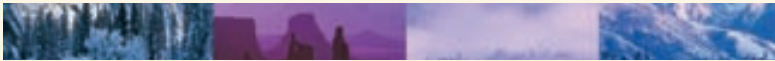
- Comunicación eficaz con el paciente 77
- Paciente con afrontamiento ineficaz 88, 244
- Paciente con bulimia nerviosa 289
- Paciente con depresión 170
- Paciente con disposición para mejorar los conocimientos 106
- Paciente con EA en fase media 323
- Paciente en una relación de maltrato 349
- Paciente con síndrome neuroléptico maligno 138
- Paciente con sufrimiento espiritual 371
- Paciente con TDAH 272
- Paciente con trastorno de ansiedad generalizada 219
- Paciente con trastorno límite de la personalidad 194



PROTOCOLOS ASISTENCIALES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

- Asistencia de un paciente con afrontamiento ineficaz 60
- Asistencia de un paciente con ansiedad 222
- Asistencia de un paciente con autoestima baja crónica 80
- Asistencia de un paciente con una conducta manipuladora 374
- Asistencia de un paciente con dependencia de sustancias 247

Guía de elementos especiales



Asistencia de un paciente con deterioro de la comunicación	197
Asistencia de un paciente con dificultad para el afrontamiento	91
Asistencia de un paciente que está agitado	352
Asistencia de un paciente con incumplimiento del tratamiento	275

Asistencia de un paciente con obesidad	293
Asistencia de un paciente con psicosis	141
Asistencia de un paciente que rechaza la medicación	28
Asistencia de un paciente que tiene trastorno bipolar	173
Asistencia de un paciente que toma fármacos psicotrópicos	109
Asistencia de un paciente con trastorno confusional	326